BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCION

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

FE MO10.PP	09/06/2016
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION GUSTAVO MARTINEZ CAFFIN
NIT: 806036016
NUMERO DE CONTRATO:
MES: SEPTIEMBRE
AÑO: 2022
MODALIDAD DE ATENCION: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: DIMF

IDENTIFICACION
Regional: SOLIVAR
Nombre Agente Educativo (a): ZOBEIDA RIOS
Código CUENTAME UDS: 130010013496
Dirección UDS: SIETE DE AGOSTO
Centro Zonal: HISTORICO DEL CARIBE
OCA559148
Municipio: CARTAGENA
Hoja ___ de ___
Nombre Unicado de Servicio/ Unidad de Atención:
Teléfono UDS:

INFORMACION DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																							TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	SEMANAS																							ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
									LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	CC	1047477850	WENDY	PATRICIA	BELTRAN	GARCIA					P					P					P					P					P		23	5	
02	RC	1042597303	EIMY	DANELIS	CASTRO	ESPINOSA					P					P					P					P					P		23	5	
03	CC	1047515776	YEISBELIN	NAOMI	HERNANDEZ	PALACIO					P					P					P					P					P		23	5	
04	RC	1048472340	NESTOR	JOSE	RAMOS	MARTINEZ					P					P					P					P					P		23	5	
05	CC	1047500597	SOLANYIS		LASCARRO	MARYN					P					P					P					P					P		23	5	
06	RC	1.048.472.253	XAVIER	JACOB	GUERRA	MONCARIS					P					P					P					P					P		23	5	
07	RC	1.247.258.798	HALAND	ANDRES	MALDONADO	ESCOBAR					P					P					P					P					P		23	5	
08	CC	1006743088	YOELIS		ALVIS	SANTOS					P					P					P					P					P		23	5	
09	TI	1041978195	DARYELIS		PARRA	GUZMAN					P					P					P					P					P		23	5	
10																																		
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		

TOTAL 42 3

Verificación de Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 6 MESES ASISTENTES	4
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	0
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	4

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAS

PROCESO
PROMOCION Y PREVENCION

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

FR-MO12.PP
Version 5

09/05/2018
Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: _____ MODALIDAD DE ESTADO (MATRICULADO): _____
NIT: __ 8260010045 _____ NUMERO DE CONTRATO: _____
MES: _____ SEPTIEMBRE _____ AÑO: 2022 _____
MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ FAMILIAR _____
SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ SMF _____

IDENTIFICACION
Regional: BOLIVAR
Nombre Agente Educativo (a): DOBEIDARIOS
Código CUENTAME UDS: 130010013496
Dirección UDS: SIETE DE AGOSTO
Centro Zonal: HISTORICO Y EL CARIBE
DC: 4559145
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención:
Municipio: CARTAGENA
Hoja ___ de ___
Teléfono UDS:

Nº de Orden	INFORMACION DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
	TIPO DOC	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																								
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
									LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1042596554	THALIANA	SOFIA	DIAZ	ESPINOSA								A					A					A					A					4	0	
02	RC	1048469709	THIAGO	ANDRES	HERRERA	HERRERA								A					A					A					A					4	0	
03	RC	1048470008	SALVADOR	NA	MEDRANO	JULIO								A					A					A					A					4	0	
04	RC	1043339242	ALICE	SOFIA	KELLIS	RUIZ								A					A					A					A					4	0	
05	RC	1143419826	DARIANA	SOFIA	ORTEGA	MARRUGO								A					A					A					A					4	0	
06	RC	1048469405	LAURA	SOFIA	GUERRERO	SIMANCAS								A					A					A					A					4	0	
07	RC	1047519363	HANNA	LUCIA	ATENCIO	LUCAS								A					A					A					A					4	0	
08	RC	1041999745	MARIANA		SIMANCA	MONTOYA								A					A					A					A					4	0	
09	RC	1142953731	EMELY	ANAITH	BURGOS	RODRIGUEZ								A					A					A					A					4	0	
10	RC	1048469736	LEYMAR	DE JESUS	PADILLA	CARO								A					A					A					A					4	0	
11	RC	1048469826	LUIS	MANUEL	MOVILLA	PUA								A					A					A					A					4	0	
12	RC	1048470004	LUIS	MARIANO	BLANCO	TEHERAN								A					A					A					A					4	0	
13	RC	1142953910	ISABELLA	NA	DURANGO	AMADOR								I					A					A					A					3	1	
14	RC	1048470143	NERIANIS	SOFIA	MARTINEZ	PEINADO								A					A					A					A					4	0	
15	RC	1048469862	ALEXANDER	DE JESUS	ZABALA	PIMENTEL								A					A					A					A					4	0	
16	RC	1048468836	KYLE	ATZEL	LEE	LEAL								A					A					A					A					4	0	
17	RC	1048468758	YOIMAR	NA	NUÑEZ	PINEDA								A					A					A					A					4	0	
18	RC	1048468709	DARIANA	GIOMAR	GIOMAR	TORRES								A					A					A					A					4	0	
19	RC	1142953727	YEIKER	JOSE	JOSE	IRIARTE								A					A					A					A					4	0	
20	RC	1043338685	KEYNER	DAVID	PEREZ	QUEJADA								A					A					A					A					4	0	
																															TOTAL	79	1	

Verificación Dependencia	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	20
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	0

COORDINADOR(A) EA

Zoraida Dias Polanco
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

FR.MO12.PP	29/05/2016
Versión 5	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION GUSTAVO MARTINEZ CAFFIN
NIT: 800189920-5 NUMERO DE CONTRATO:
MES: SEPTIEMBRE AÑO: 2022
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: DIMF

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLIVAR Centro Zonal: HISTORICO DL CARIBE Municipio: CARTAGENA
Nombre Agente Educativo (a): ZOBEIDARIOS CC: 4568146
Código CUENTAME UDS: 1300100134994 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención:
Dirección UDS: SIETE DE AGOSTO Teléfono UDS:
Hoja ___ de ___

INFORMACION DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA)		TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1048470880	ABRAHAM	JOSE	MOLINELLO	CUESTAS					4	0	
02	RC	1041999944	ANDREA	SALOME	MELENDEZ	ARRAZOLA					4	0	
03	RC	1048470358	CHLOE	SOFIA	MARIN	URRUTIA					4	0	
04	RC	104870508	ELIAS	DAVID	GANES	MORENO					4	0	
05	RC	1048470337	DANIELA		MARRUGO	PEREZ					4	0	
06	RC	1048469481	KAYLEEN		JIMENEZ	NIEVES					4	0	
07	RC	1047519721	SAMANTA		MERCADO	PATERNINA					4	0	
08	RC	1142954389	SARA	ELENA	PEREZ	FORERO					4	0	
09	RC	1048470969	YAM	LUIS	BELEÑO	PEREZ					4	0	
10	RC	1042596605	VALENTINO		ARRIETA	CUELLO					3	1	
11	RC	1142954411	YOIBER	DAVID	JIMENEZ	ARRIETA					3	1	
12	RC	1238347077	KELIANIS	SOFIA	ROMERO	SIERRA					4	0	
13	RC	1048470511	KAILETH	JUNIOR	CAIPA	MORALES					4	0	
14	RC	1048469981	GAEL	ELIAS	ARAIZA	MARRUGO					4	0	
15	RC	1041999864	CHARLOT		CORPAS	PADILLA					4	0	
16	RC	1048469793	NAHEL	ALEXANDER	PAUTT	CARRASQUERO					4	0	
17	RC	1047519667	MELEK	VALENTINA	SUAREZ	SANTANDER					4	0	
18	RC	1043340587	DRAXLER	JOSE	RAMOS	TORRES					3	1	
19	RC	1048470874	EIDER	DAVID	ALMANZA	OROZCO					4	0	
20	RC	1042596497	JUSED	CAMILA	CARMONA	VASQUEZ					4	0	
21	RC	1048470465	YAIZA	YALETH	MATUTE	MORALES					2	2	
										TOTAL	99.5		

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	21
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	0

CORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

CLINICA DE LA MUJER CARTAGENA S.A.S.
Código del Prestador: 130010314101 **Nit:** 901031682-4
Dirección: AV Pedro de heredia N°35 - 119
Teléfono: 6448161-6624187
Web: www.clinicadelamujer.com
Email: clinicadelamujerctg@clinicadelamujerctg.com

Fecha de Impresion: 2022/09/10 14:56:26

Epicrísis

Datos del Paciente

Identificación: CC - 1047477850 **Paciente:** BELTRAN GARCIA WENDYS PATRICIA
Fecha Ingreso: 2022/09/09 **Hora Ing:** 21:24 **Ingreso:** 384457
Unidad Funcional: HOSPITALIZACIÓN 2

Fecha y Hora Atencion: 2022/09/09 21:28:14

Fecha Naci: 1995-03-01 **Edad:** 27 años **Sexo:** F
Telefono: 3234561958, **Estrato:** EXENTO DE PAGO **Municipio:** CARTAGENA
Dirección: CARRERA 15
Empresa: ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD E.S.S
Contrato: CONTRATO No 19 : MUTUAL SER ESS : GENERAL SUBSIDIADO
Acompañante: **Tel. Acompañante:**

DATOS HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES

MOTIVO DE CONSULTA: "TENGO SALIDA DE LIQUIDO"
ENFERMEDAD ACTUAL: PACIENTE FEMENINO DE 27 AÑOS DE EDAD, CON MEBARAZO DE 38.6 SEMANAS DE EVOLUCION, CONSISTENTE EN SALIDA DE LIQUIDO DE UNA HOR DE EVOLUCION,. ACOMPAÑADO DE DOLOR TIPO CONTRACCION, NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA,
ANTECEDENTES FAMILIARES: NIEGA
QUIRURGICOS: CESAREA #1
ESTADO DE CONCIENCIA: NORMAL
PIEL Y MUCOSA: NORMAL
CABEZA, CARA Y CUERO CABELLUDO: NORMAL
CUELLO: NORMAL
ORGANOS DE LOS SENTIDOS: NORMAL
TORAX: NORMAL
RESPIRATORIO: NORMAL
CARDIACO: NORMAL
VASCULAR PERIFERICO: NORMAL
ABDOMEN: NORMAL
PERIANAL: NORMAL
REGION INGUINAL: NORMAL
GENITALES: NORMAL
EXTREMIDADES: NORMAL
SIST. NERVIOSO CENTRAL NORMAL

OBSERVACION : RESULTADOS DE LABORATORIOS CLINICOS :

OBSERVACIONES: 19/08/22
HB: 10.10, HTO: 30.50, LEU: 6.24, NEU: 56.60, PLAQ: 344
VIH NEGATIVO
VDRL NO REACTIVO

OBSERVACION: RESULTADO DE ECOGRAFIA Y MONITOREO FETAL :

CLINICA DE LA MUJER CARTAGENA S.A.S.
Código del Prestador: 130010314101 **Nit:** 901031682-4
Dirección: AV Pedro de heredia N°35 - 119
Teléfono: 6448161-6624187
Web: www.clinicadelamujer.com
Email: clinicadelamujerctg@clinicadelamujerctg.com

Fecha de Impresión: 2022/09/10 14:56:26

Epicrísis

OBSERVACION: 08/02/22 REPORTA EMBARAZO DE 8.3 SEMANAS PARA HOY 38.6 SEMANAS
12/07/22 REPORTA EMBARAZO DE 29.4 SEMANAS

OBSERVACION. RESULTADO DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS RADIOLOGÍA Y EKG :

CRANEO, CARA Y CUELLO CONSIENTE, ALERTA, ORIENTADA EN LAS TRES ESFERAS, SIN SIGNOS DE FALLO AGUDO.
NORMOCEFALO, CONJUNTIVAS ROSADAS, PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, MUCOSA ORAL HÚMEDA, CUELLO MÓVIL SIN ADENOPATIAS.
TORAX: R1R2 EN CUATRO FOCOS, RITMICOS BIEN TIMBRADOS, SIN SOPLOS, NI RUIDOS SOBREAGREGADOS, SIN SIGNOS DE FALLO AGUDO DE BOMBA.
BUENA MECANICA VENTILATORIA, BUENA ENTRADA DE AIRE BILATERAL, SIN RUIDOS SOBREAGREGADOS
ABDOMEN: GLOBOSO POR UTERO GRAVIDO, CON AU: 36 CM, FETO UNICO VIVO LONGUITUDINAL, DORSO DERECHO DE LA MADRE, CON FCF Y MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES, NO SE PALPA ACTIVIDAD UTERINA EN 10 MINUTOS.
PIEL Y FANERAS: HIDRATADA, EUTERMICA, SIN LESIONES APARENTES.
GENITO-URINARIO: GENITALES EXTERNOS NORMOCONFIGURADOS, DILATACION 1 CM, MEMBRANAS ROTAS, LIQUIDO CLARO NORMOTERMICO .DIURESIS ESPONTANEA.
EXTREMIDADES: EXTREMIDADES SIMETRICAS, EUTROFICAS, SIN EDEMA, LLENADO CAPILAR MENOR 2 SEG.
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: SIN DEFICIT MOTOR O SENSITIVO

PLANES Y TRATAMIENTO

PLAN: - PREPARAR PARA CESAREA
NADA VIA ORAL
SSN AL 0.9% 1000 CC AHORA Y CONTINUAR A RAZON DE 100 CC HORA
S/S PRUEBAS RAPIDAS
MONITOREO FETAL
PASAR A QUIROFANO
TSV Y AC
ANALISIS: PACIENTE FEMENINO DE 27 AÑOS DE EDAD, CON DIAGNSOTICO DE

EMBARAZO DE 38.6 SEMANAS +FUV
TRABAJO DE PARTO FASE LATENTE
RUPTURA DE MEBRANAS
CESAREA ANTERIOR

PACIENTE EN EL MOMENTO CLINIC AY HEMODINAMICAMENT ESTABLE, SIGNOS VITA,ES EN EMTAS, AL EXAMEN FISICO DINAMICA UTERINA PALPABLE, AL TACTO DILATACION 1 CM BORRAMIENTO 60%, MMBRANAS ROTAS, LIQUIDO CLARO, NORMOTERMINOC, VALORADAPOR GINECOLOGA EN TURNO QUIEN DECIDE MOTIVAR PARA CESAREA POR CESAREA ANTERIOR, SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIAR CONDUCTA A SEGUIR, QUIENES REFIEREN ENTENDER Y ACEPTAR.

DATOS PERINATALES

CLINICA DE LA MUJER CARTAGENA S.A.S.
Código del Prestador: 130010314101 **Nit:** 901031682-4
Dirección: AV Pedro de heredia N°35 - 119
Teléfono: 6448161-6624187
Web: www.clinicadelamujer.com
Email: clinicadelamujerctg@clinicadelamujerctg.com

Fecha de Impresión: 2022/09/10 14:56:26

Epicrísis

PATOLOGIAS DEL EMBARAZO: NO
ESTEROIDES PRENATALES: NO

IMPRESION CLINICA

Diagnóstico Principal: O429 - RUPTURA PREMATURA DE LAS MEMBRANAS, SIN OTRA ESPECIFICACION

DATOS HISTORIA CLINICA

OBSERVACION

DURANTE SU ESTANCIA PACIENTE CON EVOLUCIÓN SATISFACTORIA, TOLERANDO EL DE CUBITO, OLFRANDO VIA ORAL, DEAMBULANDO SIN COMPLICACIONES, CON DIURESIS ESPONTANEA ADECUADA, HERIDA QUIRÚRGICA EN BUEN ESTADO SIN SIGNOS DE SANGRADO ACTIVO. RECIEN NACIDO A SU LADO, REACTIVO Y CON BUENA ADAPTACION NEONATAL. EN RONDA MEDICA CON GINECÓLOGO EN TURNO SE ORDENA ALTA MEDICA UNA VEZ CUMPLIDAS LAS 24 HORAS POSTPARTO CON RECOMENDACIONES UNA VEZ RECIEN NACIDO HAYA SIDO VALORADO POR PEDIATRA Y ESTE DE SU AVAL DE EGRESAR CON LA MADRE , SE EXPIDE FORMULA MEDICA LA CUAL DEBE SEGUIR ESTRICTAMENTE, CURACIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA 2 VECES AL DÍA, CONSULTAR A URGENCIAS SI PRESENTA: FIEBRE, SECRECIÓN GENITAL FÉTIDA, SANGRADO GENITAL ABUNDANTE, DOLOR INTENSO, SIGNOS DE INFECCIÓN EN HERIDA QUIRÚRGICA, DEMÁS SIGNOS DE ALARMA EXPLICADOS, CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO, CITA CONTROL CONSULTA EXTERNA GINECOLOGIA EN 7 DÍAS, CITA CONTROL PEDIATRÍA EN 3 DÍAS.

DATOS DE EGRESO

Diagnostico egreso: Z988 - OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS

Fecha y hora de egreso: 2022/09/10 - 17:00

Fecha y hora de muerte:

Estado egreso: VIVO

MEDICO
DIANA PAOLA AHUMADA ROMERO
Esp: MEDICINA GENERAL
CC: 1128047291
Reg. Med:

MEDICO ESPECIALISTA
MAYERLIN PETRO UTRIA
CC:
Reg. Med:

Copyright 2010-2011 Sisma-Salud. Todos los Derechos Reservados.

CITA No. 422693

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

22096810083456

La información consignada en este certificado, se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines estrictamente autorizados.

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DEL NACIMIENTO
Departamento: BOLÍVAR
Municipio: CARTAGENA

ÁREA DEL NACIMIENTO
Área: Cabecera Municipal
Centro Poblado:(Inspección, corregimiento o caserío)

FECHA DEL NACIMIENTO
Año - Mes - Día: 2022-09-09
HORA DEL NACIMIENTO
Hora - Minutos: 22:20:00

SEXO DEL NACIDO VIVO: Femenino
HEMOCLASIFICACIÓN DEL NACIDO VIVO
Grupo sanguíneo:
Factor RH:

IDENTIFICACIÓN DE LA MADRE
Tipo de documento: Cédula de ciudadanía
Número de documento: 1047477850

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DE LA MADRE (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)
Primer apellido: BELTRAN
Segundo apellido: GARCIA
Primer nombre: WENDYS
Segundo nombre: PATRICIA

DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL NACIDO VIVO ES RECONOCIDO POR SUS PADRES COMO
Pertenencia étnica: Ninguno de los anteriores
¿A cuál pueblo indígena pertenece?

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA EL NACIDO VIVO

IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR
Tipo de documento: Cédula de ciudadanía
Número de documento: 1143345761

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR
Primer apellido: sanchez
Segundo apellido: herrera
Primer nombre: sthefany
Segundo nombre:

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA EL NACIMIENTO: Médico
REGISTRO PROFESIONAL: 20-0071

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO
Departamento: BOLÍVAR
Municipio: CARTAGENA

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO
Año - Mes - Día: 2022-09-09
FIRMA DE QUIEN CERTIFICA EL NACIMIENTO: Sthefany Sanchez H.

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2022-09-09 23:07

Código verificación: 7D92-342A-44FE-1F60

HOSPITAL INFANTIL NAPOLEON FRANCO PAREJA

Fecha Actual : jueves, 28 abril 20

SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRÚRGICOS

EVOLUCION DE CONSULTA EXTERNA

Historia Clinica Actual: **Registro civil-1048471999**

Nº Historia Clínica: 1048471999 **Nº Folio:** 1 **Nº Ingreso: 1039246** **Fecha de Ingreso:** 28/04/2022 2:19:20 p. m.

DATOS DEL INGRESO

Nombre Paciente: **KAILANIS SOFIA CANCIO PESTANA** **Sexo:** Femenino

Fecha Nacimiento: 30/marzo/2022 **Edad Actual:** 0 Años \ 0 Meses \ 29 Días **Cama:**

Dirección: olaya **Teléfono:** 3164060817

Fecha de Solicitud: **Servicio:** 079 - CONSULTA EXTERNA **Diagnostico:** Z762 CONSULTA PARA ATENCION Y SUI

DATOS DE AFILIACIÓN

Plan Beneficios: RS069 - COOSALUD SA SUBSIDIADO **Nivel - Estrato:** NIVEL 1

LISTADO DE PROCEDIMIENTOS:

Servicio:	890276	CONSULTA DE PRIMERA VEZ MEDICINA ESPECIALIZADA POR OFTALMOLOGIA	Cantidad: 1	Estado:	Rutinario
Observaciones:	TAMIZAJE VISUAL				
Servicio:	890383	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	Cantidad: 1	Estado:	Rutinario
Observaciones:	EN 1 MES				

Total Ítems: 2

COWANS ROCHA MALKA IRINA
PEDIATRIA
32905992

= 2meses =
Semanas Completas

3154366599
7 de Agosto.

5-septiembre-22.
9:15 am
Dra Deava.
Copia Registro
Orden de llegada.

LICENCIADO A: [HOSPITAL INFANTIL NAPOLEON FRANCO PAREJA] NIT [890480135-3]

CENTRO MEDICO CRECER LTDA
NIT: 806.004.548-6
CLL 30 N 34-22 BRR EL PRADO
EPICRISIS
Nº107417

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha Documento: 15/septiembre/2022 06:20 a. m. **Ingreso:** 2078036 **Fec Ingreso:** 13/09/2022 16:46 **Confirmad**

Médico: 73144044 JORGE DARIO PABA BORJA
Informacion Paciente: CAROLINA MEZA DEARCO **Tipo Paciente:** Subsidiado **Sexo:** Femenino
Tipo Documento: Cédula_Ciudadanía **Número:** 1047411147 **Edad:** 33 Años **F. Nacimiento:** 29/10/1988
E.P.S: ESS207 MUTUAL SER
Entidad:

INFORMACIÓN DE LA EPICRISIS

Servicio de Egreso Ninguna **Fecha Egreso:** 15/septiembre/2022 06:20 a. m. **Estado Paciente:** VIVO

Motivo Consulta:
" TENGO DOLORES "
"INGRESO A HOSPITALIZACION"

Enfermedad Actual:
PACIENTE FEMENINA DE 33 AÑOS DE EDAD , GS O+ , G3,P2,A0,C0 ,FUM NO RECUERDA , CON EMBARAZO DE 37,4 SEMANAS POR ECO I , QUE INGRESA CO
CUADRO CLINICO DE MAS O MENOS 2 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DOLOR TIPO CONTRACCIONES EN REGION SUPRPAUBICA DE 7/ 10 EN LA ESCAI
ANALOGA DEL DOLOR IRRADIADO A REGION LUMBAR , NO ASOCIADO A OTRA SINTOMATOLOGIA . MOTIVO POR EL CUAL CONSULTA
PACIENTE FEMENINA DE 33 AÑOS DE EDAD, G3P2A0C1, O(+) CON IDX CURSANDO CON POP DE CST EMERGENCIA + POMEROY X ESTADO FETAL NO SATISFACTOR
+ RNUV A TERMINO MASCULINO PESO: 3100GR, TALLA: 48CMS, PC: 36CM, PT: 34CMS, HORA DE NACIMIENTO 20:20HRS + ANTECEDENTE DE ANEMIA MODERADA
PUERPERIO FISIOLOGICO QUIEN VIENE PROCEDENTE DE CIRUGIA A SALA DE HOSPITALIZACION GENERAL PARA VIGILIANCIA DE POSQUIRURGICO INMEDIAT
CUMPLIR TIEMPO PROTOCOLARIO DEL RECIEN NACIDO SEGUN ESTRATEGIA AIEPI Y MANEJO MEDICO ESPECIALIZADO

Revisión del Sistema:
REFIERE CONTRACCIONES , NIEGA FIEBRE , NIEGA TINNITUS , NIEGA FOSFENOS , NIEGA VOMITOS , NIEGA HIDRORREA , NIEGA SANGRADO VAGINAL , NIEG
DISNEA
LO DESCRITO

Indica Med/Conducta:
SALIDA

Estado Ingreso:
VIVO

Antecedentes:
Tipo:Médicos Fecha: 13/09/2022 05:05 p. m.
Detalle: NIEGA
Tipo:Alérgicos Fecha: 13/09/2022 05:05 p. m.
Detalle: NIEGA
Tipo:Quirúrgicos Fecha: 13/09/2022 05:05 p. m.
Detalle: OOFERECTOMIA IZQUIERDA
Tipo:Médicos Fecha: 14/09/2022 01:07 a. m.
Detalle: NIEGA
Tipo:Alérgicos Fecha: 14/09/2022 01:07 a. m.
Detalle: NIEGA

Result. Procedimientos:

Condiciones Salida:
VIVO

Indicación Paciente:
RECOMENDACIONES:
- LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA
- CURACIONES DE HERIDA QURIURGICA DIARIA CON AGUA Y JABON DE COCO
- RETIRO DE PUNTOS EN 10 DIAS EN PUESTO DE SALUD MAS CERCANO
- CITA DE CONTROL POR CONSULTA EXTERNA DE GINECOLOGIA, YA ESTABLECIDA.
- ASISTIR A URGENCIA SI PRESENTA FIEBRE (TEMPERATURA IGUAL O MAYOR DE 38°C), QUE LA HERIDA SE VUELVA ROJA O SE OBSERVA SALIDA DE PUS
PRESENTE SANGRADO VAGINAL FETIDO, DOLOR DE CABEZA, ZUMBIDO EN LOS OIDOS, DOLOR EN BOCA DE ESTOMAGO, HINCHAZON DE MANOS CARA O PIE
CIFRAS TENSIONALES MAYOR O IGUAL A 150/90 MM HG.
RECOMENDACIONES NEONATO:
- RECLAMAR TSH NEONATAL EN LABORATORIO CLINICO CLINICA CRECER 4 PISO EN 7 DIAS
- CITA DE CONTROL POR CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRIA EN 3 DIAS
- CONTINUAR ESQUEMA DE VACUNACION
- INICIAR CONTROL DE CRECIMIETNO Y DESARROLLO
- ASISTIR A URGENCIAS SI FIEBRE, RESPIRACION RAPIDA, HUNDIMIENTO DE COSTILLAS AL RESPIRAR, COLORACION AMARILLA DE PIEL, LLANTO QUE NO SE PUEC
CONTROLAR, ALTERACION DEL ESTADO DE CONSCIENCIA, DIARREA CON SANGRE, ENROJECIMIENTO O SALIDA DE PUS POR CORDON UMBILICAL U OTRO SINTOM
QUE CREA CONVENIENTE CONSULTAR.
- MANTENER MUÑON DE CORDON UMBILICAL SECO Y LIMPIO

Examen Fisico:

- UNCNCTADO A: [CENTRO MEDICO CRECER LTDA.] NIT [806004548-6]

CONCIENTE , ORIENTADA , ALERTA ,
PIEL SIN LESIONES, NORMOPIGMENTADAS, MUCOSAS HUMEDAS
NORMOCEFALO, PUPILAS ISOCÓRICAS NORMORREACTIVAS A LA LUZ, ESCLERAS ANICTERICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA SIN SIGNOS DE DESHIDRATACION, SIN
LESIONES, ORL SIN ALTERACIONES, CUELLO: SIMETRICO, MOVIL, NO DOLOROSO, SIN ADENOPATIAS PALPABLES, NO MASAS.
TORAX SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, SIN TIRAJES, MURMULLO VESICULAR UNIVERSAL SIN SOBREAGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS Y BIEN
TIMBRADOS, SIN SOPLOS NI RUIDOS AGREGADOS.
ABDOMEN GLOBOSO POR UTERO GRAVIDO , AU 31CM , TONO UTERINO NORMAL , SE PALPA FETO CEFALICO LONGITUDINAL DORSO DERECHO , FCF 150 LPM , DU
3X20X10 , MOVIMEINTOS FETALES PRESENTES
GENITALES EXTERNOS NORMOCONFIGURADOS PARA LA EDAD Y SEXO , AL TACTO VAGINAL VAGINA NORMOTERMICA , CUELLO UTERINO POSTERIOR , BLANDO , D
4 CM , B: 80%, E:-2 , MEMBRANAS INTEGRAS
CONSCIENTE, GLASGOW 15/15, SIN DEFICIT MOTOR Y NI SENSITIVO APARENTE, PARES CRANEALES BAJOS CONSERVADOS, NO SIGNOS MENINGEOS.
EXTREMIDADES: SIMETRICAS, PULSOS PRESENTES Y MOVILIDAD CONSERVADA. LLENADO CAPILAR MENOR A DOS SEGUNDOS. EDEMA GARDO I EN MIEMBROS
INFERIORES
CONSCIENTE, ORIENTADA, ALERTA
NORMOCEFALA, PINRAL, MUCOSAS ROSADAS, HUMEDAS, CUELLO CILINDRICO, SIMETRICO, NO MASAS NI ADENOPATIAS
SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, NO LESIONES APARENTES, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS MURMULLO VESICULAR UNIVERSAL NO AGREGADOS NO
TIRAJES
ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO MASAS BUEN BOLO DE SEGURIDAD DE PINARD NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL HERIDA QX TIPO PFANNENSTIEL
CUBIERTA CON APOSITO LIMPIO Y SECO
LISA, HIDRATADA, NO LESIONES APARENTES
NORMOCONFIGURADOS PAREA SEXO Y EDAD, LOQUIOS HEMATICOS NO FETIDOS, ESCASOS
SIMETRICAS, EUTROFICAS, NO EDEMAS EN MIEMBROS
SIN DEFICIT SENSITIVO NI MOTOR APARENTE

Justificación:

Resultado Examen:

Justificación Muerte:

DIAGNÓSTICOS

TIPO DIAGNÓSTICO	CÓDIGO	NOMBRE	HC
Ingreso/Relacionado	R102	DOLOR PELVICO Y PERINEAL	✓
Ingreso/Relacionado	Z321	EMBARAZO CONFIRMADO	✓
Ingreso/Relacionado	O689	TRABAJO DE PARTO Y PARTO COMPLICADOS POR SUFRIMIENTO FETAL, SIN OTRA ESPECIFICACION	✓
Ingreso/Relacionado	O261	AUMENTO PEQUEÑO DE PESO EN EL EMBARAZO	✓
Ingreso/Relacionado	O688	TRABAJO DE PARTO Y PARTO COMPLICADOS POR OTRAS EVIDENCIAS DE SUFRIMIENTO FETAL	✓
Ingreso/Relacionado	O688	TRABAJO DE PARTO Y PARTO COMPLICADOS POR OTRAS EVIDENCIAS DE SUFRIMIENTO FETAL	✓
Ingreso/Relacionado	Z988	OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS	✓
Ingreso/Relacionado	Z988	OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS	✓
Ingreso/Relacionado	Z988	OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS	✓
Ingreso/Relacionado	O821	PARTO POR CESAREA DE EMERGENCIA	✓
Egreso	O821	PARTO POR CESAREA DE EMERGENCIA	✓

FECHA EVOLUCION MÉDICO:	CAMBIOS EN EL ESTADO DEL PACIENTE - EVOLUCION
13/09/2022 18:48	MENDOZA PEREA MAYARIS

PREVIO LAVADO DE MANOS COMO RECOMIENDA LA OMS Y COLOCACION DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SUMINISTRADOS POR LA INSTITUCION , SE VALORA

PACIENTE FEMENINA DE 33 AÑOS DE EDAD CON IDX

- EMBARAZO DE 37.4 SEMANAS POR ECO I + FUV
- ESTADO FETAL NO SATISFACTORIO
- RCIU ESTADIO I
- MULTIGESTANTE
- PARIDAD SATOSFECHA
- EMBARAZO CONTROLADO
- ARO - GESTANTE ADOLESCENTE

SUBJETIVO: PACIENTE REFEIRE CONTRACCIONES , NIEGA FIEBRE , NIEGA VOMITOS , NIEGA HIDRORREA , NIEGA TINNITUS , NIEGA FOSFENOS , NIEGA DISNEA

OBJETIVO
CONCIENTE , ORIENTADA , ALERTA , AFEBRIL
NORMOCEFALO, PUPILAS ISOCÓRICAS NORMORREACTIVAS A LA LUZ, ESCLERAS ANICTERICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA SIN SIGNOS DE DESHIDRATACION, SIN LESIONES, ORL SIN
ALTERACIONES, CUELLO: SIMETRICO, MOVIL, NO DOLOROSO, SIN ADENOPATIAS PALPABLES, NO MASAS.
TORAX SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, SIN TIRAJES, MURMULLO VESICULAR UNIVERSAL SIN SOBREAGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS Y BIEN TIMBRADOS, SIN SOPLOS NI
RUIDOS AGREGADOS
ABDOMEN GLOBOSO POR UTERO GRAVIDO , AU 30 CM , TONO UTERINO NORMAL , SE PALPA FETO CEFALICO LONGITUDINAL DORSO DERECHO , FCF 120 LPM .. DU 3X25X10 , MOVIMEINTOS
FETALES PRESENTES
GENITALES EXTERNOS NORMCOONFIGURADOS , AL TACTO VAGINAL VAGINA NORMOTERMICA , CUELLO UTERINO POSTERIOR , BLANDO , D: 4CM , B: 80%, E:-2 , MEMBRANAS INTEGRAS
SNC SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE , GLASGOW 15/15

MONITOREO FETAL REACTIVO , CON DESACELERACIONES MARCADAS , BRADICARDIA SOSTENIDA ,
PARACLINICOS
HB: 10.5, HTO 30.5%, GB 11.610, PLAQ 252.000, VIH I Y II NO REACTIVO , PRUEBA RAPIDA PARA SIFILIS NEGATIVO

ANALISIS
PACIENTE CON DIAGNOSTICOS PREVIAMENTE DESCRITOS , ACTUALMENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE , TOLERANDO OXIGENO AMBIENTE CON BUEN PATRON RESPIRATORIO ,S AT O2
98% , CON INFECTOCONTAGIOSOS NEGATIVOS , CON PRUEBA DE BIENESTAR FETAL TIPO MONITOREO FETAL CON EVIDENCIA DE BRADICARDIA SOSTENIDA Y DESACELERACIONES
MARCADAS POR LO ANTERIOR Y ANTE ESTADO FETAL NO SATISFACTORIO SE DECIDE MOTIVAR PARA CESAREA DE URGENCIAS CON LA FINALIDAD DE DISMINUIR MORBIMORTALIDAD
METRNO- PERINATAL . PACIENTE MANIFIESTA PARIDAD SATISFECHA , SE EXPLICA CONDUCTA A PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR

PLAN
TRASLADO A QUIROFANO

LICENCIADO A: [CENTRO MEDICO CRECER LTDA.] NIT [806004548-6]

N: 5
KARTMAN BOLO 500 CC IV Y CONTINUAR 60 CC/ HORA
SEGUIMIENTO POR GINECOLOGIA
VIGILAR DINAMICA UTERINA Y FCF
V G'LAR CAMBIOS CERVICALES
GS: Y AC

13/09/2022 21:39 **MENDOZA PEREA MAYARIS**

PACIENTE EN SALA DE CIRUGIA COLOCACION DE ANESTESIA RAQUIDEA, PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE COLOCAN CAMPOS QUIRURGICOS ESTERILES SE PROCEDE A REALIZAR INCISION TIPO PFANESTIELL QUE COMPROMETE PIEL, TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO, SE ABRE FASCIA, SE DIVULSIONAN RECTOS ABDOMINALES, SE ABRE PERITONEO PARIETAL, SE ENTRA A CAVIDAD, SE EVIDENCIA UTERO GRAVIDO, SE REALIZA INSICION DE KERR OBTENIENDOSE LIQUIDO AMNIOTICO CLARO NORMOTERMICO, EN MODERADA CANTIDAD, SE EXTRAE FETO UNICO VIVO, EN PRESENTACION CEFALICA, SEXO MASCULINO, PESO: 3100GR, TALLA: 48CMS, PC: 36CMS, PT: 34CMS, APGAR: 8/10, HORA: 20+20 HRS, SE ASPIRA BOCA Y NARIZ, SE PINZA Y CORTA CORDON UMBILICAL UN MINUTO DESPUES DEL NACIMIENTO, SE COLOCA AL RECIEN NACIDO EN CONTACTO PIEL A PIEL CON LA MADRE, SE TOMA MUESTRA PARA TSH Y HEMOCLASIFICACION, SE ENTREGA RECIEN NACIDO A ENFERMEDA EN TURNO, SE EXTRAE PLACENTA COMPLETA, SE REALIZA CURAJE UTERINO CON COMPRESAS, SE EXTERIORIZA UTERO, SE PROCEDE A REALIZAR HISTERORRAFIA EN 2 PLANOS, POSTERIORMENTE SE PROCEDE A REALIZAR SALPINGECTOMIA PARCIAL BILATERAL BAJO TECNICA DE POMEROY, REFORZANDOSE CON SEDA 2-0; SE VERIFICA HEMOSTASIA, SE REALIZA LIMPIEZA DE CAVIDAD ABDOMINAL, SE VERIFICA HEMOSTASIA, CONTEO DE COMPRESAS COMPLETO, SE CIERRA POR PLANOS HASTA PIEL, CULMINANDO PROCEDIMIENTO QUIRURGICO SIN COMPLICACIONES, SE EXTRAEN COAGULOS DE VAGINA.

13/09/2022 21:41 **AHUMEDO ZAMORA EDWIN**

PACIENTE FEMENINA DE 33 AÑOS DE EDAD, G3P2A0C0, O(+) CON DX

- POP DE CST EMERGENCIA + POMEROY X ESTADO FETAL NO SATISFACTORIO.
- RNUV A TERMINO MASCULINO PESO: 3100GR, TALLA: 48CMS, PC: 36CM, PT: 34CMS, APGAR: 8/10 NACIMIENTO 20:20HRS.
- ANTECEDENTE DE ANEMIA MODERADA
- PUERPERIO FISIOLOGICO
*** DANE: 220920100090142 ***

S: REFIERE BUEN POP INMEDIATO BUEN MANEJO DEL DOLOR NIEGA NAUSEAS VOMITOS U OTRO SINTOMA.

O: CONSCIENTE ORIENTADO ESCLERAS CLARAS MUCOSA ORAL HUMEDA CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS MURMULLO VESICULAR UNIVERSAL NO AGREGADOS NO TIRAJES ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO MASAS BUEN BOLO DE SEGURIDAD DE PINARD NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL HERIDA QX TIPO PFANNENSTIEL CUBIERTA CON APOSITO LIMPIO. GU NORMOCONFIGURADOS LOQUIOS HEMATICOS ESCASOS NO FETIDOS. EXTREMIDADES SIMETRICAS SIN EDEMA SNC SIN DEFICIT.

PACIENTE FEMENINA CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, EN SU POSTOPERATORIO INMEDIATO, QUIEN TOLERA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES QUIEN EN LA ACTUALIDAD SE ENCUENTRA CON CIFRAS TENSIONALES EN METAS SIN SINTOMAS PREMONITORIOS, TOLERANDO OXIGENO AMBIENTE, SIN VARIABLES ACTIVAS DE SIRS, CON BUEN PATRON INSPIRATORIO, QUIEN EVOLUCIONA SATISFACTORIAMENTE EN SALA DE RECUPERACION POR TAL MOTIVO SE DA ORDEN DE TRASLADO A SALA DE HOSPITALIZACION GENERAL PARA SEGUIMIENTO Y CUIDADO DE SU POSTOPERATORIO INMEDIATO.

PLAN
HOSPITALIZAR EN SALA GENERAL
PROBAR VIA ORAL EN 6 HORAS
LACTATO DE RINGER 1500CC PASAR EN 24 HR
DIPIRONA 1GR IV CADA 6 HORAS
METOCLOPRAMIDA 10MG IV CADA 8 HORAS
KETOROLACO 2GR IV CADA 8 HORAS
CUIDADOS DE HERIDA QX POR ENFERMERIA
SEGUIMIENTO POR GINECOLOGIA
CSV Y AG

RECIEN NACIDO
APGAR ANDERSON 0/0
APGAR: 8/10 Y 10/10
SEXO: MASCULINO
PESO: 3100 GR
TALLA: 48 CM
HORA: 20+20HRS
LECHA MATERNA A LIBRE DEMANDA
PROFILAXIS OCULAR CON SOLUCION YODADA
PROFILAXIS DEL CORDON CON SOLUCION YODADA
INICIAR ESQUEMA DE VACUNACION
VITAMINA K 1 MG IM
INSTRUIR A LA MADRE SOBRE TECNICAS E IMPORTANCIA DE LA LECHE MATERNA
COLECHO
VALORACION POR PEDIATRIA

14/09/2022 10:18 **MACHACON MENDEZ CARLOS EDUARDO**

PACIENTE FEMENINA DE 33 AÑOS DE EDAD, G3P2A0C1, O(+) CON DX

- POP DE CST EMERGENCIA + POMEROY X ESTADO FETAL NO SATISFACTORIO.
- RNUV A TERMINO MASCULINO PESO: 3100GR, TALLA: 48CMS, PC: 36CM, PT: 34CMS, APGAR: 8/10 NACIMIENTO 20:20HRS.
- ANTECEDENTE DE ANEMIA MODERADA.
- PUERPERIO FISIOLOGICO

S: PACIENTE REFIERE SENTIRSE BIEN, CON ADECUADO MANEJO DEL DOLOR, TOLERANDO ADECUADAMENTE LA DEAMBULACION Y LA VIA ORAL. NIEGA FIEBRE NAUSEAS, VOMITO U OTRA SINTOMATOLOGIA.

PACIENTE CONCIENTE Y ORIENTADA EN SUS TRES ESFERAS, CON MUCOSA ORAL HUMEDA Y ROSADA. CUELLO MOVIL, NO DOLOROSO, NO MASAS, NO INGURGITACION YUGULAR. TORAX RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS. MURMULLO VESICULAR PRESENTE EN AMBOS CAMPOS PULMONARES. ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE, HERIDA QUIRURGICA TIPO PFANNESTIEL EN BUEN ESTADO, NO SANGRDO POR LA MISMA, BOLO DE SEGURIDAD DE PINARD CON BUEN TONO. INFRAUMBILICAL. GENITALES NORMOCONFIGURADOS CON LOQUIOS ESCASOS, NO FETIDOS. EXTREMIDADES SIMETRICAS, SIN LIMITACION FUNCIONAL, NI EDEMA. SNC SIN DEFICIT.

ANALISIS
PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, EN BUEN ESTADO GENERAL, CON ADECUADA EVOLUCION DE SU POSTQUIRURGICO INMEDIATO, EN RONDA MEDICA DE GINECOLOGIA CON DR. WILSON FERNEINA ENCONTRAMOS PACIENTE NORMOCARDICA, NORMOTENSA, NORMOSATURADA A OXIGENO AMBIENTE, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, BOLO DE SEGURIDAD DE PINARD NORMOTONICO, HERIDA QX EN BUEN ESTADO, LOQUIOS HEMATICOS ESCASOS, ESPECIALISTA ORDENA QUE PACIENTE DEBE CONTINUAR HOSPITALIZADA PARA DAR SEGUIMIENTO DURANTE 24 HORAS DE SU POSPARTO Y SU RECIEN NACIDO (RECOMENDACIÓN AIEPI). CONTINÚA IGUAL ORDENES MÉDICAS, VIGILAR BOLO DE SEGURIDAD DE PINARD Y LOQUIOS HEMATICOS. SEGUIMIENTO POR GINECOLOGIA. CONTINUAMOS ATENTOS A EVOLUCION.

15/09/2022 06:19 **PABA BORJA JORGE DARIO**

PREVIO LAVADO DE MANOS Y USO DE EPP SEGÚN LINEAMIENTOS ACTUALES DE MINISTERIOS DE SALUD POR EPOCA DE PANDEMIA POR COVID 19 EN LA CUAL NOS ENCONTRAMOS SE PROCEDE A VALORAR PACIENTE.

PACIENTE FEMENINA 33 AÑOS DE EDAD, G3P3C1A0 CON DIAGNOSTICO DE:
1. POP DE CESAREA + POMEROY POR ESTADO FETAL NO SATISFACTORIO (13-09-2022 20+20 HRS)

NIT [806004548-5]

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

FR-PM-14.FF | Versión 5 | 24/05/2018 | Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION GUSTAVO MARTINEZ CAFFIN
NIT: 800189920-5 | NÚMERO DE CONTRATO:
MES: SEPTIEMBRE | AÑO: 2022
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: DIMF

IDENTIFICACION
Regional: BOLIVAR | Centro Zonal: HISTORICO DL CARIDE | Municipio: CARTAGENA | Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): NATALY GUSMAN AMADOR | CC 114376010
Código CUENTAME UDS: 1300100134094
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención:
Dirección UDS: SIETE DE AGOSTO | Teléfono UDS:

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	SEMANAS																									
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIA	
01	RC	1048472064	PEDRO	MANUEL	PALOMINO	TAPIAS						A					A					A					A				A		5	0	
02	RC	1048471999	KAILANIS	SOFIA	CANCIO	PESTANA						A					A					I					A				A		4	1	
03	CC	1047411147	CAROLINA		MEZA	DE ARCO						A					A					I					AP				AP		2	3	
04	RC	1048434544	DARLING		BLANCO	BLANQUICETT						A					A					A					A				A		4	1	
05	RC	1048472293	MATTEW	ANDRES	BLANCO	CORREA						A					A					A					A				A		5	0	
06	CC	1007470086	MILADIS		PEREZ	CORTEZ						A					A					A					A				A		5	0	
07	RC	1247258868	EMMA	VICTORIA	VELASQUEZ	BERROCAL						A					I					A					A				A		4	1	
08	RC	1047521002	IMANY	DEL CARMEN	TORRES	PAUTT						A					A					A					A				A		5	0	
09	CC	32908028	OSIRIS		PEREZ	MARTINEZ						A					A					A					A				A		5	0	
10																																			
11																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																																TOTAL	40	5	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	5
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	0
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	4

COORDINADOR(A) EA

Nataly Guzman Amador.
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	29/05/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION GUSTAVO MARTINEZ CAFFIN
NIT: 900189920-5
MES: SEPTIEMBRE
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: DIMF
NÚMERO DE CONTRATO:
AÑO: 2022

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLIVAR
Centro Zonal: HISTORICO DL CARIBE
Municipio: CARTAGENA
Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): NATALY GUSMAN AMADOR
CC 114376010
Código CUENTAME UDS: 1300100134994
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención
Dirección UDS: SIETE DE AGOSTO
Teléfono UDS:

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)																			TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA: LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SEGUNDA: LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	TERCERA: LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	CUARTA: LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	QUINTA: LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1041999594	SARA	SOFIA	ANAYA	MARTINEZ					A					A					A					A					A			4	0	
02	RC	1048469481	KEY	HUMBERTO	ZUÑIGA	MARIMON					A					A					A					A					A			4	0	
03	RC	1041999290	EIMY	SOFIA	PATERNINA	OSPINO					A					A					A					A					A			4	0	
04	RC	1240695571	AITHANA	MARIA	BLANCO	VARGAS					A					A					A					A					A			4	0	
05	RC	1201285072	ELIAB	DAVID	NUÑEZ	JULIO					A					A					A					A					A			4	0	
06	RC	1142953030	DAIRON	YAVETH	BAHOQUE	RIVERA					A					A					A					A					A			4	0	
07	RC	1048468893	LUZ	ISAMAR	BENITEZ	MASA					A					A					A					A					A			4	0	
08	RC	1041999493	GAEL	DE JESUS	GIRADO	REYES					A					A					A					A					A			4	0	
09	RC	1048469695	WITZEL	ANDRES	MUÑOZ	CANOLES					A					A					A					A					A			4	0	
10	RC	1142953126	DARIANA	SOFIA	MOSQUERA	VILLALOBOS					A					A					A					A					A			4	0	
11	RC	1042595847	RONALD	ALEJANDRO	CARVAJAL	CHACON					A					A					A					A					A			4	0	
12	RC	1244779200	MAXIMO	LUCINO	FRANQUIZ	IBARRA					A					A					A					A					A			4	0	
13	RC	1238347431	LUIS	ALEXANDER	SIERRA	ARAUJO					A					A					A					A					A			4	0	
14	RC	1043338604	KEEREN	JOSE	PEREZ	QUEJADA					-					A					A					A					A			3	1	
15	RC	1042596400	ANGELA		VERENA	PEREZ					A					A					A					A					A			3	1	
16	RC	1041999465	HANNA	SOFIA	BERNAL	BARRIOS					A					A					A					A					A			4	0	
17	RC	1041999524	DUMEK	JOSE	ORTEGA	BURGOS					A					A					A					A					A			4	0	
18	RC	1048467064	ISAAC	DAVID	AMARANTO	CASTRO					A					A					A					A					A			4	0	
19	RC	1048469648	AHITANA	LISHETH	MARTINEZ	DIAZ					A					A					A					A					A			4	0	
20	RC	1048470501	WAYLAND	SNAYDER	PABON	ROMERO					A					A					A					A					A			4	0	
21	RC	1048467417	LEANDRA	CAROLINA	CORTEZ	SALAS					A					A					A					A					A			4	0	
																																		TOTAL	82	1	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	20
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	0

COORDINADOR(A) EA

Nataly Guzmán Amador.
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

	PR.MO11.P7	29/03/2013
	Versión 5	Página 1 de 1
	Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION GUSTAVO MARTINEZ ZAFRA

NIT: 800169920-5 NÚMERO DE CONTRATO:

MES: SEPTIEMBRE AÑO: 2022

MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR

SERVICIO DE ATENCIÓN: DIMF

IDENTIFICACION

Regional: BOLIVAR Centro Zonal: HISTORICO Y DEL CARIBE Municipio: CARTAGENA Hoja ___ de ___

Nombre Agente Educativo (a): NATALY GUSMAN AMADOR CC1143760l0

Código CUENTAME UDS: 1300100134894 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención

Dirección UDS: SIETE DE AGOSTO Teléfono UDS:

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																								
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
									LUNES	MARTES	MIERCO	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCO	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCO	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCO	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCO	JUEVES	VIERNES	N° ASISTENCIAS	N° INASISTENCIAS	
01	RC	1048471474	AYSEL	MARIA	OROZCO	RIVERA								A					A					A					A					4	0	
02	RC	1048471066	ELIF	MARIA	GONZALEZ	VILLAREAL								A					A					A					A					4	0	
03	RC	1247258377	ELIECER	DAVID	SOLAR	RICARDO								A					A					A					A					4	0	
04	RC	1043341292	SHAIRETH	SOFIA	JHACKSON	MARTINEZ								A					A					A					A					4	0	
05	RC	104870885	ASHLY		VARGAS	ROQUEME								A					A					A					A					4	0	
06	RC	1142954943	ASHLEY	SOFIA	PUERTA	DE LA PEÑA								A					A					A					A					4	0	
07	RC	1142954726	THALIANA	VALENTINA	BELTRAN	PEREZ								A					A					A					A					4	0	
08	RC	1043342154	EVA	LUNA	RAMIREZ	PEÑA								A					A					A					A					4	0	
09	RC	1051453050	MANASES		GOHITER	ARNEDO								A					A					A					A					4	0	
10	RC	1048471805	ZOE	ISABELTH	GARCIA	MUÑOZ								A					A					A					A					4	0	
11	RC	1142954811	LIAM		MARTINEZ	SANTOS								A					A					A					A					4	0	
12	RC	1043340959	ISABEL	JOJMA	BUSTILLO	MENDOZA								A					A					A					A					4	0	
13	RC	1048471343	THYANA		RESTREPO	PAJARO								A					A					A					A					4	0	
14	RC	1142954578	SAORI		LEE	RAMOS								A					A					A					A					4	0	
15	RC	1048471646	HADASSA		BALLESTERO	BAUTTE								A					A					A					A					3	0	
16	RC	1043341599	GABRIEL	DAVID	PALACIOS	PADILLA								A					A					A					A					3	1	
17	RC	1043341339	SAHAROLL	YALYETH	SANCHEZ	BATISTA								A					A					A					A					3	1	
18	RC	1048471569	JAIRETH	SOFIA	GOMEZ	RAMIREZ								A					A					A					A					4	0	
19	RC	1048471715	SAID	MATHIAS	POLO	RAMIREZ								A					A					A					A					4	0	
																																	TOTAL	73	2	

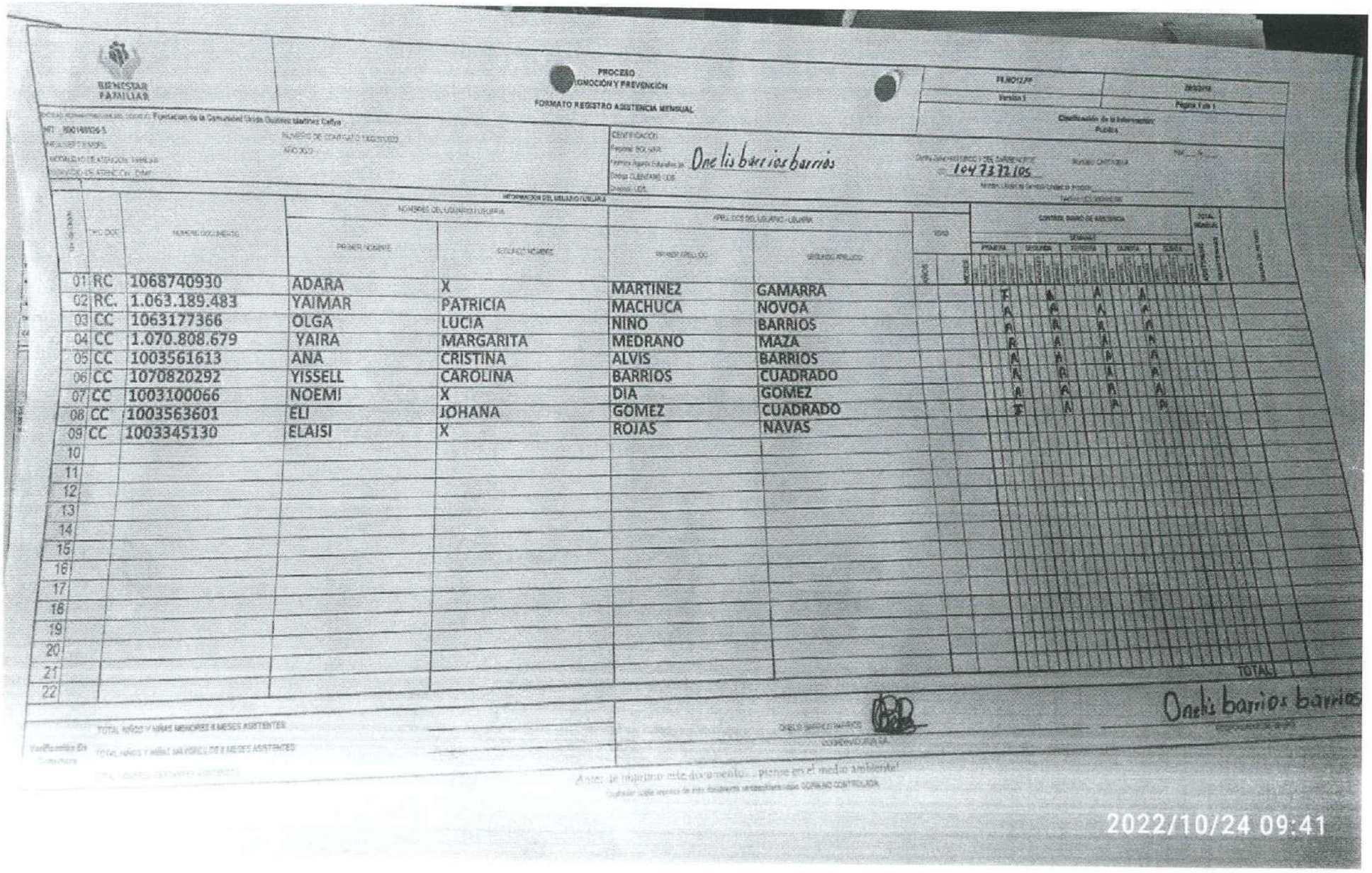
Verificación de Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	20
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	0

COORDINADOR(A) TEA

Nataly Guzmán Amador.

RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012



BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

FR.MO12.FP

Versión 3

28/02/18

Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

Nombre Completo del Agente Educativo: Onelis barrios barrios

Cédula de Ciudadanía del Agente Educativo: 1047372105

	TIPO DOC	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO/USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO/USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA					TOTAL MENSUAL		
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	SEMANA: PRIMERA	SEGUNDA	TERCERA	CUARTA	QUINTA			
01	RC	1068740930	ADARA	X	MARTINEZ	GAMARRA			F	A	A	A				
02	RC.	1.063.189.483	YAIMAR	PATRICIA	MACHUCA	NOVOA			A	A	A	A				
03	CC	1063177366	OLGA	LUCIA	NIÑO	BARRIOS			A	A	A	A				
04	CC	1.070.808.679	YAIRA	MARGARITA	MEDRANO	MAZA			A	A	A	A				
05	CC	1003561613	ANA	CRISTINA	ALVIS	BARRIOS			A	A	P	A				
06	CC	1070820292	YISSELL	CAROLINA	BARRIOS	CUADRADO			A	A	A	A				
07	CC	1003100066	NOEMI	X	DIA	GOMEZ			A	A	A	A				
08	CC	1003563601	ELI	JOHANA	GOMEZ	CUADRADO			F	A	A	P				
09	CC	1003345130	ELAISI	X	ROJAS	NAVAS										
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																
21																
22																

TOTAL

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES

Verificación En Terreno: TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS ASISTENTES

ONELIS BARRIOS BARRIOS

COORDINADOR/A

Onelis barrios barrios

BENEFICIARIO/A O PPF

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento será considerada COPIA NO CONTROLADA

2022/10/24 09:41

PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

Versión 1 | Página 1 de 1

Clasificación de la información: Pública

Onelis barrios barrios

1047392103

isla puerte

No.	Tipo doc.	Número documento	Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido	Años	Meses	Primera	Segunda	Tercera	Cuarta	Quinta
01	RC	1063188773	YULEIMA		ROMAN	ROJAS			A	A	A	A	
02	RC	1070827376	AINARA	SOFIA	MURILLO	HERNADEZ			A	A	A	A	
03	RC	1070827332	JUAN	DAVID	HERNANDEZ CORTEZ				A	A	A	A	
04	RC	1070827333	AITANA		ALVIS	MORENO			A	A	A	A	
05	RC	1070827351	ABRIL		LADEUS	GUERRERO			A	A	A	A	
06	RC	1073790813	KILIE	OHANNA	MARTELO	CUADRADO			A	A	A	A	
07	RC	1063188572	ARATH	DANILO	BLANQUICETH	DIAZ			A	A	A	A	
08	RC	1070827416	JHONATAN	DAVID	GUERRERO	MORENO			A	A	A	A	
09	RC	1068740765	LEIMARYS		MAZA	BARRIOS			A	A	A	A	
10	RC	1070827391	DIDIER	DAVID	BARRIOS	SALAZAR			A	A	A	A	
11	RC	1062991851	ISAIAS		BARRIOS	POLO			A	A	A	A	
12	RC	1070827425	JHORDAN	ANDRES	OSPINO	ROMAN			I	A	A	A	
13	RC	1067174747	TATIANA	SOFIA	PAREDEZ	ROJAS			A	A	A	A	
14	RC	1063188990	ESTEFANY		BARRIOS	GARCIA			A	A	A	A	
15	RC	1068740757	LUIS	MIQUEL	ARTEAGA	REYES			A	A	A	A	
16	RC	1063188506	SHEILEN	MARGARITA	CANATE	MATOZA			A	A	A	I	
17	RC	1201288525	KILIAN	JOSED	GANDARA	VILLA NUEVA			I	A	A	A	
18	RC	106874801	MILENIS	SOFIA	BARRIOS	BARRIOS			A	A	A	A	
19	RC	1062992041	SAUL	IGNACIO	MADERA	PATERNINA							
20	RC	1070827397	ALANNYS		MALDONADO	DIAZ							
21													
22													

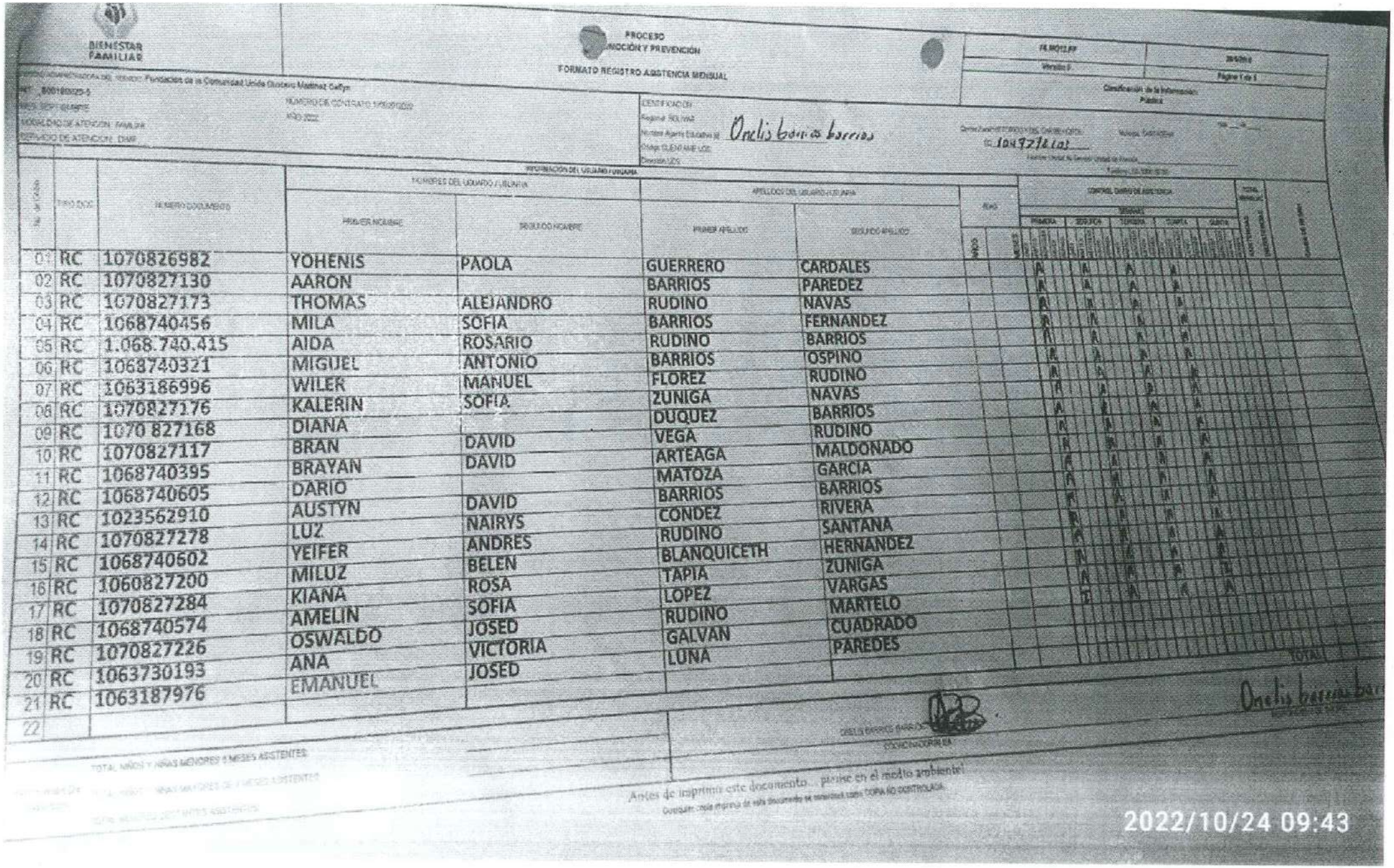
TOTAL

Onelis barrios b

Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

2022/10/24 09:42



BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
NOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

Fundación de la Comunidad Unida Gloriosa Madinaz Gaffyn

Onelis barrios barrios

No.	TIPO DOC	NUMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
01	RC	1070826982	YOHENIS	PAOLA	GUERRERO	CARDALES
02	RC	1070827130	AARON		BARRIOS	PAREDEZ
03	RC	1070827173	THOMAS	ALEJANDRO	RUDINO	NAVAS
04	RC	1068740456	MILA	SOFIA	BARRIOS	FERNANDEZ
05	RC	1.068.740.415	AIDA	ROSARIO	RUDINO	BARRIOS
06	RC	1068740321	MIGUEL	ANTONIO	BARRIOS	OSPINO
07	RC	1063186996	WILER	MANUEL	FLOREZ	RUDINO
08	RC	1070827176	KALERIN	SOFIA	ZUNIGA	NAVAS
09	RC	1070 827168	DIANA		DUQUEZ	BARRIOS
10	RC	1070827117	BRAN	DAVID	VEGA	RUDINO
11	RC	1068740395	BRAYAN	DAVID	ARTEAGA	MALDONADO
12	RC	1068740605	DARIO		MATOZA	GARCIA
13	RC	1023562910	AUSTYN	DAVID	BARRIOS	BARRIOS
14	RC	1070827278	LUZ	NAIRYS	CONDEZ	RIVERA
15	RC	1068740602	YEIFER	ANDRES	RUDINO	SANTANA
16	RC	1060827200	MILUZ	BELEN	BLANQUICETH	HERNANDEZ
17	RC	1070827284	KIANA	ROSA	TAPIA	ZUNIGA
18	RC	1068740574	AMELIN	SOFIA	LOPEZ	VARGAS
19	RC	1070827226	OSWALDO	JOSED	RUDINO	MARTELO
20	RC	1063730193	ANA	VICTORIA	GALVAN	CUADRADO
21	RC	1063187976	EMANUEL	JOSED	LUNA	PAREDES
22						

TOTAL

Onelis barrios barrios

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

2022/10/24 09:43

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FR.MOD.PP | 29/12/2017
VERSIÓN 2 | Página 1 de 1

MODALIDAD DE ATENCION: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN:

UDS: YOLI VILLA
Código CUENTAME UDS: 1300100128315720
Dirección UDS: KR 2 CL 12-15

Centro Zonal: HISTORICO Y EL CARIBE NORTE
GD: 4 5 4 5 7 5 2 9
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: PESES DE COLORES
Teléfono UDS:

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA)	TOTAL MENSUAL		
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1041998771	JHONDEILYS		CONTRERAS	VILLARREAL			D D D	5	0	
02	RC	1044014188	ABBY	VALENTINA	PINTO	RAMOS			A A A	5	0	
03	RC	1041998893	EVELIN	SOFIA	DE LA ROSA	IBARGUEN			A A A	5	0	
04	RC	1043336724	SALOME		CONTRERAS	DIAZ			A A A	5	0	
05	RC	1041998490	MATIAS		VILLERO	CORDOBA			A A I	5	0	
06	RC	1041998212	CRISTIANA	ESTHER	LLERENA	DIAZ			A A A	5	0	
07	RC	1041999552	CAMILO	JOSE	LOPEZ	CASTILLO			A A A	5	0	
08	RC	1042595671	DIANA	ISABEL	ZUÑIGA	CASANOVA			A A A	5	0	
09	RC	1042595830	SAMUEL	DAVID	MARTINEZ	MEÑACA			A A A	5	0	
10	RC	1048612227	FERNEY	DAVID	DE AVILA	MEZA			A A A	5	0	
11	RC	1041999510	SAMILETH	SOFIA	HERRERA	SUAREZ			A A A	5	0	
12	RC	1041995238	ELVIS	JULIETH	CARRILLO	FORTICH			A A A	5	0	
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

TOTAL 60

Verificación De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES: 0
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES: 12
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES: 0

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO: PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

FECHA: 26/09/2018

Página 1 de 1

REGIONAL: BOLIVAR — DIRECCIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN GUSTAVO MARTINEZ CANTON — NUMERO DE CONTRATO: _____ 1306151021

MES: Septiembre — AÑO: 2022

MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ FAMILIAR

SERVICIO DE ATE DIMF

IDENTIFICACIÓN

BOLIVAR

Nombre Agente Educativo (A): YULI VILLA

Código CUENTAME UDS: 1306136133315,00

Dirección UDS: KR 2 CL 12-15

Centro Zonal: HISTORICO Y EL CARIBE NORTE — Municipio: CARTAGENA

DS: 4 5 4 6 7 5 1 9

Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: PECES DE COLORES

Teléfono UDS: _____

HOJA ___ DE ___

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS																						TOTAL MENSUAL		
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
									LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1342594468	BREICOL	DAVID	PEÑA	FORTICH			P					P					P					P										4	0	
02	RC.	1042596863	SHAIRON	JOSE	MONCARIS	VASQUEZ			P					P					P					P										4	0	
03																																				
04																																				
05																																				
06																																				
07																																				
08																																				
09																																				
10																																				
11																																				
12																																				
13																																				
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				

TOTAL 8.0

Verificación De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES: 2

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES: 0

TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES: 0

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO TERRITORIAL MENSUAL

FT-M-012.88	23/05/2018
Versión: 1	Página 1 de 1

Clasificación de la Información
Pública

MODALIDAD DE ATENCION: _____ AÑO: 2022
SERVICIO DE ATE DIMF: _____ FAMILIAR

IDENTIFICACION
BOLIVAR

Nombre Agente Educativo (A): YOLI VILLA
Código CUENTAME UDS: 1300100138315.00
Dirección UDS: KR 2 CL 12-15

Centro Zonal: HISTORICO Y EL CARIBE NORTE Municipio: CARTAGENA
CC: 45487529
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: PIEDES DE COLORES
Telefono UDS: _____

No de Orden	TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	INFORMACION DEL USUARIO / USUARIA				EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																								
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA				SEGUNDA				TERCERA				CUARTA				QUINTA									
									LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1042596446	NATASHA	LISYETH	CAICEDO	CASTRO				D			D			D			D											4	0	
02	RC	1048470400	SHARIELIS	SOFIA	ACEVEDO	MONCARIS				D			D			D			D											4	0	
03	RC	1044017802	FREYLIS	SOFIA	VILLA	MARTINEZ				D			D			D			D											4	0	
04	RC	1048467891	BRIAN	DAVID	SILVA	OTERO				D			D			D			D											4	0	
05	RC	1042596264	YARJANIS		MORALES	MONCARIS				D			D			D			D											4	0	
06	RC	1043340509	DARELL	MATHIAS	ANAYA	GODOY				D			D			D			D											4	0	
07	RC	1041999623	SAILON	DAVID	FORTICH	DE AVILA				D			D			A			D											4	0	
08	RC	1142953697	ABRSHANIS	SELAHNIS	VALIENTE	TORRES				D			D			D			D											4	0	
09	RC	104199469	JEFFREY	DAVID	CEREN	DE AVILA				D			D			D			D											4	0	
10	RC	1042596237	KILIAN	DAVID	DE AVILA	ATENCIO				D			D			D			D											4	0	
11	RC	1041999917	LUCAS	ALONSO	ALTAMIRANDA	PACHECO				D			D			D			D											4	0	
12	RC	1042596446	MARIA	JOSE	VILLERO	CORDOBA				D			D			D			D											4	0	
13	RC	1041999581	BENJAMIN		CONTRERAS	MARTINEZ				D			D			D			D											4	0	
14	RC	1044017022	PEDRO	JOSE	CONTRERAS	DIAZ				D			D			D			N											4	0	
15	RC	1041999608	XIANA	MICHELL	MORALES	DIAZ				D			D			D			D											4	0	
16	RC	1201281763	DIANIS	SOFIA	MORALES	SAN MARTIN				D			D			D			D											4	0	
17	RC	1042595685	YADIMAR	CAROLINA	ANGULO	RODRIGUEZ				D			D			D			H											4	0	
18	RC	1142594468	BREICOL	DAVID	PEÑA	FORTICH				D			D			D			D											4	0	
19	RC	1042596863	SHAIRON	JOSE	MONCARIS	VASQUEZ				D			D			D			D											4	0	
20	RC	1201281739	JHELARY		MEZA	ORTIZ				D			D			D			D											4	0	
																													TOTAL	80	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	20
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	0

Eduardo Vera
COORDINADOR(A) EA

Yoli Villa.
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de Imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner



BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

Página 1 de 1

Clasificación de la información
PÚBLICA

MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN:

Código CENTRO UDS: 13001001350515
Grado(s) UDS: KR 3 CL 12-15

Nombre CENTRO UDS: LUCELIS DE AVILA
Nombre SERVICIO UDS:
Teléfono UDS:

No. de Orden	TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA)	TOTAL MENSUAL		
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1042597358	DIOHILIS	SOFIA	HERRERA	CASTRO				4	0	
02	RC	1142954073	DANIEL	JOSE	BETTIN	MEDINA				4	0	
03	RC	1247258538	CLEYTON	DAVID	NAVAS	ELLES					0	
04	CC	1001900626	EDRID	PAOLA	CASTRO	SANCHEZ				4	0	
05	CC	1047457898	SEBASTIANA		TORRES	PAJARO				4	0	
06	CC	1104406930	SOFIA	DELCARMEN	MANCHEGO	ACOSTA				2	2	
07	RC	1043341021	JUAN	DIEGO	CARVAJAL	SOTO				4	0	
08	RC	1247258302	HEIWER	JESUS	PAJARO	OTERO				4	0	
09	RC	1048471546	ELIEL	DAVID	ALVIS	DIAZ				4	0	
10	RC	1042597039	ESTHER	SOFIA	CAICEDO	BERRIO				4	0	
11	RC	1247258360	LEEBRIAN	DAVID	MARTINEZ	CARABALLO				2	2	
12	TI	1048436869	YENIFER	MARIA	MESTRE	MATOREL				4	0	
13	CC	1047510575	YASMARI		BLANQUICETH	ALTAMIRANDA				4	0	
14	CC	1148449848	CLARILZA		DE AVILA	MORENO				4	0	
15	CC	1143402790	ANA	ELENA	MARTINEZ	VALIENTE				0	4	
16	RC	1247258341	LIAN	DAVID	CASTRO	BARRIOS				4	0	
17	RC	1247258342	YINARIS	SOFIA	CASTRO	CABALLERO				4	0	
18	CC	1235040247	LUZ	NIERIS	DE LA ROSA	LLERENA				4	0	
19	CC	1007170107	YUSLEIDIS		MARRUGO	RODRIGUEZ				4	0	
20	RC	1048471502	ALFRED	DAVID	JULIO	DIAZ				TOTAL	68	8

Verificación De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES: 2

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES: 10

TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES: 9

COORDINADOR(A) ETA

Lucelis De Avila F
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F8.MO12.PP — 25/08/2016 — Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

Código CUENTAME UDS: 1300100138315

Dirección UDS: KR 2 CL 12-18

Nombre Agente Educativo (a): LUCELIS DE AVILA

Centro Zonal: HISTORICO Y EL CARIBE NORTE — Municipio: CARTAGENA

CC: 45 — Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: PECES DE COLORES

Teléfono UDS:

No. de Orden	TIPO DOC	NUMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	EDAD MESES	PRIMERA	SEGUNDA	TERCERA	CUARTA	QUINTA	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1137542880	ERIKSEN	DAVID	HERNANDEZ	ALTAMIRANDA			A	A	A	A		4	0	
02	RC	1142953580	FREIDER	DAVID	MIRANDA	DE AVILA			A	A	A	A		4	0	
03	RC	1041999256	IBRAHIM		CASTRO	MORALES			A	A	A			3	1	
04	RC	1042595718	KENNA	LUCIA	GODOY	CASTRO			A	A	A	A		4	0	
05	RC	1041999503	EINAR	DAVID	CAYCEDO	VASQUEZ			A		A	A		3	1	
06	RC	1041999972	JOIMAR		TORRES	AGAMEZ			A	A	A	A		4	0	
07	RC	1047519791	FEYBER	DAVID	MONCARIS	ALTAMIRANDA			A		A	A		3	1	
08	RC	1042595695	DALIANIS	SOFIA	CASTRO	CARRERA			A		A			2	2	
09	RC	1041999874	NOHAN	ANDRES	SEPULVEDA	VASQUEZ			A	A		A		3	1	
10	RC	1042596312	KENYERLIS	ZOEY	DE AVILA	LARA			A	A	A	A		4	0	
11	RC	1047510718	ANDREILIS	SOFIA	GOMEZ	MEDINA			A	A	A	A		4	0	
12	RC	1142953693	YAIRIANIS	SOFIA	OTERO	CHAVEZ			A	A		A		3	1	
13	RC	1048470005	LORAINE		VALIENTE	GONZALEZ			A		A	A		3	1	
14	RC	1042596484	MARIA	ANTONIETA	MARTINEZ	ATENCIO			A	A	A	A		4	0	
15	RC	1043339568	YONIHER	ANDRES	GUERRERO	DE AVILLA			A	A	A	A		4	0	
16																
17																
18																
19																
20																
													TOTAL	52	8	

Verificación De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES: 0

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES: 16

TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES: 0

COORDINADOR(A) EA

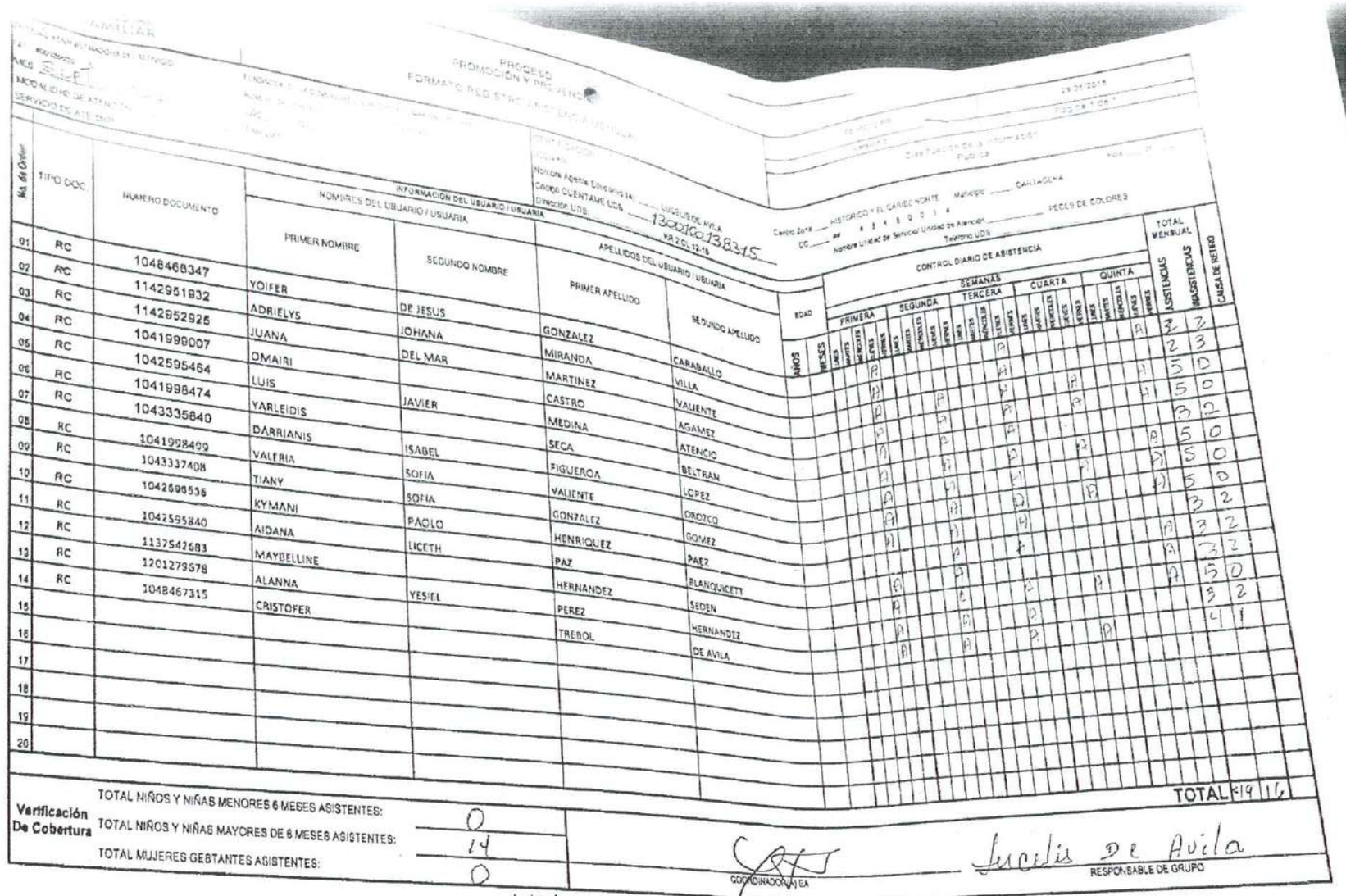
Lucelis De Avila F
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner



FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO REGISTRO DIARIO DE ASISTENCIA MODALIDAD

Nombre Agente Educativo [illegible] USUARIOS DE AVILA
Código CUENTAME UDS 130010138315
Dirección UDS KR 20C 12-15

Cardio Zona HISTORICO Y EL CARIBE NORTE Municipio CARTAGENA
CC ae 8 4 4 8 0 3 4
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención PEDRO DE COLORES
Teléfono UDS

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

No de Orden	TIPO DOC	NUMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	EDAD MESES
01	RC	1048468347	YOIFER	DE JESUS	GONZALEZ	CARABALLO		
02	RC	1142951932	ADRIELYS	JOHANA	MIRANDA	VILLA		
03	RC	1142952925	JUANA	DEL MAR	MARTINEZ	VALIENTE		
04	RC	1041998007	OMAIRI		CASTRO	AGAMEZ		
05	RC	1042595464	LUIS	JAVIER	MEDINA	ATENCIO		
06	RC	1041998474	YARLEIDIS		SECA	BELTRAN		
07	RC	1043335640	DARRIANIS	ISABEL	FIGUEROA	LOPEZ		
08	RC	1041998409	VALERIA	SOFIA	VALIENTE	OROZCO		
09	RC	1043337408	TIANY	SOFIA	GONZALEZ	GOMEZ		
10	RC	1042596536	KYMANI	PAOLO	HENRIQUEZ	PAEZ		
11	RC	1042595840	AIDANA	LICETH	PAZ	BLANQUICETT		
12	RC	1123542683	MAYBELLINE		HERNANDEZ	SEDEN		
13	RC	1201279578	ALANNA	YESIEL	PEREZ	HERNANDEZ		
14	RC	1048467315	CRISTOFER		TREBOL	DE AVILA		
15								
16								
17								
18								
19								
20								

	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					TOTAL MENSUAL		
	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01			A										A								A					2	2	
02			A										A								A					2	3	
03			A					A					A				A				A					5	0	
04			A					A					A				A				A					5	0	
05			A					A					A				A				A					5	0	
06			A					A					A				A				A					5	0	
07			A					A					A				A				A					5	0	
08			A					A					A				A				A					5	0	
09			A					A					A				A				A					5	0	
10			A					A					A				A				A					5	0	
11			A					A					A				A				A					5	0	
12			A					A					A				A				A					5	0	
13			A					A					A				A				A					5	0	
14			A					A					A				A				A					5	0	
15			A					A					A				A				A					5	0	
16			A					A					A				A				A					5	0	
17			A					A					A				A				A					5	0	
18			A					A					A				A				A					5	0	
19			A					A					A				A				A					5	0	
20			A					A					A				A				A					5	0	

TOTAL 19 16

Verificación De Cobertura

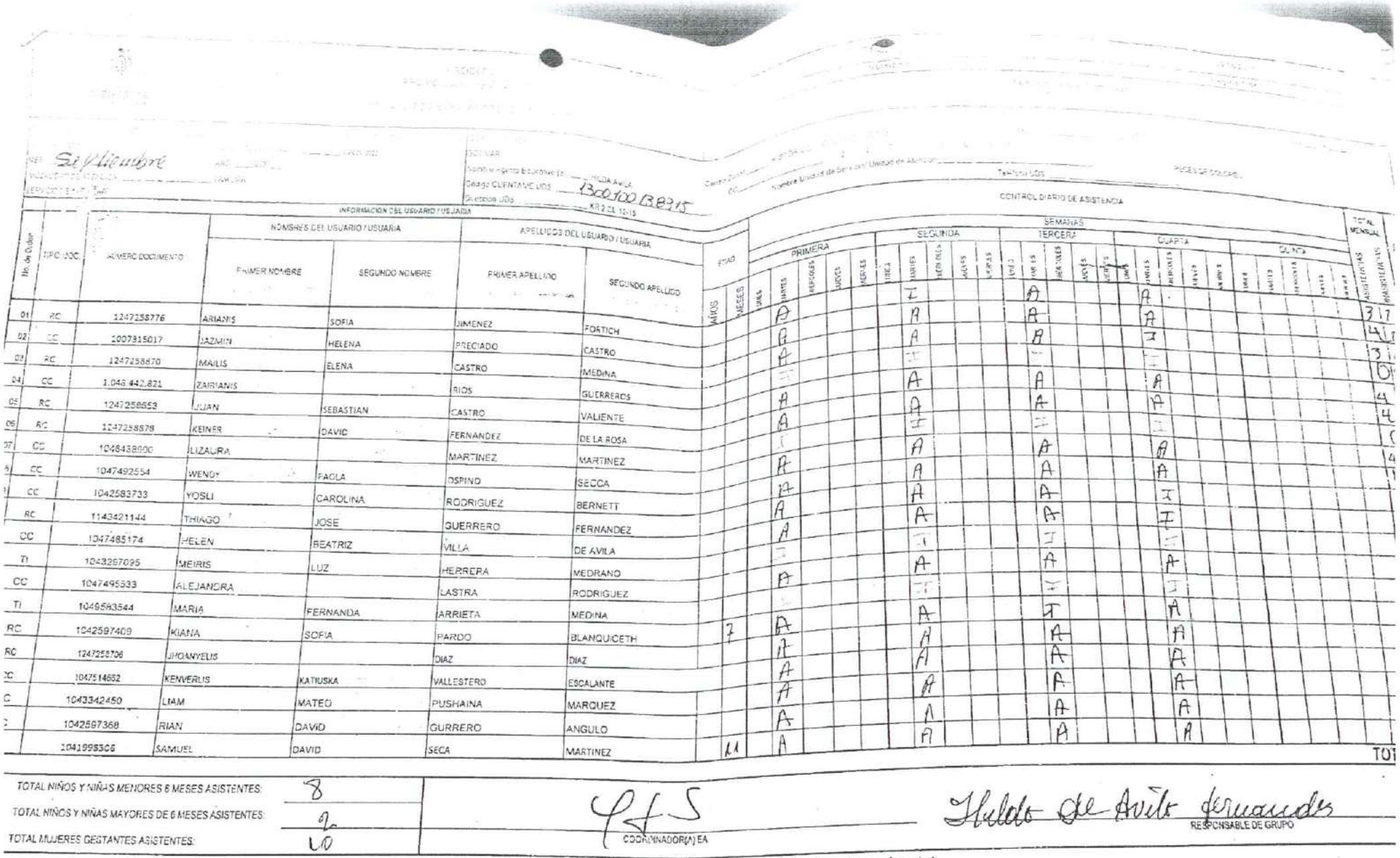
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES: 0
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES: 14
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES: 0

COORDINADORA EA

Lucila De Avila
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner



No. de Orden	TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD AÑOS	EDAD MESES
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		
01	RC	1247258776	ARIANIS	SOFIA	JIMENEZ	FORTICH		
02	CC	1007315017	JAZMIN	HELENA	PRECIADO	CASTRO		
03	RC	1247258670	MAILIS	ELENA	CASTRO	MEDINA		
04	CC	1.048.442.821	ZAIRIANIS		RIOS	GUERREROS		
05	RC	1247258653	JUAN	SEBASTIAN	CASTRO	VALIENTE		
06	RC	1247258578	KEINER	DAVIC	FERNANDEZ	DE LA ROSA		
07	CC	1048438900	LIZAURA		MARTINEZ	MARTINEZ		
08	CC	1047492554	WENDY	PAOLA	OSPINO	SECCA		
09	CC	1042583733	YOSLI	CAROLINA	RODRIGUEZ	BERNETT		
10	RC	1143421144	THIAGO	JOSE	GUERRERO	FERNANDEZ		
11	CC	1047485174	HELEN	BEATRIZ	VILLA	DE AVILA		
12	TI	1043267095	MEIRIS	LUZ	HERRERA	MEDRANO		
13	CC	1047495533	ALEJANDRA		LASTRA	RODRIGUEZ		
14	TI	1049583544	MARIA	FERNANDA	ARRIETA	MEDINA		
15	RC	1042597409	KIANA	SOFIA	PARDO	BLANQUICETH	7	
16	RC	1247258706	JHOANYELIS		DIAZ	DIAZ		
17	CC	1047514652	KENVERLIS	KATIUSKA	VALLESTERO	ESCALANTE		
18	C	1043342450	LIAM	MATEO	PUSHAINA	MARQUEZ		
19		1042597368	RIAN	DAVID	GURRERO	ANGULO		
20		1041998306	SAMUEL	DAVID	SECA	MARTINEZ	11	

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	8
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	9
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	10

COORDINADOR(A) EA

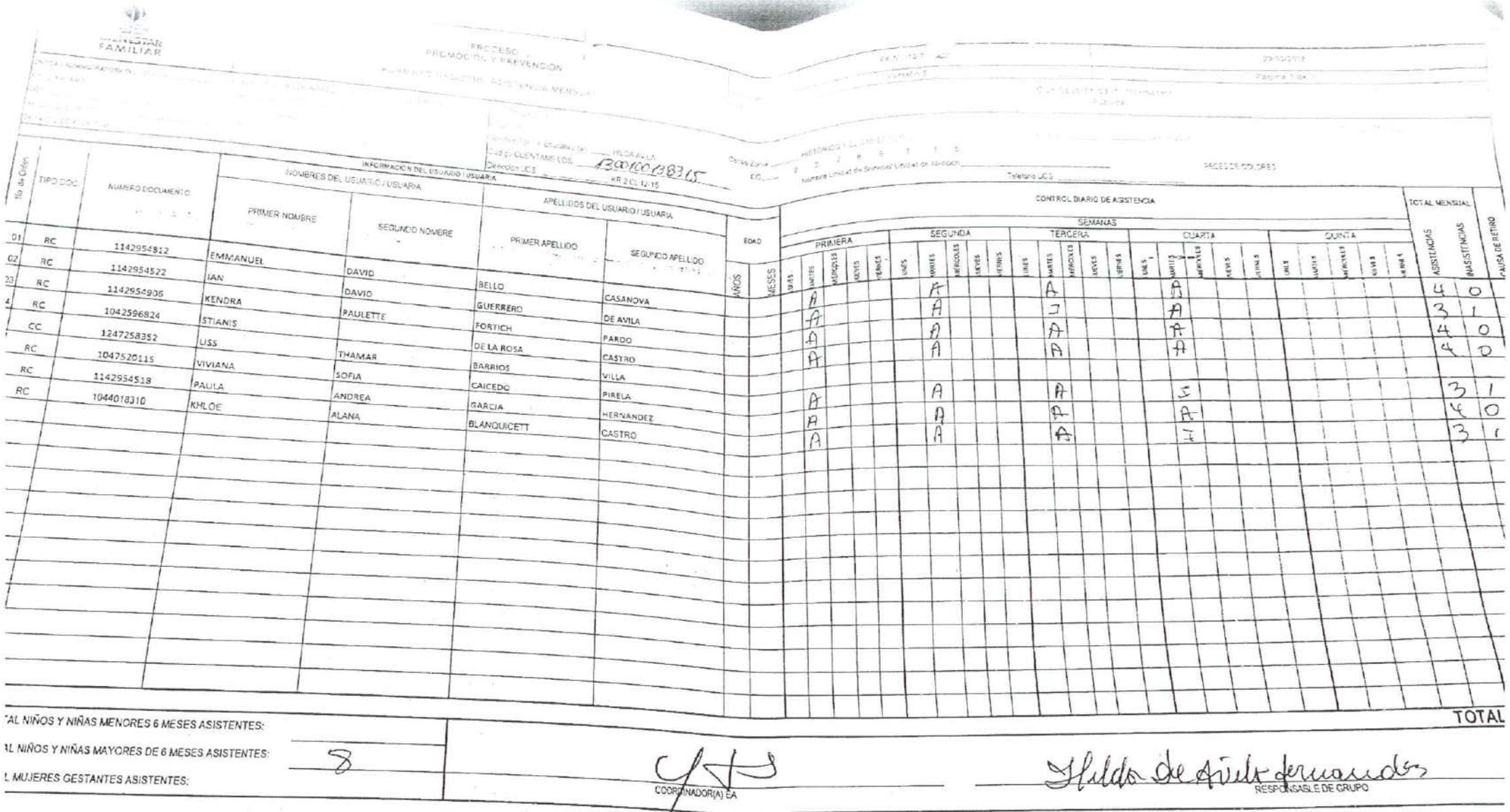
Yulieth de Avila Hernandez
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner



No. de Orden	TIPO DOC	NUMERO DOCUMENTO	INFORMACION DEL USUARIO / USUARIA				EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																								
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
									LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1142954812	EMMANUEL	DAVID	BELLO	CASANOVA				A					A					A					A								4	0	
02	RC	1142954522	IAN	DAVID	GUERRERO	DE AVILA				A					A					J					A								3	1	
03	RC	1142954906	KENDRA	PAULETTE	FORTICH	PARDO				A					A					A					A								4	0	
4	RC	1042596824	STIANIS		DE LA ROSA	CASTRO				A					A					A					A								4	0	
	CC	1247258352	LISS	THAMAR	BARRIOS	VILLA																												
	RC	1047520115	VIVIANA	SOFIA	CAICEDO	PIRELA				A					A					J														3	1	
	RC	1142954518	PAULA	ANDREA	GARCIA	HERNANDEZ				A					A					A														4	0	
	RC	1044018310	KHLOE	ALANA	BLANQUICETT	CASTRO				A					A					A					J								3	1	

TOTAL

AL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:

L NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES: 8

L MUJERES GESTANTES ASISTENTES:

COORDINADOR(A) EA

Hilda de Avila Fernandez
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de Imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

PROCESO: PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

MES: _____ AÑO: 2022

MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ FAMILIAR

SERVICIO DE ATENCIÓN: _____

Nombre Agente Educativo(a): HILDA AVILA

Código CLEM/AME UDS: 13001000383 15

Dirección UDS: KR 3 CL 12-15

Centro Zonal: HISTORICO Y EL CARIBE NORTE

CC: _____

Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: _____

Municipio: _____ CARTAGENA

Teléfono UDS: _____

PERIODO DE COBERTURA: _____

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES
01	RC	1042586467	YIMAIRIS	DANIELA	DE LOS NUEVOS	FORTICH		
02	RC	1043339637	SALOME		CARABALLO	DIAZ		
03	RC	1041999285	THIAGO	DE JESUS	DE ARCO	LOPEZ		
04	RC	1242388533	EYDAN	DAVID	ROJAS	CERVANTES		
05	RC	1187466595	KIMBERLY		DIAZ	MEDRANO		
06	RC	10024884	LUIS	MARIO	ATENCIO	GONZALEZ		
07	RC	1142953548	DEIWER	DAVID	GUERRERO	GIRADO		
08	RC	1142953291	MILAGRO	DE JESUS	JULIO	SECAS		
09	RC	1044014790	NAIKER	DAVID	GIRADO	MARTINEZ		
10	RC	1044016069	DARON	MATIAS	PERIÑAN	AREVALO		
11	RC	1044015925	MILAGROS	DE JESUS	PARDO	CASTRO		
12	RC	1041999916	ZOETH	SOFIA	CASTRO	MARTINEZ	1	1
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

No. de Orden	SEMANAS: PRIMERA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	SEGUNDA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	TERCERA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	CUARTA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	QUINTA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: AUSENTISMOS	CAUSA DE RETIRO
01	A A A I A A A A A A I A	A A A A A A A A A A	A A I A A A A A A A	A A A A A A A A A A		9	2	
02	A A A I A A A A A A I A	A A A A A A A A A A	A A I A A A A A A A	A A A A A A A A A A		4	0	
03	A A A I A A A A A A I A	A A A A A A A A A A	A A I A A A A A A A	A A A A A A A A A A		3	1	
04	A A A I A A A A A A I A	A A A A A A A A A A	A A I A A A A A A A	A A A A A A A A A A		3	1	
05	A A A I A A A A A A I A	A A A A A A A A A A	A A I A A A A A A A	A A A A A A A A A A		4	0	
06	A A A I A A A A A A I A	A A A A A A A A A A	A A I A A A A A A A	A A A A A A A A A A		4	0	
07	A A A I A A A A A A I A	A A A A A A A A A A	A A I A A A A A A A	A A A A A A A A A A		3	1	
08	A A A I A A A A A A I A	A A A A A A A A A A	A A I A A A A A A A	A A A A A A A A A A		4	0	
09	A A A I A A A A A A I A	A A A A A A A A A A	A A I A A A A A A A	A A A A A A A A A A		4	0	
10	A A A I A A A A A A I A	A A A A A A A A A A	A A I A A A A A A A	A A A A A A A A A A		4	0	
11	A A A I A A A A A A I A	A A A A A A A A A A	A A I A A A A A A A	A A A A A A A A A A		3	1	
12	A A A I A A A A A A I A	A A A A A A A A A A	A A I A A A A A A A	A A A A A A A A A A		4	0	
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								TOTAL

Verificación De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES: _____

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES: _____

TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES: _____

COORDINADOR(A) EA

Hilda de Avila Fernandez
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROYECCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO DE ASISTENCIA MENSUAL

MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ FAMILIAR

SERVICIO DE ATENCIÓN: DNF

REGIONAL: BOLIVAR

Nombre Agente Educativo (s): HILDA DE AVILA

Código CUENTAME UDS: 130100383715

Dirección UDS: KR 2 CL 12-15

Centro Zonal: HISTORICO Y EL CARIBE NORTE

CD: _____

Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: _____

Municipio: CARTAGENA

Teléfono UDS: _____

PODES SE CONSTRUYE

INFORMACION DEL USUARIO / USUARIA

No de Orden	TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO Y USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	SEMANAS																								
									PRIMERA						SEGUNDA						TERCERA						CUARTA						2.NTA					
									LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1048486277	YANIARIS	SOFIA	VILLA	SILVA						A						A						A						A	12	0	
02	RC	1041928797	MARIA	PAULA	AVENDAÑO	DE AVILA						A						A						I						A	13	1	
03	RC	1142952926	MAYKELIS	SOFIA	BLANQUICETH	CONTRERA						A						A						A						C	14	0	
04	RC	1142952303	EMANUEL	YESID	GOMEZ	RICOLL						A						A						A						A	14	0	
05	RC	1142952927	YEIKERIN	SOFIA	VILLA	MARTINEZ						A						A						A						I	13	1	
06	RC	1143415078	YERLIN	SOFIA	JULIO	CASTELAR						A						A						A						A	14	0	
07	RC	1082377353	MOISES	ADONAY	MIRANDA	BURGOS						A						I						A						A	13	1	
08	RC	1142952763	DARIANIS		CASTRO	MARTINEZ						A						A						A						A	14	0	
09	RC	1048467258	OMAIRIS	ESTER	DE LOS NUEVOS	FORTICH						A						A						A						A	14	0	
10	RC	1048467171	KEYLENIS	SOFIA	CEDEN	OTERO						A						A						A						A	14	0	
11																																	
12																																	
13																																	
14																																	
15																																	
16																																	
17																																	
18																																	
19																																	
20																																	

TOTAL

Verificación De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES: _____

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES: _____

TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES: _____

COORDINADORA EA

Hilda de Avila Hernandez
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

Septiembre

MODALIDAD DE ATENCIÓN: ______ AÑO: 2022

SERVICIO DE ATENCIÓN: FAMILIAR

No. de Orden	TIPO DOC	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	MESES
01	RC	1043301411	DENEILIS		CORDOBA	MONCARIS	19	-
02	TI	1043295709	YILKA		CASTRO	MARTINEZ	19	-
03	RC	1142955077	LEINER	SANTIAGO	BARRIOS	TORRES		4
04	CC	1047472886	KARELIS		GUERRERO	RODRIGUEZ	27	
05	CC	1047492365	DELIS	ALEJANDRA	CASTRO	VASQUEZ	25	
06	CC	20/10/2002	JISEEL	DEL CARMEN	RIVERA	PRIETO	19	
07	RC	1247258663	FEYZA	JULIETH	LASTRA	JULIO		5
08	RC	1142955170	WILMER	ANDRES	PACHECO	ANGULO		2
09	RC	1043342284	GIAN	JOSUE	DIAZ	SILVA		2
10	RC	1043342445	DEWIS	MANUEL	CASTRO	MONTERO		1
11	RC	1247258917	KENIA	PAOLA	MEDRANO	ESPITIA		3
12	RC	1042597376	DANTE	ANDRES	GOMEZ	BLANQUICETH		2
13	CC	1047397495	ADRIANA		ROMERO	MORALES	35	
14	RC	1048472619	DULCE	MARIA	PEREZ	CANENCIA		2
15								
16								
17								
18								
19								
20								

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS

No. de Orden	PRIMERA: LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SEGUNDA: LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	TERCERA: LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	CUARTA: LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	QUINTA: LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01		A					I					A					A									3	1	
02		A					A					A					A									4	0	
03		A					A					A					A									4	0	
04		A					A					A					I									3	1	
05		A					A					A					A									4	0	
06		A					A					A					A									4	0	
07		I					A					A					A									4	0	
08		A					A					A					A									3	1	
09		A					A					A					I									4	0	
10		A					A					A					A									4	0	
11		A					A					A					A									4	0	
12		A					A					A					A									4	0	
13		A					A					A					A									4	0	
14		I					A					I					A									2	2	
15																												
16																												
17																												
18																												
19																												
20																												
TOTAL																										51	5	

Verificación De Cobertura

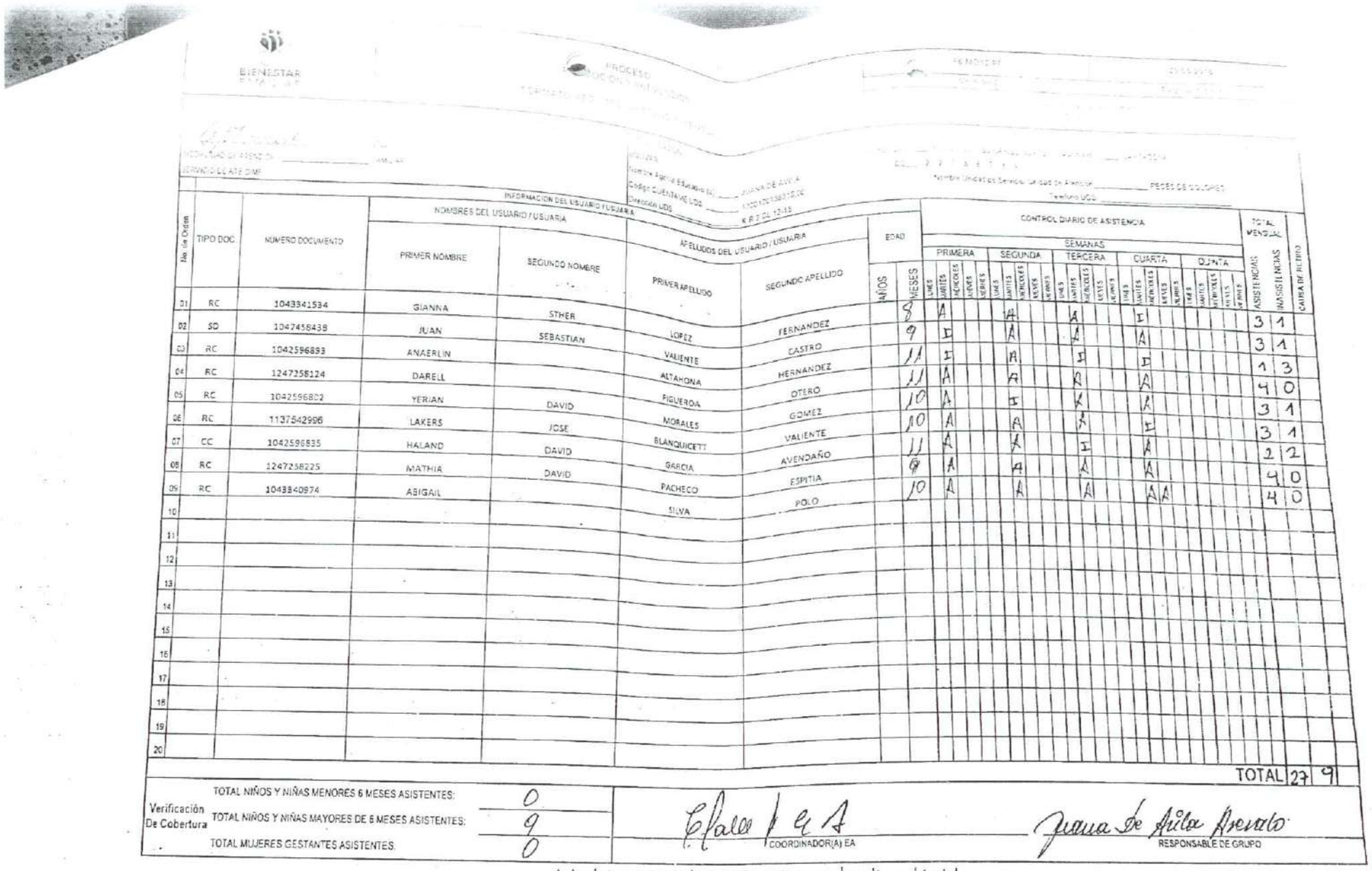
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	8
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	0
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	6

Efraile de CA
COORDINADOR(A) EA

Juana De Ávila Arévalo.
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner



BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO

FORMATO

MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ AMLAS

SERVICIO DE ATENCIÓN: _____

UNIDAD: _____

Nombre Entidad Administradora (EA): _____ JUANA DE AVILA

Código CUENTA DE UDS: _____ 1100100138310.00

Dirección UDS: _____ K # 2 CRA 12-15

Nombre Unidad de Servicio: _____ PECES DE COLORES

Teléfono UDS: _____

No. de Orden	TIPO DOC	NUMERO DOCUMENTO	INFORMACION DEL USUARIO / USUARIA: NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																				TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	SEMANAS: PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1043341534	GIANNA	STHER	LOPEZ	FERNANDEZ		8	A					A					A					I									3	1	
02	SD	1047458438	JUAN	SEBASTIAN	VALIENTE	CASTRO		9	I					A					A					A									3	1	
03	RC	1042596893	ANAERLIN		ALTAHONA	HERNANDEZ		11	I					A					I					A									1	3	
04	RC	1247258124	DARELL		FIGUEROA	OTERO		11	A					A					A					A									4	0	
05	RC	1042596802	YERIAN	DAVID	MORALES	GOMEZ		10	A					I					K					A									3	1	
06	RC	1137542996	LAKERS	JOSE	BLANQUICETT	VALIENTE		10	A					A					A					I									3	1	
07	CC	1042596835	HALAND	DAVID	GARCIA	AVENDAÑO		11	A					X					I					A									2	2	
08	RC	1247258225	MATHIA	DAVID	PACHECO	ESPITIA		9	A					A					A					A									4	0	
09	RC	1043340974	ABIGAIL		SILVA	POLO		10	A					A					A					A	A								4	0	
10																																			
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			

TOTAL 27 9

Verificación De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES: 0

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES: 9

TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES. 0

Efalo I e A
COORDINADOR(A) EA

Juana de Avila Arenato
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO: PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Versión: 5

Página 1 de 1

REGISTRO DIARIO DE ASISTENCIA

MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR

SERVICIO DE ATENCIÓN: UNIDAD DE SERVICIO

Nombre Agente Educativo (a): JUANA DE AVILA

Código CUENTAME UDS: 1300100130316 03

Dirección UDS: K 8 3 CL 12 15

CC: [redacted]

Nombre Unidad de Servicio Unidad de Atención: RECREO DE COLORES

Teléfono UDS:

No. de Orden	TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA: NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA				SEGUNDA				TERCERA				CUARTA				QUINTA										ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	VIERNES	SÁBADO			
01	RC	1043837269	AYSEL	SARAY	DIAZ	BRACHO	1	10			I	A			A	A			A	A											3	1	
02	RC	1048470028	LIETH	YULIANIS	CARABALLO	PARDO	1	4			A	I			A	A			A	A											3	1	
03	RC	1041999855	WAILER	MATHIAS	SILVA	GOMEZ	1	2			A	A			A	A			A	A											4	0	
04	RC	1047519881	THAISHANIS	SOFIA	AVENDAÑO	SILVA	1	1			A	A			A	C			A	A											3	1	
05	RC	1041999625	ANDIEL	JOSE	DE AVILA	POLO	1	2			A	A			A	A			A	A											4	0	
06	RC	1042595858	MARIANIS		PEREZ	LOPEZ	1	10			I	A			I	A			A	A											2	2	
07	RC	1143420419	NICKELY		GUERRERO	MIRANDA	1	3			A	A			A	A			I	A											3	1	
08	RC	1142953329	SHELSY	SOFIA	VALDES	ORTEGA	1	11			A	A			A	A			A	A											4	0	
09	RC	1044015656	MAISHELIN	SOFIA	PEREZ	PAJARO	1	9			A	A			A	A			A	A											4	0	
10	RC	1042596278	WATSON	SANTIAGO	HERRERA	POLO	1	6			A	A			A	A			A	A											4	0	
11	RC	1042596577	BREYCHELIS	LORENA	AHUMEDO	NAVAS	1	8			A	A			I	A			A	A											3	1	
12	RC	1047519658	YUSVELIS		DIAZ	SILVA	1	5			A	A			A	A			A	A											3	1	
13	RC	1041999785	GRISMARI		JARABA	DE AVILA	1	3			A	A			I	A			A	A											3	1	
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																																	TOTAL	43	9

Verificación De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES: 0

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES: 13

TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES: 0

Vladee L e/A
COORDINADORA(E) EA

Juana De Avila Arevalo
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
ATENCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA

No. de Orden	TIPO DOC	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	SEMANAS	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1041999527	SHANTALL	VICTORIA	BARRIOS	FUENMAYOR	2	5	PRIMERA: LUNES A, MIERCOLES A, JUEVES I, VIERNES A	4	0	
02	RC	1142953270	KENDALL	ALLEGRA	GARCIA	NIETO	2	3	PRIMERA: LUNES A, MIERCOLES A, JUEVES A, VIERNES A	4	0	
03	RC	1047518119	DEYSAN	MARCELA	VILLA	CASTRO	2	10	PRIMERA: LUNES A, MIERCOLES A, JUEVES A, VIERNES A	4	0	
04	RC	1042595517	GIANNA	YASSIEL	BLANQUICET	GODOY	2	9	PRIMERA: LUNES A, MIERCOLES A, JUEVES A, VIERNES A	4	0	
05	RC	1048465539	KLEVELIS	SOFIA	SILVA	CAICEDO	3	-	PRIMERA: LUNES A, MIERCOLES A, JUEVES A, VIERNES A	4	0	
06	RC	1041998926	KEIDER	ANDRES	ALTAMIRANDA	PACHECO	2	11	PRIMERA: LUNES I, MIERCOLES A, JUEVES A, VIERNES A	4	1	
07	RC	1041999109	MILAN	DAVID	PACHECO	BURGOS	2	8	PRIMERA: LUNES A, MIERCOLES A, JUEVES I, VIERNES A	3	2	
08	RC	1142952981	MIA	ISABELLA	ANGULO	ARNEDO	2	6	PRIMERA: LUNES I, MIERCOLES I, JUEVES I, VIERNES I	0	5	
09	RC	1042595617	JEREMY	DANIEL	PUERTAS	CAICEDO	2	5	PRIMERA: LUNES A, MIERCOLES A, JUEVES A, VIERNES A	5	0	
10	RC	1042596418	CHLOE		COLOMNA	RIVERA	1	5	PRIMERA: LUNES A, MIERCOLES A, JUEVES A, VIERNES A	5	0	
11	RC	1142953038	LUCAS	DAVID	CONTRERAS	PARDO	2	1	PRIMERA: LUNES I, MIERCOLES A, JUEVES A, VIERNES A	4	1	
12	RC	1142953198	YEIDER	DAVID	VALIENTE	CASTRO	2	1	PRIMERA: LUNES A, MIERCOLES A, JUEVES A, VIERNES A	3	2	
13	RC	1048467567	HANIEL	JOSE	SUAREZ	PARDO	2	5	PRIMERA: LUNES A, MIERCOLES A, JUEVES I, VIERNES A	4	1	
14	RC	1042595712	CARLOS	FARID	CARRILLO	VILLERO	2	2	PRIMERA: LUNES A, MIERCOLES A, JUEVES A, VIERNES A	5	0	
15	RC	1048467834	JADAM	WALID	CASTRO	PEREZ	2	2	PRIMERA: LUNES A, MIERCOLES A, JUEVES A, VIERNES A	5	0	
16												
17												
18												
19												
20												
									TOTAL	58	12	

Verificación De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES: 0

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES: 15

TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES: 0

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

FEMI12.07P | 20/03/2018 | Página 1 de 1

CENTRO ZONAL: _____ REGIONAL: _____ UNIDAD: _____ MUNICIPIO: _____

A.T. SALIENTE: _____ NÚMERO DE CONTRATO: _____ VIGENCIA: 2022

Mes: Septiembre AÑO: 2022

MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR

SERVICIO DE ATE DIMF: _____

IDENTIFICACIÓN

BOLIVAR

Nombre Agente Educativo (a): CARMEN CASTRO B

Código CUENTAME UDS: _____

Dirección UDS: KR2CL12-15

Centro Zonal: HISTORICO Y EL CARIBE NORTE Municipio: _____

CC: 32278867

Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: FECES DE COLORES

Teléfono UDS: _____

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA)	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1137543170	RONALDO		PALACIO	RODELO		4	A A A A A	4	0	
02	RC	1247258704	ANA	SARA	PATERNINA	OTERO		4	A A A A A	4	0	
03	RC	1193125330	KAREN		SERRANO	CARDALES	23		A A A A A	4	0	
04	RC	1047520709	TEYCHANIS		CASTRO	SECA		5	A A A A A	4	0	
05	RC	1247258832	ARON		CASTRO	SECA		3	A A A A A	4	0	
06	RC	1043342113	LUIS	ALBERTO	MALDONADO	AGAMEZ		4	A A A A A	4	0	
07	CC	1148706528	YORLINA		DE AVILA	OTERO	25		A A A A A	4	0	
08	CC	1007381098	YURISLEY		CASTRO	DE AVILA	22		A A A A A	4	0	
09	CC	1001901387	ETILVIA		HERNANDEZ	CARABALLO	22		A A A A A	4	0	
10	RC	1247258675	SAMIELIS		MEZA	JULIO		4	A A A A A	4	0	
11	RC	1048472224	CATALEYA		POLO	CASSIANI		6	A A A A A	4	0	
12	CC	1047411017	KATRIANA	MARGARITA	PAYAN	BLANQUICETT	33		A A A A A	4	0	
13	RC	1247258559	BRANDERLIN	SORAYA	DIAZ	VALIENTE		6	A A A A A	4	0	
14	CC	1047459936	CINDANY		HERRERA	GUZMAN	24		A A A A A	4	0	
15	CC	1148706535	SARLIS	ELENA	CASTRO	ALTAMIRANDA	24		A A A A A	4	0	
16	RC	1042597320	ANAIL	DAYAN	AGAMEZ	GUERRERO		6	A A A A A	4	0	
17	CC	1143410981	INELIS		CASTRO	DE AVILA	23		A A A A A	4	0	
18	CC	1047466596	YINA		CERVANTES	LLERENA	28		A A A A A	4	0	
19												
20												
									TOTAL	72	0	

Verificación De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES: 11

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES: 0

TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES: 7

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

No. de Orden	TIPO DOC	NUMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	EDAD MESES	SEMANAS																						TOTAL MENSUAL ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
									PRIMERA					SEGUNDA				TERCERA				CUARTA				QUINTA								
									LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1247258728	SAMUEL	ANDRES	MEDINA	CRUZATE		8	A			A				A				A									4	0	
02	RC	1137543072	WUILSIMAR	MICHEL	ALVAREZ	SAMPAYO		8	A			A				A				A									4	0	
03	RC	1247258338	ANDRES	ALONSO	BARBOSA	NAVAS		9	A			A				A				A									4	0	
04	RC	1247258223	AITHANA	ZOETH	DE AVILA	VALIENTE		9	A			A				A				A									4	0	
05	RC	1043340846	FAILING	SOFIA	CONEO	SILCADO		8	A			A				A				A									4	0	
06	RC	1247256228	WEILER	JESUS	JULIO	CASANOVA		9	A			A				A				A									4	0	
07	RC	1042596987	KERENLIS		CALDERON	MEÑACA		10	A			A				A				A									4	0	
08																																	
09																																	
10																																	
11																																	
12																																	
13																																	
14																																	
15																																	
16																																	
17																																	
18																																	
19																																	
20																																	

Septiembre

NUMERO DE CONTRATO

AÑO 2022

CARMEN CASTRO B

1300100138315.00

8.92C-12-15

CC 2 2 7 5 5 8 8 2

Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención PECES DE COLORES

Telefono UDS

TOTAL 28 0

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	7
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	0
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	0

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

FEMO12.P7 | Versión: 1 | 29/05/2018 | Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CARVAJAL
NIT: 800189920 NUMERO DE CONTRATO: 13002912022
MES: Septiembre AÑO: 2022
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATE CIMF

IDENTIFICACIÓN
BOLIVAR
Nombre Agente Educativo (a): CARMEN CASTRO
Código CUENTAME UDS: 1300100138315.00
Dirección UDS: KR 2 CL 12-15

Centro Zonal: HISTORICO Y EL CARIBE NORTE Municipio: CARTAGENA Hoja ___ de ___
CC: 22788882
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención:
Teléfono UDS: PIEDRA DE SOLOPEA

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA)		TOTAL MENSUAL	
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1143340103	LEXIAM	DAVID	MORALES	CASTRO	1		4	0	
02	RC	1201280122	ABBYL	THAYLEN	OTERO	JULIO	2		4	0	
03	RC	1048469134	ADALUZ		VALIENTE	MORAKES	1		4	0	
04	RC	1048468937	AYLAN	MATHIAS	NAVAS	BLANQUICETT	1		4	0	
05	RC	1142953685	CORAL	MARICELIS	PACHECO	CASTRO	1		4	0	
06	RC	1041999750	CLARISLEITH	ESTER	CRUZATE	DE AVILA	1		4	0	
07	RC	1142953960	DEIKER	MANUEL	MANCHEGO	CAICEDO	1		4	0	
08	RC	1042596198	JAEL		TORREZ	OTERO	1		4	0	
09	RC	1041999644	JOB	DAVID	PATERNINA	OTERO	1		4	0	
10	RC	1041999587	KARIME		CASTRO	SERRANO	1		4	0	
11	RC	1047520175	LAIDER	DAVID	TORRES	VALIENTE	1		4	0	
12	RC	1048469440	ANDRES	MIGUEL	POLO	CASSIANI	1		4	0	
13	RC	1048468509	OSCAR	LUIS	CASTRO	GOMEZ	1		4	0	
14	RC	1041999916	ISAELA	DEL MAR	CASTRO	CASTRO	1		4	0	
15	RC	1142954581	EIDRIEN	DAVID	MIRANDA	CERVANTES	1		4	0	
16	RC	1041999745	DANAE	YEANA	ARIAS	MEDINA	1		4	0	
17	RC	1041999802	YAIKELIS		PAJARO	MORALES	1		4	0	
18	RC	1041999861	KILIAN		MEDINA	DE AVILA	1		4	0	
19											
20											

TOTAL 72 0

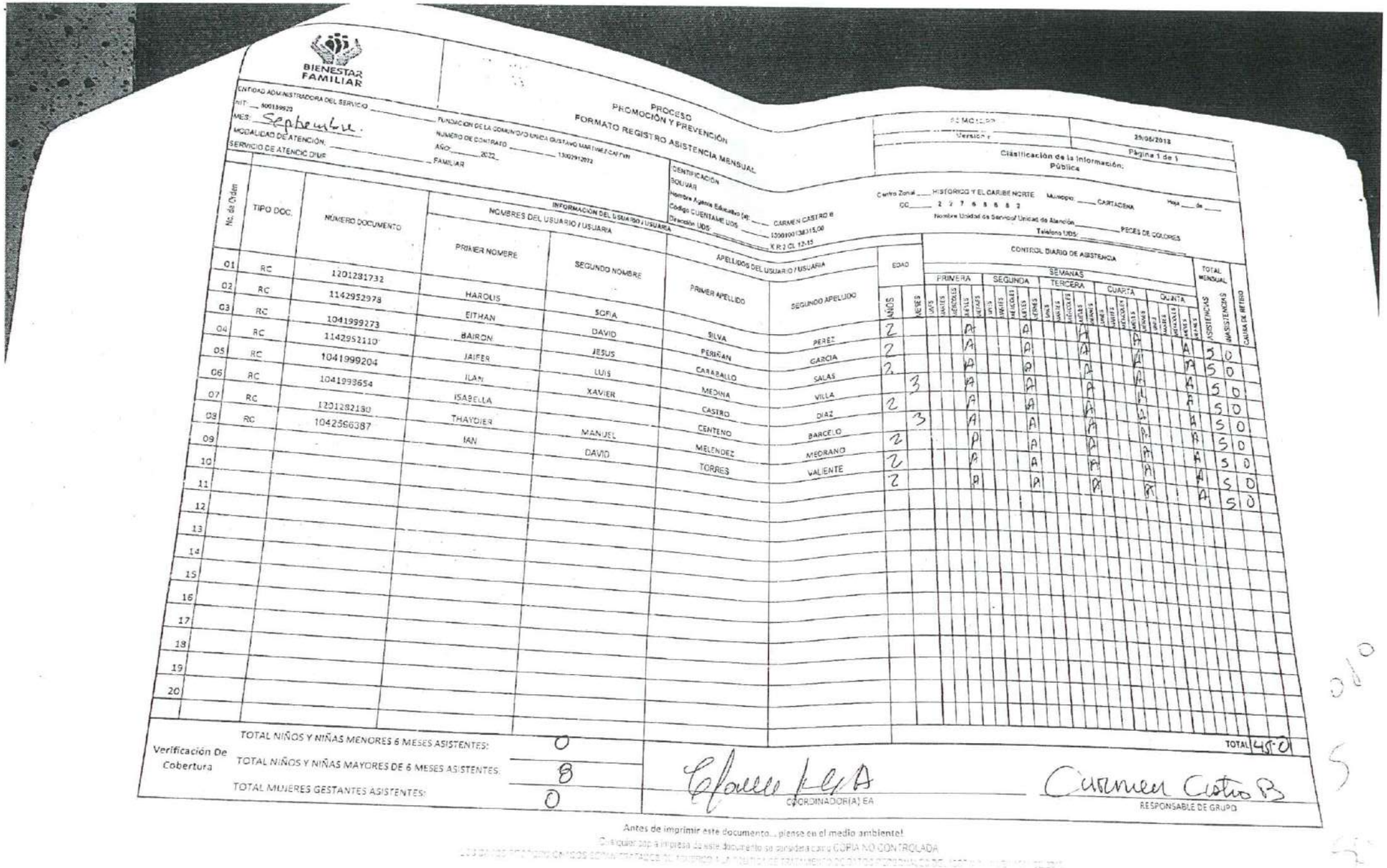
Verificación De Cobertura
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES: 0
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES: 18
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES: 0

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PERSONALES SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner



BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

SEMDESP | Versión: 7 | 25/06/2018 | Página 1 de 1 | Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAPERA
NIT: 806139920
MES: Septiembre.
NUMERO DE CONTRATO: 13002912022
AÑO: 2022
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓ D'MR

IDENTIFICACIÓN
BOLIVAR
Nombre Agente Educativo (a): CARMEN CASTRO B
Código CUENTAME UDS: 1300100138315,00
Dirección UDS: KR 2 CL 12-15

Centro Zonal: HISTORICO Y EL CARIBE NORTE | Municipio: CARTAGENA | Hoja ___ de ___
CC: 2 2 7 6 8 8 6 2
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: PECES DE COLORES
Teléfono UDS:

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA: NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA: SEMANAS: PRIMERA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES, SABADOS)	SEGUNDA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES, SABADOS)	TERCERA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES, SABADOS)	CUARTA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES, SABADOS)	QUINTA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES, SABADOS)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1201281732				PEREZ	2		D A	A	A	A	A	5	0	
02	RC	1142952978	HAROLIS	SOFIA	SILVA	GARCIA	2		A	A	A	A	A	5	0	
03	RC	1041999273	EITHAN	DAVID	PERIÑAN	SALAS	2		A	A	A	A	A	5	0	
04	RC	1142952110	BAIRON	JESUS	CARABALLO	VILLA	2	3	A	A	A	A	A	5	0	
05	RC	1041999204	JAIFER	LUIS	MEDINA	DIAZ	2		A	A	A	A	A	5	0	
06	RC	1041998654	ILAN	XAVIER	CASTRO	BARCELO		3	A	A	A	A	A	5	0	
07	RC	1201282180	ISABELLA		CENTENO	MEDRANO	2		A	A	A	A	A	5	0	
08	RC	1042396387	THAYDIER	MANUEL	MELENDEZ	VALIENTE	2		A	A	A	A	A	5	0	
09			IAN	DAVID	TORRES		2		A	A	A	A	A	5	0	
10							2		A	A	A	A	A	5	0	
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																

TOTAL 45 0

Verificación De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES: 0
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES: 8
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES: 0

Claudia L. G. A.
COORDINADOR(A) EA

Carmen Castro B.
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MG12.DP	29/01/18
Versión 5	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Publica	

Entidad Administradora del servicio: Fundación de la Comunidad Vivir a Gustavo Vasquez Daza

NIT: 800199020-5 — NUMERO DE CONTRATO: 13/07912022

MES: SEPTIEMBRE — AÑO 2022

MODALIDAD DE ATENCION: FAMILIAR

SERVICIO DE ATENCION: DIM

IDENTIFICACION

Regional: BOLIVAR

Nombre Agente Educativo (a): Luz Nary Martinez P.

Codigo CUENTAME UDS: 13001130440

Dirección UDS: PIEDRA DE BOLIVAR KR 49B 29-152

Centro Zonal: HISTORICO Y DEL CARIBE NORTE — CC 33260962

Municipio: CARTAGENA

Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: PIEDRA DE BOLIVAR

Teléfono UDS: 3008150158

Hoja ___ de ___

INFORMACION DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS: PRIMERA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	SEGUNDA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TERCERA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	CUARTA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	QUINTA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES								
01	RC	1235050867	GAEL	JOSE	PEREZ	RIVERA			A	A	A	A		4	16	
02	RC	1043340464	ABRAHAM	JESUS	ALTAMAR	SILGADO			A	A	A	A		4	16	
03	RC	1235050932	NAYSHEL	SOFIA	ESCORCIA	PEDROZA			A	A	A	A		4	16	
04	RC	1235050937	ELIEL	YASHAR	PAEZ	RIVERA			A	A	A	A		4	16	
05	RC	1143420041	ALANNA	VICTORIA	ZAMBRANO	CASSIANI			A	A	A	A		4	16	
06	RC	1235050603	EMMA	LUCIA	SIERRA	LABARCA			A	A	A	I		3	17	
07	RC	1048469116	JUAN	DAVID	PAREDES	ARRIETA			A	A	I	A		3	17	
08	RC	1235050517	SAMUEL	DAVID	BERRIO	SALAS			A	A	A	A		4	16	
09	RC	1201285303	ANA	SOFIA	DE AVILA	ROJAS			A	A	A	A		4	16	
10	RC	1004014957	EMILIANO	ISAAC	MARTINEZ	MORALES			A	A	A	A		4	16	
11	RC	1048468357	EITHAN	ANTONIO	JIMENEZ	CASSIANI			A	A	A	A		4	16	
12	RC	1044015749	DERIAN	GRECK	REBOLLEDO	ROMERO			I	A	A	A		3	17	
13	RC	1201285160	CATALAYA	ISABEL	VEGA	BALDRICH			A	A	A	A		4	16	
14	RC	1238346878	YEINFRY	DE JESUS	GENES	IRIARTE			A	A	A	A		4	16	
15	RC	1043338420	LUIS	ANGEL	PACHECO	MARIN			A	A	A	A		4	16	
16	RC	1238346286	EMILY		ROJANO	SANTOS			A	A	A	PA		4	16	
17	RC	1047519260	EMMANUEL		OSPINO	JULIO			A	A	A	I		3	17	
18	RC	1043334783	EMANUEL	DE JESUS	CORREA	DIAZ			A	A	A	I		3	17	
19																
20																
21																
22																
													TOTAL	68	16	

Verificación De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES: 0

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES: 18

TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:

RANDY POMARES
COORDINADOR(A) EA

Luz Nary Martinez
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA LEY 1581 - DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DECRETO 1377 DE 2013

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

FRAN-1579 | 29/02/2012
Versión 3 | Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública

Hoja ___ de ___

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Fundacion de la Comunidad Unida Gustavo Martinez Caffyn
NIT: _800189920-5
MES: SEPTIEMBRE
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: DIMF
NÚMERO DE CONTRATO 13002912022
AÑO 2022

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLIVAR
Nombre Agente Educativo (a): Juliez Mary Martinez P.
Código CUENTAME UDS: 13001113544
Dirección UDS: PIEDRA DE BOLIVAR # 39B 29-152

Centro Zonal HISTORICO Y DEL CARIBE NORTE
CC 33266962
Municipio: CARTAGENA
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: PIEDRA DE BOLIVAR
Teléfono UDS 3058150156

No. de Cedula	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA)	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1044019042	THAIDYS	SOFIA	ALVAREZ	PASOS				3	6	
02	RC	1044018519	ANGEL	DAVID	PUELLO	VILLADIEGO				4	0	
03	CC	1048471030	SALOME	SARAH	ACERO	FAJARDO				4	0	
04	RC	1143420720	BRAYAN	DAVID	BINTEX	PEREZ				4	0	
05	RC	1048471167	LIANNA	MARIA	GARCIA	UZCATEGUI				4	0	
06	RC	1044019233	SHENIEL	DAVID	MORALES	MORALES				4	0	
07	RC	1201287806	JEILYN	MARCELA	JULIO	ESPITALETA				3	1	
08	RC	1143420915	ALANNA	SOPHIA	MARTINEZ	HERNANDEZ				3	1	
09	RC	1048471240	AARON	GABRIEL	RUIZ	VELEZ				4	0	
10	RC	1044017425	AMELIA	ELOYSA	DEL CASTILLO	TORRES				4	0	
11	RC	1044017356	ANTONELLA		PEÑA	VISCAINO				4	0	
12	RC	1235050842	YEINS	ANDRES	PINO	RODELO				4	0	
13	RC	1201285514	JHOSUAN	ENRIQUE	MARTINEZ	ORTEGA				4	0	
14	RC	1048471490	KAHELL	ABID	ZABALETA	TORRES				4	0	
15	RC	1044019693	THIANA	LUCIA	PADILLA	QUIROGA				4	0	
16	RC	1044019610	KARLIANIS	VALETINA	ORTEGA	PIRELA				4	0	
17	RC	1044020214	DOMINICK	DAVID	MARTINEZ	GAVIRIA						
18												
19												
20												
21												

TOTAL 57

Verificación De Cobertura
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES: 0
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES: 17
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:

RANDY POMERES
COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCION

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

FS.MO12.PP	29/05/2018
Versión 5	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública	

Hoja ___ de ___

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Fundacion de la Comunidad Unida Gustavo Martinez Calfyo
NIT: 800186920-5
MES: SEPTIEMBRE
MODALIDAD DE ATENCION: FAMIAR
SERVICIO DE ATENCION: DIMF
NUMERO DE CONTRATO: 1000291-2022
AÑO: 2022

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLIVAR
Nombre Agente Educativo (a): Ivon Dary Martinez P.
Código CUENTAME UDS: 1300111540
Dirección UDS: PIEDRA DE BOLIVAR N.7 #38 29-152

Centro Zonal HISTORICO Y DEL CARIBE NORTE
CC 33266962
Municipio: CARTAGENA
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Piedra de Bolivar Familiar
Teléfono UDS: 3058150158

ID de Usuario	TIPO DOC	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)					TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA	SEGUNDA	TERCERA	CUARTA	QUINTA	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	CC	1007126659	RINA	MARCELA	GARCIA	AGUILAR			LUNES MARTES MIERCOLES JUEVES VIERNES	LUNES MARTES MIERCOLES JUEVES VIERNES	LUNES MARTES MIERCOLES JUEVES VIERNES	LUNES MARTES MIERCOLES JUEVES VIERNES	LUNES MARTES MIERCOLES JUEVES VIERNES			
02	CC	1047466860	MARIA	ALEJANDRA	MARRUGO	ROMERO			A P A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	4	0	
03	CC	1013617664	KELLYS		JULIO	JULIO			P P P P P	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	5	0	
04	CC	1007740278	DULNIS	DE JESUS	AGUILAR	GARCES			P P P P P	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	5	0	
05	RC	1275051941	EITHAN	DAVID	RIOS	GOMEZ			T P P P P	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	4	1	
06	RC	1143421442	ARTHUR	SAMIR	BARRIOS	ROMERO			I I I I I	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	2	3	
07	RC	1043341877	ROSSY	MICHELLE	MARTINEZ	SENIOR			P P P P P	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	5	0	
08	RC	1047428805	KLEIDER	ANDRES	DIAZ	PARDO			P P P P P	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	5	0	
09	RC	1044019749	GUADALUPE	ANDREA	GONZALLEZ	MARTINEZ			P P P P P	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	5	0	
10	RC	1235051635	ENMANUEL		LOPEZ	GONZALEZ			P P P P P	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	5	0	
11	RC	1247258404	ALANNA	SOFIA	CHICO	MARRUGO			P P P P P	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	5	0	
12	RC	1044019658	SCARLETT		ROMERO	VERGARA			P P P P P	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	5	0	
13	RC	1047369387	HEYLEN	ADHARA	AGUILAR	ALMEIDA			P P P P P	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	5	0	
14	RC	1238347894	ISAAC	DAVID	TEHERAN	GUTIERES			P P P P P	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	5	0	
15	RC	1235 051579	GENESIS	NAHIA	SANDON	GONZALEZ			P P P P P	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	5	0	
16																
17																
18																
19																
20																

TOTAL

Verificación De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES: 4
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES: 5
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES: 5

RANDY POMARES
COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	29/03/2018
Versión 6	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Fundacion de la Comunidad Unida Gustavo Martinez Calfyn
NIT: _800169920-5
MES: SEPTIEMBRE
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: DIMF
NÚMERO DE CONTRATO:13002912022
AÑO:2022

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLIVAR
Nombre Agente Educativo (a): MZD
Código CUENTAME UDS: 130011135440
Dirección UDS: PIEDRA DE BOLÍVAR KR 49B 29-152
Centro Zonal HISTORICO Y DEL CARIBE NORTE
CC: 30.775.574
Municipio: CARTAGENA
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: PIEDRA DE BOLIVAR
Teléfono UDS:3058150156
Hoja ___ de ___

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA: LUNES	PRIMERA: MARTES	PRIMERA: MIÉRCOLES	PRIMERA: JUEVES	PRIMERA: VIERNES	SEGUNDA: LUNES	SEGUNDA: MARTES	SEGUNDA: MIÉRCOLES	SEGUNDA: JUEVES	SEGUNDA: VIERNES	TERCERA: LUNES	TERCERA: MARTES	TERCERA: MIÉRCOLES	TERCERA: JUEVES	TERCERA: VIERNES	CUARTA: LUNES	CUARTA: MARTES	CUARTA: MIÉRCOLES	CUARTA: JUEVES	CUARTA: VIERNES	QUINTA: LUNES	QUINTA: MARTES	QUINTA: MIÉRCOLES	QUINTA: JUEVES	QUINTA: VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
1	RC	1044014915	Axel	Alejandro	Lambis	Matute			A			A			A			A						A							5	0	
2	RC	1048469138	Maria	Isabel	Cárdenas	Hernández			A			I																			1	1	
3	RC	1048469138	Isabella	Sofía	Gómez	Berrío			A			A			A			A						A							3	0	
4	RC	1143419640	Salomé		Ochoa	Bulding			A			A			A			A						A							5	0	
5	RC	1142954034	Emilus		Morales	Pérez			A			A			A			A						A							5	0	
6	RC	1044016164	Milagros	de Dios	Campo	Blanco			I			I			I			I						I							0	5	
7	RC	1044016377	Jeickol	David	Miranda	García			A			A			A			A						A							5	0	
8	RC	1047519269	Madisson	Anthonella	Luna	Moreno			A			A			A			A						A							5	0	
9	RC	1044015123	Anthuan	Joel	Mendoza	Julio			A			A			A			A						A							5	0	
10	RC	1044013776	Mathias	Manuel	Montes	Santos			A			A			A			A						A							5	0	
11	RC	1044015557	Jose	David	Muñoz	Llerena			A			A			A			A						A							5	0	
12	RC	1235050596	Dariana	Milen	Herrera	Herrera			A			A			A			A						A							5	0	
13	RC	1048470355	Arlet		Miranda	Herrera			A			A			A			A						A							5	0	
14	RC	1043339851	Fabián		Marrugo	Rivera			A			A			A			A						A							5	0	
15	RC	1041999886	Kleymar	Andrés	Urango	Moreno			A			A			A			A						A							5	0	
16	RC	1044014133	saray	esther	mavares	avila			A			A			A			A						A							5	0	
17	RC	1033829988	Brayan	jesus	garcia	cogollo			A			A			A			A						A							5	0	
18	RC	1044014083	rosalinda		jimenez	montes			A			A			A			A						A							5	0	
19	RC	1044014084	lindarosa		jimenez	montes			A			A			A			A						A							5	0	
	RC	1201286982	DANNA	PAOLA	MORENO	JIMENEZ			A			A			A			A						A							3	0	
																																39	6	

Verificación De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES: 0
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES: 20
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES: 0

RANDY POMARES
COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

FS.MO12.PP	29/05/2018
Version 5	Pagina 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

Hoja ___ de ___

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Fundacion de la Comunidad Unida Gustavo Martinez Caityn
NIT: _800189920-5
MES: SEPTIEMBRE
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCION: DIMF
NÚMERO DE CONTRATO:13002912072
AÑO:2022

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLIVAR
Nombre Agente Educativo (a): MGD
Código CUENTAME UDS: 13001113446
Dirección UDS: PIEDRA DE BOLIVAR KR 498 29-152

Centro Zonal HISTORICO Y DEL CARIBE NORTE
CC 3[illegible]. 725. 574
Municipio: CARTAGENA
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: PIEDRA DE BOLIVAR
Telefono UDS: 3058150156

INFORMACION DEL USUARIO / USUARIA

No de Orden	TIPO DOC	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)												TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA				SEGUNDA				TERCERA				CUARTA				QUINTA				ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES			
01	RC	1143420413	Kleider	Enrique	Vanegas	Zabala				A				A				A				A							4	0	
02	RC	1043197993	Amanda	Sophia	Moreno	Franco				A				A				A				A							4	0	
03	RC	1048470118	Gerónimo		Vargas	Benítez				A				A				A				A							4	0	
04	RC	1142954343	Sarah	Valentina	Salgado	Magallanes				A				A				A				A							4	0	
05	RC	1044019134	ian	jose	pedroza	manjarrez				A				A				A				A							4	0	
06	RC	1044018934	Belen		Herrera	Urbina				A				A				A				A							4	0	
07	RC	1044019294	thaliana	sofia	figueroa	castro				A				A				A				A							4	0	
08	RC	1235051075	jesus	david	zabaleta	beltran				A				A				A				A							4	0	
09	RC	1044017488	Gael	David	Ferias	Aguilar				[illegible]				A				A				A							3	1	
10	RC	1044017807	Omi	Isaac	Palacio	Molina				A				A				A				A							4	0	
11	RC	1044018013	Caleb		Salcedo	Cogollo				A				A				A				A							4	0	
12	RC	1247258122	MARIANA		AGUILAR	HERRERA				A				A				A				A							3	1	
13	RC	1044015557	JHON	ANDRES	SARABIA	AGRESOTH				A				A				A				A							3	1	
14	RC	1142954730	Harvey		Flórez	Rodríguez				A				A				A				A							4	0	
15	RC	1194715826	emma	susej	salas	perez				[illegible]				[illegible]				A				A							2	2	
16	RC	1044020562	valeria	sofia	florez	fuentes				[illegible]				A				A				A							4	0	
17	RC	1044016822	Eimy	Luciana	Solano	Casseres				[illegible]				A				A				A							4	0	
18	RC	1143421390	janer	david	barrios	manrrique				[illegible]				A				A				A							4	0	
19	RC	1235051377	yorman	jose	cabezas	montalvo				[illegible]				A				A				A							4	0	
20	RC	1143420960	Maximiliano		Medrano	Pana				[illegible]				A				A				A							4	0	
21																													23	5	
																											TOTAL			

Verificación De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	20
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	0

RANDY POMARES
COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento ... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

FS.MO12.PP	29/05/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

Hoja ___ de ___

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Fundacion de la Comunidad Unida Gustavo Martinez Caffyn
NIT: _800189920-5
MES: SEPTIEMBRE
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCION: DINF
NÚMERO DE CONTRATO:13002912022
AÑO:2022

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLIVAR
Nombre Agente Educativo (a): MGD
Código CUENTAME UDS: 1100111354-49
Dirección UDS: PIEDRA DE BOLIVAR KR 49B 29-152

Centro Zonal HISTORICO Y DEL CARIBE NORTE
CC 30.771.874
Municipio: CARTAGENA
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: PIEDRA DE BOLIVAR
Telefono UDS:3058150156

INFORMACION DEL USUARIO / USUARIA

No de Orden	TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD AÑOS	EDAD MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA)	TOTAL MENSUAL ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO						
01	RC	1235051696	YURANIS	ESTHER	RESTREPO	URBANO			A A A A A A	40	0	
02	CC	1043969574	Yoleidis	Milena	Urrueta	Martínez			A A A A A A	13	3	
03	RC	1235051978	estefany	karolay	venegas	Ortega			A A A A A A	40	0	
04	RC	1201289333	GENESIS	SOFIA	CASTILLA	LUGO			A A A A A A	40	0	
05	RC	1044020157	ADRIANA		ORTEGA	DIAZ			A A A A A A	40	0	
06	RC	1047521031	KENDALL	SOFIA	MARRUGO	GAZABON			A A A A A A	40	0	
07	CC	1001973367	GEORGINA		DIAZ	HERNANDEZ			A A A A A A	40	0	
08	CC	1193595893	GERALDINE		RODRIGUEZ	CASTRO			A A A A A A	13	3	
09	CC	1043962016	YEIMY	CAROLINA	ALMEYDA	ROCHA			A A A A A A	40	0	
10	CC	1001968769	YEIMY	MARIA	MIRANDA	ZUNIGA			A A A A A A	40	0	
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

TOTAL 401 6

Verificación De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES: 4
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES: 6

RANDY POMARES
COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

E.S.E CLINICA MATERNIDAD RAFAEL CALVO C.
Identificación Interna: 806001061-8
Cód. Habilitación: 130010081501
Dirección: Barrio Alcibia Sector Maria Auxiladora **Teléfono:** 6724060

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de Impresión: 15/09/2022 12:43
Fecha de Atención: 15/09/2022 11:53
Impreso por: FACTURACION
Centro de atención: 01 - E.S.E. CLINICA MATERNIDAD RAFAEL CALVO C.-Sede Alc
Admisión: AD475794
Paciente: TI 1043969574 - YOLEIDYS MILENA URUETA MARTINEZ
Sexo: F
Fecha de Nacimiento: 05/02/2002
Edad: 20 año(s), 7 mes(es) 10 dia(s)
Estado Civil: Unión Libre
Religión:
Nacionalidad:
Régimen: 2 - Subsidiado
Nivel: 1
Carnet:
Dirección: LAS BRISAS POR LA FERRETERIA BRISAS DE DIOS
Teléfono: 3003048901
Lugar: Cartagena Bolívar
Ocupación: 9996: Ama De Casa
Acompañante: JEFERSON MIGUEL DIMAURO
Teléfono Acomp.: 3003048901
Parentesco Acomp.:
Dirección Acomp.: LAS BRISAS POR LA FERRETERIA BRISAS DE DIOS
Responsable: JEFERSON MIGUEL DIMAURO
Teléfono Resp.: 3003048901
Parentesco Resp.: PAREJA
Dirección Resp.: LAS BRISAS POR LA FERRETERIA BRISAS DE DIOS
Médico Tratante: DAVID ROMERO JARABA
Especialidad: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
Administradora: COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A
Tipo Vinculación: Beneficiario

EPICRISIS

DATOS DE LA CONSULTA

Historia Clínica: Registro clinico de urgencias
Fecha de Ingreso: 05/09/2022 14:28
Cama: CM038
Motivo de la Consulta:
"VENGO POR MAREO, ORINO MUCHO Y DOLOR DE CABEZA"

ANTECEDENTES:

- PERSONALES:
PATOLOGICOS: NIEGA
ALERGICOS: NIEGA
QX: NIEGA
HOSPITALIZACIONES: NIEGA
TRANSFUSIONES: NIEGA
MENARQUIA: 12 AÑOS
VIDA MARITAL: 15 AÑOS
VIDA OBSTETRICA: 17 AÑOS
G2 P0 C0 A1 V0
FUM: NO RECUERDA
PLANIFICACIÓN: NIEGA
COMPAÑEROS SEXUALES: 2
ITS: NIEGA
GRUPO SANGUINEO: O+
CONTROLES PRENATALES: 6
- FAMILIARES:
MADRE: HIPERTENSION ARTERIAL
- ALÉRGICOS:- QUIRÚRGICOS:

Síntesis de la Enfermedad:
PACIENTE FEMENINA DE 20 AÑOS DE EDAD G2P0A1 QUE INGRESA CON CUADRO CLÍNICO DE APROXIMADAMENTE 48 HORAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN MAREOS, ASOCIADO A CEFALEA 5/10 EN LA ESCALA ANALOGA DEL DOLOR, ADEMAS REFIERE ZUMBIDOS EN LOS OÍDOS Y POLAQUIURIA. REFIERE TOMAR ACETAMINOFEN EN CASA CON LO QUE LA CEFALEA DISMINUYE, PERO SE AGUDIZA HACE 2 HORAS POR LO QUE DECIDE CONSULTAR.

PACIENTE FEMENINA DE PACIENTE FEMENINA DE 20 AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE:

-POP DE CESAREA SEGMENTARIA TRANSPERITONEAL DEL 1 3/09/22 A LAS 13+46 H.

-RNUV.

-PUERPERIO INMEDIATO.

-PREECLAMPSIA NO SEVERA

SUBJETIVO:

REFIERE SENTIRSE BIEN, CON LEVE PRESENCIA DE DOLOR EN HIPOGASTRIOS, NIEGA NAUSEAS, VOMITO O SINTOMATOLOGÍA PREMONITORIA.

Fecha de Impresión: 15/09/2022 12:43:45 p. m. Admisión: AD475794

Administradora: C.COSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A Paciente: YOLEIDYS MILENA URUETA MARTINEZ

EPICRISIS

NORMOCEFALO, PUPILAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, ESCLERAS ANICTERICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO MOVIL SIN MASAS NI ADENOPATIAS PALPABLES.

Tórax:
SIMETRICO EXPANSIBLE, NO TIRAJES INTERCOSTALES, MURMULLO VESICULAR PRESENTE, PULMONES BIEN VENTILADOS, SIN RUIDOS AGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS.

Abdomen:
GLOBOSO POR UTERO GRAVIDO AU: 32 CM, SE PALPA FETO UNICO LONGITUDINAL, CEFALICO, DORSO IZQUIERDO, FCF 150, MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES, SIN ACTIVIDAD UTERINA NI CAMBIOS CERVICALES, TONO UTERINO NORMAL.

Piel y faneras:
PIEL HIDRATADA, SIN CICATRICES NI LESIONES.

Genitourinario:
GENITALES EXTERNOS NORMOCONFIGURADOS, A LA ESPECULOSCOPIA CON PLIEGUES VAGINALES NORMALES, CUELLO SANO, MUCOSA ROSADA, SIN ESTIGMAS DE SANGRADO. TACTO CUELLO POSTERIOR, DURO, SIN DILATACIÓN NI BORRAMIENTO

Extremidades:
SIMETRICAS, EUTROFICAS, SIN EDEMA, LLENADO CAPILAR <2SEG, PULSOS PERIFERICOS PRESENTES.

Sistema nervioso central:
SIN DEFICIT SENSITIVO NI MOTOR APARENTE, GLASGOW 15.

Análisis:
PACIENTE FEMENINA DE 20 AÑOS DE EDAD G2P0C0A1 CON DIAGNÓSTICOS DE:
- EMBARAZO DE 36 SEMANAS POR ECOGRAFIA DE I TRIMESTRE + FUV
- TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO A CLASIFICAR

ACTUALMENTE CLINICAMENTE ESTABLE, CON SIGNOS VITALES EN METAS, AFEBRIL, SIN SIGNOS DE SIRS, TOLERANDO VÍA ORAL Y OXIGENO AMBIENTE, SIN DINAMICA UTERINA NI CAMBIOS CERVICALES, VITALIDAD FETAL CONFIRMADA DADO MOVIMIENTOS FETALES Y ACTIVIDAD CARDÍACA PRESENTE. PACIENTE CON CIFRAS TENSIONALES ELEVADAS NO EN RANGO DE SEVERIDAD, POR LO QUE SE DECIDE INGRESAR PARA REALIZAR PERFIL TOXEMICO VIGILAR CIFRAS TENSIONALES, ACTUALIZAR PARACLINICOS, PENDIENTE REVALORAR CON RESULTADOS. Y DECIDIR MANEJO.

DIAGNÓSTICOS DE ENTRADA:

Diagnóstico Principal: O16X : HIPERTENSION MATERNA, NO ESPECIFICADA
Diagnóstico Relacionado 1: Z358 : SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO

Servicio de Egreso: 04|HOSP. QUIRURGICA
Fecha de Egreso: 15/09/2022 11:52
Motivo de Salida: Alta Estado a la Salida: Vivo

DIAGNÓSTICOS DE SALIDA:

Diagnóstico Principal: Z988 : OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS
Diagnóstico Relacionado 1: Z392 : SEGUIMIENTO POSTPARTO. DE RUTINA

PLAN ATENCIÓN INTEGRAL POR MEDICINA:

Tratamiento Farmacologico:

PLAN:
-ALTA MÉDICA CON RECOMENDACIONES.
-ACETAMINOFEN 500mg VO C / 6 HORAS POR 6 DÍAS.
-ENOXAPARINA 40 mg SC UNA VEZ AL DIA POR 15 DÍAS.
-CITA PRIORITARIA POR GINECOLOGÍA.
-LICENCIA DE MATERNIDAD POR 126 DÍAS. DESDE EL DIA 14/09/22 HASTA EL DIA 18 DE ENERO DEL 2023.
-TOMA DE PRESIÓN ARTERIAL A LAS 7 AM Y 7 PM.
-LEVONORGESTREL MICRONIZADO (JADELLE) IMPLANTE SUBDÉRMICO 75 MG

Recomendaciones Adicionales:
-RECOMENDACIONES PARA REGRESAR A URGENCIAS:
-SIGNOS DE ALARMA POR LOS QUE CONSULTAR A URGENCIAS: SALIDA DE SANGRADO ABUNDANTE O FÉTIDO POR GENITALES, FIEBRE, DOLOR DE CABEZA, DOLOR ABDOMINAL, PITIDOS EN LOS OIDOS, LUCES CENTELLANTES, PUNTOS CIEGOS EN LA VISTA, PRESIÓN ALTA, ETC.

Aplica Cuidados de Enfermería: No

DAVID ROMERO JARABA
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
5110/73083700

EPICRISIS

SIGNOS VITALES:

TA: 110/80
MMHG FC: 73 LPM FR: 18 RPM SAT: 96% T: 36.5°C

OBJETIVO:

PACIENTE EN BUENAS
CONDICIONES GENERALES,
NORMOCEFALO, PUPILAS ISOCÓRICAS NORMORREACTIVAS A LA LUZ,
ESCLERAS ANICTÉRICAS, NO INYECCIÓN CONJUNTIVAL,
MUCOSAS HÚMEDAS SIN LESIONES , CUELLO MÓVIL, SIMÉTRICO, NO
SE PALPAN MASAS NI ADENOPATÍAS, TÓRAX SIMÉTRICO,
NORMOEXPANSIBLE, SIN USO DE MÚSCULOS ACCESORIOS, SE AUSCULTA MURMULLO
VESICULAR UNIVERSAL EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, SIN RUIDOS SOBRE AGREGADOS,
RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, BIEN TIMBRADOS, NO SE AUSCULTAN SOPLOS, ABDOMEN
BLANDO DEPRESIBLE, HERIDA QUIRÚRGICA LIMPIA SECA SIN
SECRECIONES, LEVE DOLOR A LA PALPACIÓN, SIN SIGNOS DE
IRRITACION PERITONEAL, UTERO NORMOTONICO, ADECUADO BOLO DE SEGURIDAD DE PINARD
A NIVEL INFRAUMBILICAL, GENITALES NORMOCONFIGURADOS SIN SALIDA DE
LOQUIOS HEMÁTICOS, EXTREMIDADES EUTRÓFICAS SIMÉTRICAS, SIN
EDEMA, PULSOS PERIFERICOS PRESENTES, LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEGUNDOS, SNC:
NO FOCALIZACIÓN NEUROLÓGICA APARENTE, GLASGOW 15/15.

ANÁLISIS:

PACIENTE FEMENINA CON DIAGNÓSTICOS PREVIAMENTE ANOTADOS,
ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, SIN SIGNOS DE SIRS, AFEBRIL,
MUCOSAS HÚMEDAS, CIFRAS TENSIONALES DENTRO
DE PARÁMETROS ADECUADOS. BOLO DE SEGURIDAD DE PINARD NORMOTONICO A
NIVEL INFRAUMBILICAL, HERIDA QUIRÚRGICA EN BUENAS CONDICIONES SIN
SALIDA DE SANGRADO NI SECRECIONES. PACIENTE
CON EVOLUCIÓN SATISFACTORIA, POR LO QUE SE INDICA SALIDA CON CITA
PRIORITARIA POR GINECOLOGÍA, ANALGESIA VÍA ORAL, TROMBOPROFILAXIS,
RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR A URGENCIA SI SE
DIERA EL CASO. SE LE EXPLICA A PACIENTE TODO LO RELACIONADO CON SU
CUADRO CLÍNICO EN PALABRAS CLARAS QUIEN AFIRMA COMPRENDER Y ACEPTAR.

PLAN:

-ALTA MÉDICA CON RECOMENDACIONES.

-ACETAMINOFEN 500mg VO C / 6 HORAS POR 6 DÍAS.

-ENOXAPARINA 40 mg SC UNA VEZ AL DIA POR 15 DÍAS.

-CITA PRIORITARIA POR GINECOLOGÍA.

-LICENCIA DE MATERNIDAD POR 126 DÍAS. DESDE EL DIA 13/09/22 HASTA EL DIA 17 DE ENERO DEL 2023.

-TOMA DE PRESIÓN ARTERIAL A LAS 7 AM Y 7 PM.

-LEVONORGESTREL MICRONIZADO
(JADELLE) IMPLANTE SUBDÉRMICO 75 MG.

-RECOMENDACIONES PARA REGRESAR A URGENCIAS:

-SIGNOS DE ALARMA POR
LOS QUE CONSULTAR A URGENCIAS: SALIDA DE SANGRADO ABUNDANTE O FÉTIDO POR
GENITALES, FIEBRE, DOLOR DE CABEZA, DOLOR ABDOMINAL, PITICOS EN LOS
OIDOS, LUCES CENTELLANTES, PUNTOS CIEGOS EN LA VISTA. PRESIÓN ALTA, ETC.

Revisión Por Sistema:

GENITOURINARIO

EXAMEN FISICO:

Apariencia a su llegada:

PACIENTE ALGIDA EN REGULARES CONDICIONES GENERALES, ALERTA, CONSCIENTE, ORIENTADA EN LAS TRES ESFERAS, COLABORA CON EL INTERROGATORIO.

Cabeza, cara y órganos de los sentidos:

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO
ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

2209791008912 3

La información consignada en este certificado, se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines estrictamente autorizados.

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DEL NACIMIENTO

Departamento	Municipio
BOLÍVAR	CARTAGENA

ÁREA DEL NACIMIENTO

Área	Centro Poblado (Inspección, corregimiento o caserío)
Cabecera Municipal	

FECHA DEL NACIMIENTO Año - Mes - Día	HORA DEL NACIMIENTO Hora - Minutos
2022-09-13	10:59:00

SEXO DEL NACIDO VIVO	HEMOCLASIFICACIÓN DEL NACIDO VIVO Grupo sanguíneo	Factor RH
Femenino		

IDENTIFICACIÓN DE LA MADRE

Tipo de documento	Número de documento
Cédula de ciudadanía	1043969574

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DE LA MADRE (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
URUETA	MARTINEZ	YOLEIDYS	MILENA

DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL NACIDO VIVO ES RECONOCIDO POR SUS PADRES COMO

Pertenencia étnica	¿A cuál pueblo indígena pertenece?
Ninguno de los anteriores	

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA EL NACIDO VIVO

IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR

Tipo de documento	Número de documento
Cédula de ciudadanía	73009341

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
ATENCIA	VELASCO	ALBERT	ALFONSO

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA EL NACIMIENTO	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	11263

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento	Municipio
BOLÍVAR	CARTAGENA

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO Año - Mes - Día	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA EL NACIMIENTO
2022-09-13	Dr. Albert Atencia V. GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA 11263

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones

Fecha de Impresión: 2022-09-13 11:38

Código Verificación: 6674-81E3-1C93-A

E.S.E. CLINICA DE MATERNIDAD RAFAEL CALVO
NIT. 80

VALORACIÓN INTEGRAL DE LA SALUD Y EL DESARROLLO DE LA PRIMERA INFANCIA

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO								
Resulado Tamizaje Neonatal	TSH neonatal	Normal		Alterado				
	Auditivo OEA/PEAA	Normal		Alterado				
	Cardiopatía Congénita Compleja	Normal		Alterado				
	Visual	Normal		Alterado				
ATENCIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA								

ATENCIÓN EN SALUD POR ENFERMERÍA (E), MEDICINA (M), PEDIATRÍA (P) O MEDICINA FAMILIAR (MF)

Edad	Fecha			Valoración nutricional		Puntuación Z	Atención en salud por
	Día	Mes	Año	Peso	Talla		
Al mes							
2 a 3 meses							
4 a 5 meses							
6 a 8 meses							
9 a 11 meses							
12 a 17 meses							
18 a 23 meses							
24 a 29 meses							
3 años							
4 años							
5 años							

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega			
2.ª entrega			
3.ª entrega			

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega					
2.ª entrega					
3.ª entrega					
4.ª entrega					
5.ª entrega					

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

A partir de 6m			
1 año			
2 años			
3 años			
4 años			
5 años			

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

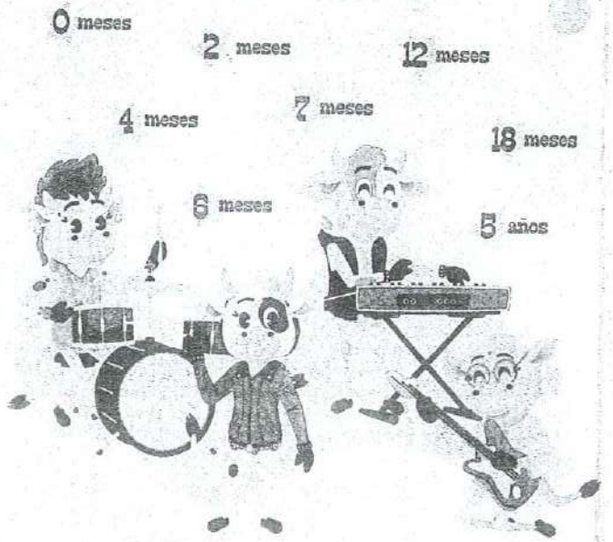
3 años					
4 años					
5 años					

*Menor o igual a 20 normal

Vacunar oportunamente con todas las dosis a tus hijos, garantiza la protección frente a enfermedades como:

Tuberculosis meníngea, hepatitis B, poliomielitis, meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b, difteria, tosferina, tétanos, diarrea por rotavirus; neumonía, otitis, meningitis, bacteriemia causada por neumococo, enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza, sarampión, rubéola, parotiditis, varicela, hepatitis A, fiebre amarilla y virus del papiloma humano.

Edad de aplicación de las vacunas a los niños y niñas menores de 6 años:



Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos:

Fecha de nacimiento: 13-09-2022

Nº de certificado de nacido vivo: 2209791008912 3

Registro civil:

Sexo: femenino

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: 2795 Talla: 48

Dirección: las bijas

Teléfono 1: 3014606247

Teléfono 2:

Responsable: Yoleidis oneta Martine 3

Municipio de residencia: GT

Departamento: Bol.

Busca ya las vacunas ¡es gratis, hazlo de una!

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

(605) 642 3484 - lunes a viernes de
a.m. a 5:00 p.m.
tral de citas: (605) 693 1501 - lunes a
es de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. y sábado
00 a.m. a 1:00 p.m.
Norte. Km8, Vía al Mar
@chsm.com

CENTRO HOSPITALARIO SERENA DEL MAR

CHSM

INFORME DE PLAN DE ALTA

Fecha de Emisión 2022/09/08 11:23
Fecha de Impresión 2022/09/08 11:23
Página 1 de 1

nte 32744658-SILVIA JADITH MONTOYA LONDOÑO **Convenio** ECOPETROL S.A
No. 2209000567

idad Fisica

R ACTIVIDADES DE IMPACTO, MARCHA ASISTIDA CON BASTON, USO DE ZAPATO POST OPERATORIO PARA LA MARCHA

s (Anticoagulación, Insulina, Medicamentos Contra Indicados, Fiebre, Otros)

O DE CAÍDA, COSULTAR SI PRESETNA DOLOR SEVERO, LIMITACION PARA EL APOYO, EDEMA SEVERO. PERDIDA DE LA BLIDAD.

óstico:

FRACTURA DE LOS HUESOS DEL DEDO GORDO DEL PIE

de Próximo Control

15 Medicina Prepagada ☐ EPS ☐

torio Médico : ORTOPEDIA TEL 6056931501 6056428484

ERDE QUE ES SU RESPONSABILIDAD SOLICITAR LA CITA

aReferencia SI ☐ NO ☒

le Alta Realizado Por

- DANIEL HUMBERTO MORALES LOPEZ

ón: Teléfono:

SO DE EMERGENCIA COMUNICARSE A:

):

Dr. Daniel H. Morales López
Ortopedia y Traumatología
CE. 392732

Firma del Médico

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	29/06/2018
Versión 6	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Fundacion de la Comunidad Unida Gustavo Martinez Cuttyn
NIT: _800189920-5
MES: SEPTIEMBRE
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: DIMF
NÚMERO DE CONTRATO: 1308193202021
AÑO:2022

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLIVAR
Nombre Agente Educativo (a): ANA GUERRERO
Código CUENTAME UDS: 1308111354#6
Dirección UDS: PIEDRA DE BOLIVAR KR 46B 29-152
Centro Zonal: HISTORICO Y DEL CARIBE NORTE
CC: 45.597859
Municipio: CARTAGENA
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: PIEDRA DE BOLIVAR FAMILIAR
Teléfono UDS: 3114336405
Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA)	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	CC	1051831170	ALEJANDRA	MARCELA	MARTINEZ	GARCIA	24	9	A A A A A	4		
02	CC	1002193045	YOVANA		MORALES	PALACIO	20	9	P P P P P		4	
03	CC	1002186970	DAYANA		PERTUZ	LOPEZ	22	5	A A A A	4		
04	CC	1007229759	NOHEMI	ESTHER	PADILLA	VENTURA	20	4	A A A A	4		
05	CC	1007738296	YULIANA	PAOLA	PALENCIA	ORTEGA	21	8	A A A A	4		
06	CC	1047494531	VIANYS		PITALUA	VALENCIA	25	8	A I A A	3	1	
07	RC	1142955135	YAEL	JOSE	CALDERON	UBARNES	0	2	A A A A	4		
08	RC	1247258925	THAYLERI	SOFIA	MATIAS	JIEMENEZ	0	2	A A A A	4		
09	RC	1044020395	NASH	IMAY	CORREA	PEÑATA	0	3	A A A A	4		
10	RC	1044019958	LINA	MARCELA	MARIN	ZAMBRANO	0	5	A A A A	4		
11	RC	1247258333	KEINER	DAVID	GONZALEZ	RUIZ	0	7	A A A A	4		
12	RC	1044018933	LIAMNA	ROSA	MIRANDA	GENES	0	8	I A A A	3	1	
13	RC	1044018693	RAUL	DAVID	CABEZA	MERCADO	0	9	A A A A	4		
14	RC	1143420728	ANGELICA	MARIA	VENTURA	RODRIGUEZ	0	10	A A A A	4		
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
									TOTAL	50	6	

Verificación De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES: 4
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES: 4
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES: 6

RANDY JOSE POMARES GUERRERO
COORDINADOR(A) EA
Randy Pomares

Ana Guerrero
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

PR/MC12.PP	19/05/2014
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Fundación de la Comunidad Unida Gustavo Martínez Collyn
NIT: 899199026-5 NUMERO DE CONTRATO: 1350162021
MES: SEPTIEMBRE AÑO: 2022
MODALIDAD DE ATENCION: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCION: DIMF

IDENTIFICACION
Regional: BOLIVAR
Centro Zonal: HISTORICO Y DEL CARIBE NORTE Municipio: CARTAGENA
Dirección UDS: PIEDRA DE BOLIVAR KR 49 29-167
Nombre Unidad de Servicio: Unidad de Atención _PIEDRA DE BOLIVAR PALENQUE_
Teléfono UDS: 313 0264165

INFORMACIÓN DEL USUARIO /USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO /USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO /USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA)	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1201288025	DARIANA	ISABELLA	AVILA	TORRES	0	8	/ / / / /			
02	RC	1238346868	NILHER	DAVID	HERNANDEZ	ORTEGA	1	6	A I A A A	4	1	
03	RC	1044016178	ROYLI	ALEXANDER	VARGAS	JULIO	1	6	A A A A A	5		
04	RC	1044014120	ANGEL	DAVID	MELLIZO	HERNANDEZ	2	1	A A A A A	5		
05	RC	1044015903	EINAR	DAVID	BARRIOS	MARRUGO	1	7	A A A A A	5		
06	RC	1047519381	LYAM	DAVID	MARTINEZ	MENLENDEZ	1	8	A I A A A	4	1	
08	RC	1044016514	JULIANYS	MARGARITA	ACEVEDO	MONTES	1	5	A A A A A	5		
09	RC	1238346097	JHOSMAIRA ALEJANDR	DEL ROSARIO	ANDRADE	COLINA	1	11	A A A A A	5		
10	RC	1238346198	GIA	NICOLL	REYES	TORRES	1	10	I A A A A	4	1	
11	RC	1048468738	SAMARA		PARDO	COGOLLO	1	9	A A A A A	5		
12	RC	1048468398	LUIS	CARLOS	PADILLA	TORRES	2	0	A A A I A	4	1	
13	RC	1043338454	GABRIEL	JOSE	PEROZA	MARTINEZ	2	0	A A A I A	4	1	
14	RC	1137542865	EMA	SOFIA	URUETA	VERA	1	10	A A A A A	5		
15	RC	1235050558	SHAYNA	SOFIA	ANGULO	VILLERO	1	11	A A A A A	5		
16	RC	1235050606	CAMILO		VALENCIA	ARCILA	1	10	A A A A A	5		
17	RC	1050979526	NAIM		JIMENEZ	RODRIGUEZ	1	10	A A I A A	4	1	
18	RC	1142953666	LUIS	DAVID	RAMOS	DOMINGUEZ	1	8	A A A A A	5		
19	RC	1048468253	JEYCOB	JOAO	MEZA	TRESPALACIO	1	10	A A I A A	4	1	
20												
21												
22												
									TOTAL	83	7	

Verificación De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES: 0
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES: 18
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES: 0

RANDY JOSE POMARES GUERRERO
COORDINADOR(A) EA
Randy Pomares

Ana Guerrero.
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

OBSERVACIONES: Dariana Isabella Avila Torres cambio de dia de atencion de jueves para miercoles.

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCION Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

FGJM012.PP	20/05/2016
Versión 6	Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Fundacion de la Comunidad Unida Gustavo Martinez Cotlyn
NIT: _800189920-5 NÚMERO DE CONTRATO: 1063 1603021
MES: SEPTIEMBRE AÑO: 2022
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: DIAF

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLIVAR
Nombre Agente Educativo (a): ANA GUERRERO
Código CUENTAME UDS: 0001113448
Dirección UDS: PIEDRA DE BOLIVAR LT. 108 21 122
Centro Zonal: HISTORICO Y DEL CARIBE NORTE
C.C. 1.9597859
Municipio: CARTAGENA
Nombre Unidad de Servicio (Unidad de Atención): PIEDRA DE BOLIVAR FAMIAR
Teléfono UDS: 3116659405

Hoja 1 de 1

INFORMACIÓN DEL USUARIO /USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC	N° NUEVO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO /USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO /USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA)	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1044018457	SHERIL	NIKOL	GUERRERO	GUERRERO	0	10	A A A A	4		
02	RC	1044018219	JOHAN	DE JESUS	VALENCIA	BRAHAM	0	10	A A I A	3	1	
03	RC	1044018115	ISABELLA		MALDONADO	VARGAS	0	11	A A A A	4		
04	RC	1201287591	ALANNA	SOFIA	BADEL	VASQUEZ	0	9	A A A A	4		
05	RC	1044019538	AILEN	SHALON	GOMEZ	PIÑATE	0	7	A A A A	4		
06	RC	1044018240	MAYTE	NAHELA	HERNANDEZ	SIERRA	0	10	A A A A	4		
07	RC	1235051712	REICHELL	YOLAISA	MARTINEZ	VILLASMIL	0	10	A A A A	4		
08	RC	1143420593	JEROME	ANDRES	GONZALEZ	PEREZ	0	11	/ / / /			Voluntario
09	RC	1201287437	CELESTE	JHOANA	PEREZ	JIMENEZ	1	0	A A A A	4		
10	RC	1044018076	JESUS	DAVID	FIGUEROA	CANTILLO	1	0	A A A A	4		
11	RC	1044018109	HABRAHAM	RAFAEL	POMARES	VILCHEZ	1	1	A I A A	3	1	
12	RC	1044017358	EMILY	SOFIA	JIMENEZ	ARRIETA	1	2	A A A A	4		
13	RC	1048470513	AYNARA	ISABEL	BOLAÑOS	BERRIO	1	2	A A A A	4		
14	RC	1044017637	GABRIEL	DAVID	SALINAS	PADILLA	1	0	A A I A	3	1	
15	RC	1044017153	ANGEL	ELIAS	AGAMEZ	RAMIREZ	1	2	A A A A	4		
16	RC	1044017326	LUISBERLYS	AILYN	DOMINGUEZ	ESCALONA	1	2	A I A A	3	1	
17	RC	1044017246	MILAN	DAVID	MORELO	ASPRILLA	1	3	A A A A	4		
18	RC	1048470677	BRIANA	MICHELL	CRESPO	MEZA	1	3	A A A A	4		
19	RC	1201288025	DARIANA	ISABELLA	AVILA	TORRES	0	8	A A A A	4		
20	RC	1044018801	ELIAN	JOSE	ALVAREZ	MUÑOZ	0	11	A A A A	4		

Verificación De Cobertura	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	19
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	0

TOTAL 82 | 4

RANDY JOSE POMARES GUERRERO
COORDINADOR(A) EA

Randy Pomares

Ana Guerrero
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

OBSERVACIONES: Se retira Jerome Andres Gonzalez Jimenez (06.09.2022) e ingresa Elian Jose Alvarez Muñoz.

CLINICA DE LA MUJER CARTAGENA S.A.S.
Código del Prestador: 130010314101 Nit: 901031682-4
Dirección: AV Pedro de heredia N°35 - 119
Teléfono: 6448161-6624187
Web: www.clinicadelamujer.com
Email: clinicadelamujerctg@clinicadelamujerctg.com

Fecha de Impresión: 2022/08/28 14:22:13

Epicrisis

Datos del Paciente

Identificación:	CC - 1002193045	**Paciente:**	MORALES PALECIO YOVANA	**Ingreso:**	381001
Fecha Ingreso:	2022/08/27	**Hora Ing:**	07:05	**Unidad Funcional:**	HOSPITALIZACION
Fecha y Hora Atencion:	2022/08/27 08:25:04			**Sexo:**	F
Fecha Naci:	2001-11-12	**Edad:**	20 años	**Municipio:**	CARTAGENA
Telefono:	3024656148,	**Estrato:**	EXENTO DE PAGO		
Dirección:	CLL 20 A49 29				
Empresa:	ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD E.S.S				
Contrato:	CONTRATO No 19 : MUTUAL SER ESS : GENERAL SUBSIDIADO				
Acompañante:			**Tel. Acompañante:**		

DATOS HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES

MOTIVO DE CONSULTA: "ME CITARON HOY"
ENFERMEDAD ACTUAL: PACIENTE FEMENINO DE 20 AÑOS DE EDAD, CON EMBARAZO DE 39.2 SEMANAS, SEGUNDIGESTANTE, CON POBRE CONTROL PRENTAL, QUIEN INGRESA REFIRIENDO CUADRO CLINICO CONSISTETE EN DOLOR TIPO CONTRACCION, NIEGA SANGRADO SALIDA DE LQUIDO U OTRA SINTOMATOLGIA.
ANTECEDENTES FAMILIARES: NIEGA
QUIRURGICOS: NIEGA
ESTADO DE CONCIENCIA: NORMAL
PIEL Y MUCOSA: NORMAL
CABEZA, CARA Y CUERO CABELLUDO: NORMAL
CUELLO: NORMAL
ORGANOS DE LOS SENTIDOS: NORMAL
TORAX: NORMAL
RESPIRATORIO: NORMAL
CARDIACO: NORMAL
VASCULAR PERIFERICO: NORMAL
ABDOMEN: NORMAL
PERIANAL: NORMAL
REGION INGUINAL: NORMAL
GENITALES: NORMAL
EXTREMIDADES: NORMAL
SIST. NERVIOSO CENTRAL NORMAL
OBSERVACION : RESULTADOS DE LABORATORIOS CLINICOS :

OBSERVACIONES: 4/04/22
HB: 10.1, HTO: 31, LEU 8.10 PLAQ: 299
VIH NEGATIVO
VDRL NO REACTIVO

Scanned with CamScanner

CLINICA DE LA MUJER CARTAGENA S.A.S.
Código del Prestador: 130010314101 Nit: 901031682-4
Dirección: AV Pedro de heredia N°35 - 119
Teléfono: 6448161-6624187
Web: www.clinicadelamujer.com
Email: clinicadelamujerctg@clinicadelamujerctg.com

Fecha de Impresión: 2022/08/28 14:22:13

Epicrisis

OBSERVACION: RESULTADO DE ECOGRAFIA Y MONITOREO FETAL :

OBSERVACION: ECOGRAFIA DEL DIA 08/04/2 REPORTA EMBARAZO DE 18.5 SEMANAS PARA HOT 38.6 SEMANAS
ECOGRAFIA DEL DIA 09/05/22 REPORTA EMBARAZO DE 22.5 SEMANAS
ECOGRAFIA DEL DIA 16/07/22 REPORTA EMBARAZO DE 33.3 SEMANAS

OBSERVACION. RESULTADO DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS RADIOLOGÍA Y EKG :

CRANEO, CARA Y CUELLO CONSIENTE, ALERTA, ORIENTADA EN LAS TRES ESFERAS, SIN SIGNOS DE FALLO AGUDO.
NORMOCEFALO, CONJUNTIVAS ROSADAS, PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, MUCOSA ORAL HÚMEDA, CUELLO MÓVIL SIN ADENOPATIAS.
TORAX: R1R2 EN CUATRO FOCOS, RITMICOS BIEN TIMBRADOS, SIN SOPLOS, NI RUIDOS SOBREAGREGADOS, SIN SIGNOS DE FALLO AGUDO DE BOMBA.
BUENA MECANICA VENTILATORIA, BUENA ENTRADA DE AIRE BILATERAL, SIN RUIDOS SOBREAGREGADOS
ABDOMEN: GLOBOSO POR UTERO GRAVIDO, CON AU: 33 CM, FETO UNICO VIVOCEFALICO CON FCF Y MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES, NO SE PALPA ACTIVIDAD UTERINA EN 10 MINUTOS.
PIEL Y FANERAS: HIDRATADA, EUTERMICA, SIN LESIONES APARENTES.
GENITO-URINARIO: GENITALES EXTERNOS NORMOCONFIGURADOS, AL TACTO VAGINAL CUELLO POSTERIOR CON DILATACION 2 CM CON 60%BORRAMIENTO MEMBRANAS INTEGRAS. DIURESIS ESPONTANEA.
EXTREMIDADES: EXTREMIDADES SIMETRICAS, EUTROFICAS, SIN EDEMA, LLENADO CAPILAR MENOR 2 SEG.
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: SIN DEFICIT MOTOR O SENSITIVO

PLANES Y TRATAMIENTO

PLAN: -HOSPITALIZAR
-DIETA BLANDA
-SSN 0.9 % 1000CC A GOTEO RAPIDO, LUEGO A 60CCC/H
-MISOPROSTOL 50 MCG 1/2 TAB INTRAVAGINAL ::::::: 07+00::::::::
-S/S PRUEBAS RAIDAS
-S/S HEMOGRAMA
-MONITOREO FETAL
-VIGILAR ACTIVIDAD UTERINA Y FCF
-PREPARAR PARA ATENCION DEL PARTO
-SEGUIMIENTO POR GINECOLOGO Y/O MEDICO GENERAL DE TURNO
-CSV. AC
ANALISIS: FEMENINA DE AÑOS DE EDAD:
EMBARAZO DE SEMANAS POR ECO DEL II TRIMESTRE + FUV
TRABAJO DE PARTO FASE LATENTE
ANEMIA MDOERADA
SEGUNDIGESTANTE

Scanned with CamScanner

Epicrisis

POBRE CONTROL PRENATAL

ACIENTE ACTUALMENTE CLINICAMENTE ESTABLE, HEMODINAMICAMENTE COMPENSADA, SIGNOS VITALES EN METAS, AFEBRIL SIN SIGNOS DE SIRS, TOLERANDO VIA ORAL Y OXIGENO AMBIENTE, DEAMBULANDO SIN COMPLICACIONES. ÚTERO GRÁVIDO CON ALTURA UTERINA DE 33 CM CON ACTIVIDAD UTERINA PALPABLE REGULAR MOV FETALES PRESENTES FCF ADECUADA. AL TV CUELLO CERVICAL POSTERIOR CON DILATACION DE 2 CM BORRAMIENTO 60%, MEMBRANAS INTEGRAS VALORADA POR GINECOLOGA DE TURNO DRA MAYERLIN RIOS QUIEN ORDENA INGRESAR PARA REALIZACION DE MONITORIA FETAL, INDICA DOSIS DE PROSTAGLANDINAS, PREVIO MONITOREO. SE LE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIAR ESTADO ACTUAL Y CONDUCTA A SEGUIR QUIENES REFIEREN ENTENDER Y ACEPTAR. ATENTOS A EVOLUCIÓN.

RASTREO ECOGRAFICO: MOV FETALES +, MOV RESPIRATORIOS +, FCF +, LIQUIDO AMNIOTICO NORMAL

DATOS PERINATALES

PATOLOGIAS DEL EMBARAZO: NO
ESTEROIDES PRENATALES: NO

IMPRESION CLINICA

Diagnóstico Principal: R102 - DOLOR PELVICO Y PERINEAL

RESUMEN DE EVOLUCIONES

Fecha evolucion: 2022-08-28

Paciente:	**CC - 1002193045 MORALES PALECIO YOVANA**
Diagnóstico:	06:11: **********ALTA MEDICA********** FEMENINA DE 20 AÑOS DE EDAD CON DX DE: 1. PUERPERIO INMEDIATO DE PARTO VAGINAL EUTOCICO + DESGARRO PERIANAL GRADO II Y DESGARRO PARAURETRAL GRADO I 2. RECIEN NACIDO VIVO A TERMINO SEXO FEMENINO A LAS 16:55 HR PESO: 3385 GR TALLA: 52 CM 3.ANEMIA MODERADA (HB 9.5)
Subjetivos:	06:11: REFIERE SENTIRSE BIEN. MANIFIESTA PASAR BUENA NOCHE.
Descripción Física:	06:11: CONSCIENTE ORIENTADO HIDRATADO CARDIOPULMONAR NORMAL NO AGREGADOS ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOR, SE PALPA UTERO INVOLUCIONADO NORMOTONICO BUEN BOLO DE SEGURIDAD DE PINARD, GENITALES EXTERNOS NORMOCONGIGURADOS CON ESCASO SANGRADO VAGINAL NO FETIDO NO EDEMA NO DEFICIT RESTO NORMAL
Paraclínicos:	06:11:
Procedimientos:	06:11:

Scanned with CamScanner

CLINICA DE LA MUJER CARTAGENA S.A.S.
Código del Prestador: 130010314101 Nit: 901031682-4
Dirección: AV Pedro de heredia N°35 - 119
Teléfono: 6448161-6624187
Web: www.clinicadelamujer.com
Email: clinicadelamujerctg@clinicadelamujerctg.com

Fecha de Impresión: 2022/03/28 14:22:13

Epicrísis

Tratamiento:	06:11: ALTA MÉDICA CON: - CEFRADINA CAP 500 MG #28 USO: TOMAR 1 CAP VO CADA 6 HORAS POR 7 DÍAS - ACETAMINOFEN TAB 500 MG #20 USO: TOMAR 1 TAB VO CADA 6 HORAS POR 5 DÍAS 1. CITA CONTROL CON GINECOLOGIA EN 7 DIAS. 2. RECIEN NACIDO CITA CONTROL CON PEDIATRIA EN 3 DIAS. 3. CITA CON PLANIFICACION FAMILIAR. RECOMENDACIONES MATERNAS 1. DEAMBULAR 2. ASEO GENITAL ADECUADO 3. SEGUIR ESTRICTAMENTE TRATAMIENTO ORDENADO 4. CONSULTAR A URGENCIAS SI PRESENTA: FIEBRE, SECRECION GENITAL FETIDA, SANGRADO GENITAL ABUNDANTE, DOLOR INTENSO, DEMAS SIGNOS DE ALARMA EXPLICADOS. ÓRDENES Y RECOMENDACIONES DEL RECIEN NACIDO [] LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA A LIBRE DEMANDA, NO NECESITA NINGUN OTRO ALIMENTO HASTA LOS 6 MESES. [] MAMITA LAVARSE LAS MAÑOS ANTES DE DAR EL SENO Y MANTENER UÑAS CORTAS Y LIMPIAS. [] USAR JABON SUAVE, NO COLONIAS, ROPA DE ACUERDO AL CLIMA, PREFERIBLEMENTE QUE SEA DE ALGODÓN. [] CAMBIO FRECUENTE DEL PAÑAL Y USAR CREMA ANTIPAÑALITIS. [] MANTENER EL OMBLIGO SECO Y LIMPIO (NO USAR LOCIONES NI SUSTENCIAS) [] VISITAS RESTRINGIDAS. [] EXPONER AL RECIEN NACIDO AL SOL EN HORARIO 8AM Y 4PM HASTA (30 MIN) PRIMERAS DOS SEMANAS DE VIDA. [] EVITAR USO DE CHUPOS O BIBERONES. [] EVITAR CAMBIOS BRUSCOS DE TEMPERATURA. [] EVITAR CONTACTO CON PERSONAS QUE TENGAN GRIPA O INFECCIONES EN LA PIEL. [] NO EXPONER AL RECIEN NACIDO AL HUMO DEL CIGARRILLO [] ACOSTAR BOCA ARRIBA. NUNCA BOCA ABAJO [] CITA CONTROL POR CONSULTA EXTERNA CON PEDIATRIA EN 3 DIAS. [] INICIAR SUPLEMENTACION CON HIERRO ELEMENTAL (1mg/kg/dia) [] COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACION POR SU EPS. [] CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN SU EPS. [] PORTAR SIEMPRE LA EPICRISIS CUANDO ACUDA A CITA CON ESPECIALISTAS. [] CUMPLIR LAS CITAS MÉDICAS. [] RECLAMAR REPORTE DE PRUEBA TIROIDEA (TSH) EN 3 DIAS HABILES EN LA OFICINA DE ATENCION AL CLIENTE DE LA CLINICA DONDE NACIÓ EL BEBE. [] REGISTRAR AL RECIEN NACIDO Y TRAMITAR VINCULACION AL REGIMEN DE SALUD. [] DAR MUCHO AMOR! SIGNOS DE ALARMA ACUDIR AL SERVICIO DE URGENCIAS MÁS CERCANO EN CASO DE PRESENTAR ALGUNO DE ESTOS SIGNOS DE ALARMA: 1. FIEBRE. 2. CONVULSIONES. 3. COLORACION AMARILLA DE LA PIEL. 4. NO ES CAPAZ DE TOMAR EL SENO. 5. VOMITA TODO LO QUE COME. 6. ENROJECIMIENTO ALREDEDOR DEL OMBLIGO. 7. DISTENSION ABDOMINAL PERSISTENTE. 8. NO LUCE BIEN, ESTA DECAIDO. 9. COLORACION AZULADA DE LA PIEL. 10. DIARRREA O DEPOSIONES CON SANGRE. 11. DIFICULTAD PARA RESPIRAR (SE LE HUNDEN LAS COSTILLAS AL RESPIRAR O RESPIRA MUY RAPIDO). **** RECLAMAR TSH NEONATAL DE LUNES A VIERNES DE 2 A 4 EN ATENCION AL USUARIO ****
Analisis:	06:11: DURANTE SU ESTANCIA HOSPITALARIA PACIENTE CON EVOLUCION SATISFACTORIA TOLERANDO VIA ORAL Y DAMBULACION, SIN MAREOS, NIEGA SINTOMATOLOGIA TOXEMICA, SANGRADO VAGINAL ESCASO NO FETIDO, LACTANDO A SU RECIEN NACIDO REACTIVO CON BUENA SUCCION, EN RONDA MEDICA SE DECIDE EGRESO CON RECOMENDACIONES SE EXPIDE FORMULA MEDICA LA CUAL DEBE SEGUIR ESTRICTAMENTE, CONSULTAR A URGENCIAS SI PRESENTA: FIEBRE, SECRECION GENITAL FETIDA, SANGRADO GENITAL ABUNDANTE, DOLOR INTENSO, DEMAS SIGNOS DE ALARMA EXPLICADOS, CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO, CITA CONTROL CONSULTA EXTERNA MEDICINA GENERAL EN 7 DIAS, CITA CONTOL PEDIATRIA EN 3 DIAS.
Firma:	
Datos del Medico:	DANIELA PAOLA GUZMAN GELIZ Especialida: MEDICINA GENERAL Registro Medico: 1102875945

DATOS HISTORIA CLINICA

OBSERVACION

Scanned with CamScanner

CLINICA DE LA MUJER CARTAGENA S.A.S.
Código del Prestador: 130010314101 **Nit:** 901031682-4
Dirección: AV Pedro de heredia N°35 - 119
Teléfono: 6448161-6624187
Web: www.clinicadelamujer.com
Email: clinicadelamujerctg@clinicadelamujerctg.com

Fecha de Impresión: 2022/08/28 14:22:13

Epicrisis

DURANTE SU ESTANCIA HOSPITALARIA PACIENTE CON EVOLUCION SATISFACTORIA TOLERANDO VIA ORAL Y DAMBULACION, SIN MAREOS, NIEGA SINTOMATOLOGIA TOXEMICA, SANGRADO VAGINAL ESCASO NO FETIDO, LACTANDO A SU RECIEN NACIDO REACTIVO CON BUENA SUCCION, EN RONDA MEDICA SE DECIDE EGRESO CON RECOMENDACIONES SE EXPIDE FORMULA MEDICA LA CUAL DEBE SEGUIR ESTRICTAMENTE, CONSULTAR A URGENCIAS SI PRESENTA: FIEBRE, SECRECION GENITAL FETIDA, SANGRADO GENITAL ABUNDANTE, DOLOR INTENSO, DEMAS SIGNOS DE ALARMA EXPLICADOS, CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO, CITA CONTROL CONSULTA EXTERNA MEDICINA GENERAL EN 7 DIAS, CITA CONTOL PEDIATRIA EN 3 DIAS.

DATOS DE EGRESO

Diagnostico egreso:	O809 - PARTO UNICO ESPONTANEO, SIN OTRA ESPECIFICACION
Fecha y hora de egreso:	2022/08/28 - 06:37
Fecha y hora de muerte:	
Estado egreso:	VIVO

MEDICO
DANIELA PAOLA GUZMAN GELIZ
Esp: MEDICINA GENERAL
CC: 1102875945
Reg. Med:

MEDICO ESPECIALISTA
MAYERLIN PETRO UTRIA
CC:
Reg. Med:

Copyright 2010-2011 Sisma-Salud. Todos los Derechos Reservados.

Scanned with CamScanner

CLINICA DE LA MUJER CARTAGENA S.A.S.

Clínica de la Mujer

Código del Prestador: 130010314101 Nit: 901031682-4
Dirección: AV Pedro de heredia N°35 - 119
Teléfono: 6448161-6624187
Web: www.clinicadelamujar.com
Email: clinicadelamujercig@clinicadelamujercig.com

Fecha de Impresión: 2022/08/28 14:23:28
RECOMENDACIONES

Datos del Paciente

Identificación:	CC - 1002193045	Paciente:	MORALES PALECIO YOVANA		
Fecha Ingreso:	2022/08/27	Hora Ing:	07:05	Ingreso:	381001
Fecha y Hora Atencion:	2022/08/27 08:25:04			Unidad Funcional:	HOSPITALIZACION
Fecha Nacl:	2001-11-12	Edad:	20 años	Sexo:	F
Telefono:	3024656148,	Estrato:	EXENTO DE PAGO	Municipio:	CARTAGENA
Dirección:	CLL 20 A49 29				
Empresa:	ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD E.S.S				
Contrato:	CONTRATO No 19 : MUTUAL SER ESS : GENERAL SUBSIDIADO				
Acompañante:			Tel. Acompañante:		

Nº: 5680965

Unidad Funcional: 1 - HOSPITALIZACION

Fecha: 2022/08/28 Hora: 06:38

Médico: DANIELA PAOLA GUZMAN GELIZ

Recomendaciones:

RECOMENDACIONES MATERNAS
1. DEAMBULAR
2. ASEO GENITAL ADECUADO
3. SEGUIR ESTRICTAMENTE TRATAMIENTO ORDENADO
4. CONSULTAR A URGENCIAS SI PRESENTA: FIEBRE, SECRECION GENITAL FETIDA, SANGRADO GENITAL ABUNDANTE, DOLOR INTENSO, DEMAS SIGNOS DE ALARMA EXPLICADOS.

ÓRDENES Y RECOMENDACIONES DEL RECIEN NACIDO

? LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA A LIBRE DEMANDA, NO NECESITA NINGUN OTRO ALIMENTO HASTA LOS 6 MESES.
? MAMITA LAVARSE LAS MANOS ANTES DE DAR EL SENO Y MANTENER UÑAS CORTAS Y LIMPIAS.
? USAR JABON SUAVE, NO COLONIAS, ROPA DE ACUERDO AL CLIMA, PREFERIBLEMENTE QUE SEA DE ALGODÓN.
? CAMBIO FRECUENTE DEL PAÑAL Y USAR CREMA ANTIPAÑALITIS.
? MANTENER EL OMBLIGO SECO Y LIMPIO (NO USAR LOCIONES NI SUSTENCIAS)
? VISITAS RESTRINGIDAS.
? EXPONER AL RECIEN NACIDO AL SOL EN HORARIO 8AM Y 4PM HASTA (30 MIN) PRIMERAS DOS SEMANAS DE VIDA.
? EVITAR USO DE CHUPOS O BIBERONES.
? EVITAR CAMBIOS BRUSCOS DE TEMPERATURA.
? EVITAR CONTACTO CON PERSONAS QUE TENGAN GRIPA O INFECCIONES EN LA PIEL.
? NO EXPONER AL RECIEN NACIDO AL HUMO DEL CIGARRILLO
? ACOSTAR BOCA ARRIBA, NUNCA BOCA ABAJO
? CITA CONTROL, POR CONSULTA EXTERNA CON PEDIATRIA EN 3 DIAS.
? INICIAR SUPLEMENTACION CON HIERRO ELEMENTAL (1mg/kg/dia)
? COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACION POR SU EPS.
? CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN SU EPS.
? PORTAR SIEMPRE LA EPICRISIS CUANDO ACUDA A CITA CON ESPECIALISTAS.
? CUMPLIR LAS CITAS MÉDICAS.
? RECLAMAR REPORTE DE PRUEBA TIROIDEA (TSH) EN 3 DIAS HABILES EN LA OFICINA DE ATENCION AL CLIENTE DE LA CLINICA DONDE NACIO EL BEBE.
? REGISTRAR AL RECIEN NACIDO Y TRAMITAR VINCULACION AL REGIMEN DE SALUD.
? DAR MUCHO AMOR!

SIGNOS DE ALARMA
ACUDIR AL SERVICIO DE URGENCIAS MÁS CERCANO EN CASO DE PRESENTAR ALGUNO DE ESTOS SIGNOS DE ALARMA:
1. FIEBRE.
2. CONVULSIONES.
3. COLORACION AMARILLA DE LA PIEL.
4. NO ES CAPAZ DE TOMAR EL SENO.
5. VOMITA TODO LO QUE COME.
6. ENROJECIMIENTO ALREDEDOR DEL OMBLIGO.
7. DISTENSION ABDOMINAL PERSISTENTE.
8. NO LUCE BIEN, ESTA DECAIDO.
9. COLORACION AZULADA DE LA PIEL.
10. DIARRREA O DEPOSIONES CON SANGRE.
11. DIFICULTAD PARA RESPIRAR (SE LE HUNDEN LAS COSTILLAS AL RESPIRAR O RESPIRA MUY RAPIDO).

**** RECLAMAR TSH NEONATAL DE LUNES A VIERNES DE 2 A 4 EN ATENCION AL USUARIO ****

Daniela Guzmán Geliz.

ATENDIDO POR
DANIELA PAOLA GUZMAN GELIZ Ced medico: 1102875945 Reg Medico : MEDICINA GENERAL

Copyright 2010-2011 Sisma-Salud, Todos los Derechos Reservados.

Scanned with CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

FG.MO12.PP	25/05/2010
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Fundacion de la Comunidad Unida Gustavo Martinez Callyn
NIT: 800189820-5 NUMERO DE CONTRATO: 13001935021
MES: SEPTIEMBRE AÑO: 2022
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: DIMF

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLIVAR Centro Zonal: HISTORICO Y DEL CARIBE NORTE Municipio: CARTAGENA
Nombre Agente Educativo (a): GLEISI MARTELO CC: 45764947
Código CUENTAME UDS: 13001135440 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: PIEDRA DE BOLIVAR FAMILIAR
Dirección UDS: PIEDRA DE BOLIVAR KR 46D 29-152 Teléfono UDS: 3114309405

Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA)	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1201287755	EMILY		CAMACHO	RAMOS	0	10	A A I A	3	1	
02	RC	1235051294	LIAN	ANDRES	MARTINEZ	SUAREZ	1	0	A A A A	4		
03	RC	1143420513	MATEO	ANDRES	ARNEDO	MERLANO	1	1	A A A A	4		
04	RC	1142954255	GAEL	JOSE	TORRALVO	VALENCIA	1	4	A A A A	4		
05	RC	1108938515	DIEGO	ALEJANDRO	LOZANO	MEDINA	1	11	A A A A	4		
06	RC	1044016409	AINARA	LUCIA	QUEJADA	BRAVO	1	5	A I A A	3	1	
07	RC	1235050800	SAUL	DE JESUS	RODRIGUEZ	BOLIVAR	1	6	A A A A	4		
08	RC	1235050876	DARKISS		SERNA	MENDEZ	1	5	A A A A	4		
09	RC	1044016833	JHON	ANDRES	VELEZ	CIENFUEGOS	1	7	I A A A	3	1	
10	RC	1047519476	DEIVER	JAVIER	HINCAPIE	POLO	1	6	A A A A	4		
11	RC	1235050783	ELIANIS		GALEANO	DURANGO	1	6	A A A A	4		
12	RC	1242389196	MATHIAS	ALEJANDRO	ESPINOZA	MARTINEZ	1	9	A A I A	3	1	
13	RC	1048467733	THIAGO	ANDRES	PEÑATE	RODRIGUEZ	2	0	A I A A	3	1	
14	RC	1201285656	OLIVER		DAW	AMADOR	1	5	A A A A	4		
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
									TOTAL	51	5	

Verificación De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	4
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	0

RANDY JOSE POMARES GUERRERO — COORDINADOR(A) EA — Randy Pomares

Gleisi Martelo — RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento.... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento será considerada como COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

FAMI012.FP	29/05/2018
Versión 5	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Publica	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Fundacion de la Comunidad Unida Gustavo Martinez Cuffyn
NIT: 830139920-5
MES: SEPTIEMBRE
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: DBF
NÚMERO DE CONTRATO: 1500102031
AÑO: 2021

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLIVAR
Nombre Agente Educativo (a): __GLEISI MARTELO__
Código CUENTAME UDS: 1500102440
Dirección UDS: PIEDRA DE BOLIVAR KR 8A 8A 62
Centro Zonal: HISTORICO Y DEL CARIBE NORTE
UO: 4526840
Modalidad: CRECIENDO
Hoja ___ de ___
Nombre Unidad de Servicio: Unidad de Atención: __PIEDRA DE BOLIVAR FAMILIAR__
Teléfono UDS: 3113020901

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA)		TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1044018962	MARIANGEL		BUSTAMANTE	GUERRERO	0	10	A I A A		3	1	
02	RC	1143420303	JUAN	PABLO	SILGADO	FLOREZ	1	2	A A A A		4		
03	RC	1142952741	LEYNER		MENDOZA	SANCHEZ	2	3	/ / / /				
04	RC	1044015572	NEILYANIS	SOFIA	CASANOVA	LEON	1	8	A A A A		4		
05	RC	1048467846	SHAYLIN	SOFIA	MARTINEZ	FLOREZ	2	0	A A A A		4		
06	RC	1142953411	NAHOMY		CARABALLO	RENTERIA	1	10	I A A A		3	1	
07	RC	1143420561	NOHAT	DAVID	CASTILLO	JULIO	1	0	A A I A		3	1	
08	RC	1042596388	EMANUEL	DAVID	PEREZ	PATERNINA	1	5	A A A A		4		
09	RC	1235050567	BIANCA	LUCIA	ESTREMOR	MARTINEZ	1	10	A A A A		4		
10	RC	1048467207	JEAN	ALEXANDER	BANQUETT	BARRIOS	2	2	A A A A		4		
11	RC	1041999553	NOAH	RAFAEL	CONTRERAS	CASTILLO	1	7	A A I A		3	1	
12	RC	1044015857	ANGEL	JOEL	CUENTAS	ARRIETA	1	8	A A A A		4		
13	RC	1238346434	HEAVENLY		PAEZ	CERVANTE	1	8	A A A A		4		
14	RC	1201284395	LUIS	JOSE	ARNEDO	PESTANA	1	11	A I A A		3	1	
15	RC	1235051360	THATIANA	DEL CARMEN	GONZALEZ	CARRILLO	1	1	A A A A		4		
16	RC	1042596637	CLHOY	DEL CARMEN	MARTINEZ	BERRIO	1	1	A A A A		4		
17	RC	1044015596	ELKIN	DARIO	OLASCOAGA	GUERRERO	1	8	I A A A		3	1	
18													
19													
20													
21													
22													
										TOTAL	16		

Verificación De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	16
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	0

RANDY JOSE POMARES GUERRERO
COORDINADOR(A) EA
Randy Pomares

Gleisi Martelo
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

OBSERVACIONES: leyner Mendoza Sanchez pasa para el grupo etario de los dias jueves.

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

FO-M312.PP	22/05/2018
Versión 6	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública	

Hoja ___ de ___

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Fundación de la Comunidad Unida Gustavo Martínez Collyn
NIT: _800129920-5
NÚMERO DE CONTRATO: 1563/2021
MES: SEPTIEMBRE
AÑO 2022
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: CNH

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLIVAR
Nombre Agente Educativo (a): ___GLEISI MARTELO___
Código CUENTAME UDS: 1509113440
Dirección UDS: PIEDRA DE BOLIVAR KR 49B 36-152
Centro Zonal: HISTORICO Y DEL CARIBE NORTE
CC: ___45764[illegible]___
Nombre Unidad de Servicio: Unidad de Atención ___PIEDRA DE BOLIVAR FAMILIAR___
Teléfono UDS: 3114493405
Municipio: CARTAGENA

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO /USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA)					TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO /USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO /USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO /USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO /USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA	SEGUNDA	TERCERA	CUARTA	QUINTA	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	CC	1007786712	GISELLE	ISABEL	MARTINEZ	FERNANDEZ	22	6	A	A	I	A	A	4	1	
02	CC	1235040767	YORYANIS	DEL CARMEN	CRISMATT	MARRUGO	24	5	A	A	A	A	A	5		
03	CC	1043963325	LIZ	JOHELYS	ROMERO	RIVERO	19	9	A	A	A	A	A	5		
04	CC	1067930025	ANA	MILENA	LOPEZ	ESCOBAR	29	10	A	A	A	A	A	1	4	
05	CC	1002185526	PAULINA	DEL CARMEN	PEREZ	PEÑALOZA	23	10	A	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		5	
06	RC	1247258966	DAVID	ALEJANDRO	RINCONES	HINCAPIE	0	0	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]			
07	RC	1044020551	JIRETH	ISABELLA	MALDONADO	PEREZ	0	5	A	A	A	A	A	5		
08	RC	1064808423	DAVIANNY	ANTONELLA	MEDRANO	GOMEZ	0	7	A	A	A	A	A	5		
09	RC	1235051937	ZAIDER	ARNULFO	URUETA	SALAS	0	2	I	I	I	I	A	2	3	
10	RC	1047520834	EMMA	ISABELL	MARIN	NARVAEZ	0	5	A	A	A	A	A	5		
11	RC	1044020588	SKYLER	ISABELL	ANAYA	CASTILLO	0	3	A	A	A	A	A	5		
12	RC	1201288679	ELIAB	ESTEBAN	MERCADO	CUBAS	0	5	A	A	A	A	A	5		
13	RC	1044020015	DEVERLYN	SOFIA	ZAMBRANO	SERNA	0	6	I	A	A	A	A	4	1	
14	RC	1044019807	NEYS	ISABELLA	MORALES	OROZCO	0	7	A	A	A	A	A	5		
15	RC	1137543016	JHOSUA	DAVID	SALAS	PATERNINA	0	9	A	A	A	A	I	4	1	
16	RC	1044019181	KEYLIANIS		GALEANO	GOMEZ	0	8	A	A	A	A	A	5		
17	RC	1044017900	ABRAHAM	ANDRES	GARCIA	OCAMPO	0	11	A	A	A	A	A	5		
18	RC	1044018322	LUISA	MARCELA	JOLY	AGAMEZ	0	11	A	I	A	A	A	4	1	
19	RC	1142954379	SEBASTIAN	ANDRES	PEREZ	DIAZ	1	1	A	A	A	A	A	5		
20	RC	1142995279[illegible]	UEXNER		MENDOZA	SANCHEZ	2	3	A	A	A	A	A	5		
21																
22																
23																
													TOTAL	54	16	

Verificación De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES: 6
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES: 9
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES: 5

RANDY JORGE POMARES QUEPRERO
COORDINADOR(A) EA
Randy Pomares

Gleisi Martelo
RESPONSABLE DE (GRUPO)

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Epicrísis

Datos del Paciente

Identificación: CC - 1143398233
Fecha Ingreso: 2022/08/11
Paciente: HINCAPIE GIL DORALBA
Hora Ing: 08:52
Ingreso: 377292
Unidad Funcional: HOSPITALIZACION 2
Fecha y Hora Atencion: 2022/08/11 09:13:27
Fecha Naci: 1997-02-01
Telefono: 3116582384,3137315159,
Edad: 25 años
Sexo: F
Dirección: CALLE SAN MARTIN
Estrato: EXENTO DE PAGO
Municipio: CARTAGENA
Empresa: COOPERATIVA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL DE LA ZONA SUR ORIENTAL DE CARTAGENA LTDA COOSALUD LTDA
Contrato: CONTRATO No 35 : COOSALUD SUBSIDIADO- EPISODIOS
Acompañante:
Tel. Acompañante:

DATOS HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES

MOTIVO DE CONSULTA: TENGO DOLORES
ENFERMEDAD ACTUAL: PACIENT FEMENINA DE 25 AÑOS DE EDAD CON IDX DE EMBARAZO DE 39 5 SEMANAS POR ECO DE I TRIMESTRE + FUV , QUIEN INGRESA CON CUADRO CLINICO DE +6 HORAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DOLOR TIPO CONTRACCION EN HIPOGASTRIO QEUE SE IRRADIA A REGION LUMBAR Y EXPULSION DE TAPON MUCOSO . NIEGA SALIDA DE LIQUIDO NI SANGRADO , REFIERE MOVIMIENTOS FETAES PRESENTES , SE ATIENDE PACIENTE CON TODOS LOS ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD
ANTECEDENTES FAMILIARES: NIEGA
QUIRURGICOS: NIEG
ESTADO DE CONCIENCIA: NORMAL
PIEL Y MUCOSA: NORMAL
CABEZA, CARA Y CUERO CABELLUDO: NORMAL
CUELLO: NORMAL
ORGANOS DE LOS SENTIDOS: NORMAL
TORAX: NORMAL
RESPIRATORIO: NORMAL
CARDIACO: NORMAL
VASCULAR PERIFERICO: NORMAL
ABDOMEN: NORMAL
PERIANAL: NORMAL
REGION INGUINAL: NORMAL
GENITALES: NORMAL
EXTREMIDADES: NORMAL
SIST. NERVIOSO CENTRAL NORMAL

OBSERVACION : RESULTADOS DE LABORATORIOS CLINICOS :

OBSERVACIONES: 18/07/2022: HB :12.1 VIH 1/2: NEGATIVO VDRL : NO REACTIVO

Scanned with CamScanner

15/06/2022: TOXOPLASMA NEGATIVO
21/06/2022: CULTIVO RECTOVAGINAL NEGATIVO
15/03/2022: HEP B NEGATIVO
27/12/2021: RUEBOLA NEGATIVO

OBSERVACION: RESULTADO DE ECOGRAFIA Y MONITOREO FETAL :

OBSERVACION: 03/02/2022: EMBARAZO DE 12.5 SEM PARA HOT 39.5 SEMA
12/04/2022: EMBARAZO DE 22.5 SEM
12/07/2022: EMBARAZO DE 36.0 SEM

OBSERVACION. RESULTADO DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS RADIOLOGÍA Y EKG :

CRANEO, CARA Y CUELLO CONCIENTE ALERTA ORIENTADA. BUEN ESTADO GENERAL NORMOCEFALO, CONJUNTIVAS ROSADAS, PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, MUCOSA ORAL HÚMEDA, CUELLO MÓVIL SIN ADENOPATIAS.
TORAX: TORAX SIMETRICO, EXPANDIBLE. RSCS RITMICOS SIN SOPLOS, RSRS NORMOVENTILADOS SIN AGRADOS.
ABDOMEN: GLOBOSO POR UTERO GRAVIDO. AU:34 CM, FETO UNICO VIVO, MOV FETALES PRESENTE, FCF:146 LAT X MIN. CEFALICO DORSO IZQUIERDO
PIEL Y FANERAS: HIDRATADO
GENITO-URINARIO: NORMOCONFIGURADO, NORMOTERMICO, AL TACTO CUELLO ANTERIOR BLANDO, ACORTADO, DILATADO EN 3 CM, CON BORRAMIENTO DE 60 %. SE EVIDENCIA SALIDA DE TAPON MUCOSO. SIN AMNIORREA.
EXTREMIDADES: MOVILES, SIMETRICA, SIN EDEMA, BUEN LLENADO CAPILAR.
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: SIN DEFICIT SENSITIVO NI MOTOR APARENTE.

PLANES Y TRATAMIENTO

PLAN: -HOSPITALIZAR
- DIETA BLANDA
-SSN 0.9 % 1000CC A GOTEO RAPIDO, LUEGO A 60CCC/H
SS PRUEBAS RAPIDAS VIH VDR
-MONITOREO FETAL
-VIGILAR ACTIVIDAD UTERINA Y FCF
-PREPARAR PARA ATENCION DEL PARTO
-SEGUIMIENTO POR GINECOLOGO Y/O MEDICO GENERAL DE TURNO
-CSV. AC
ANALISIS: PACIENTE FEMENINA ED 25 AÑOS DE EDAD CON IDX

1. EMBARAZO DE 39.5 SEM POR ECO DE I TRIMESTRE
2. TRABAJO DE PARTO EN FASE LATENTE
3. G2P1

PACIENT FEMENINA DE 25 AÑOS DE EDAD CON IDX DE EMBARAZO DE 39.5 SEMANAS POR ECO DE I

Scanned with CamScanner

Epicrísis

TRIMESTRE + FUV , QUIEN INGRESA CON CUADRO CLINICO DE +6 HORAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DOLOR TIPO CONTRACCION EN HIPOGASTRIO QEUE SE IRRADIA A REGION LUMBAR , NO REFIERE SALIDA DE LIQUIDO NI SANGRADO , SE ATIENDE PACIENTE CON TODOS LOS ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD , PREVIO INTERROGATORIO SE REALIZA ATCTO VAGINAL CON DILTACIOND E 3 CM Y BOTTAMIENTO DE 60%, ESTACION -1 . MEMBARANAS INTEGRAS , COMENTADA CON GIENCOLOGO EN TURNO DR ALAVRO MARTINEZ QUIEN DECIDE DEJAR PACIENTE EN EVOLUCION ESPONTANEA DE SU TRABAJO DE PARTO ,SE LE EXPLICA PACIENTE CONDUCTA A SEGUIR QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR

DATOS PERINATALES

PATOLOGIAS DEL EMBARAZO: NO
ESTEROIDES PRENATALES: NO

IMPRESION CLINICA

Diagnóstico Principal: R102 - DOLOR PELVICO Y PERINEAL

RESUMEN DE EVOLUCIONES

Fecha evolucion: 2022-08-12

Paciente:	**CC - 1143398233 HINCAPIE GIL DORALBA**
Diagnóstico:	08:00: ::::::::::::::::::::::::::EGRESO:::::::::::::::::::::::::::: FEMENINA DE 25 AÑOS DE EDAD CON DX DE: 1. PUERPERIO INMEDIATO DE PARTO VAGINAL EUTOCICO+RAFIA DE DESGARRO PARAURETRAL GRADO I SANGRANTE 2. RECIEN NACIDO VIVO A TERMINO SEXO MASCULINO A LAS 15:17 HR PESO: 3370 GR TALLA: 51 CM
Subjetivos:	08:00: REFIERE SENTIRSE BIEN. MANIFIESTA PASAR BUENA NOCHE.
Descripción Fisica:	08:00: CONSCIENTE ORIENTADO HIDRATADO CARDIOPULMONAR NORMAL NO AGREGADOS ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOR, SE PALPA UTERO INVOLUCIONADO NORMOTONICO BUEN BOLO DE SEGURIDAD DE PINARD, GENITALES EXTERNOS NORMOCONGIGURADOS CON ESCASO SANGRADO VAGINAL NO FETIDO NO EDEMA NO DEFICIT RESTO NORMAL
Paraclínicos:	08:00: --
Procedimientos:	08:00: --
Tratamiento:	08:00: ALTA MÉDICA CON: - CEFRADINA CAP 500 MG #28 USO: TOMAR 1 CAP VO CADA 6 HORAS POR 7 DÍAS - ACETAMINOFEN TAB 500 MG #20 USO: TOMAR 1 TAB VO CADA 6 HORAS POR 5 DÍAS
Analisis:	08:00: DURANTE SU ESTANCIA HOSPITALARIA PACIENTE CON EVOLUCION SATISFACTORIA TOLERANDO VIA ORAL Y DAMBULACION, SIN MAREOS, NIEGA SINTOMATOLOGIA TOXEMICA, SANGRADO VAGINAL ESCASO NO FETIDO, LACTANDO A SU RECIEN NACIDO REACTIVO CON BUENA SUCCION, EN RONDA MEDICA SE DECIDE EGRESO CON RECOMENDACIONES SE EXPIDE FORMULA MEDICA LA CUAL DEBE SEGUIR ESTRICTAMENTE, CONSULTAR A URGENCIAS SI PRESENTA: FIEBRE, SECRECION GENITAL FETIDA, SANGRADO GENITAL ABUNDANTE, DOLOR INTENSO, DEMAS SIGNOS DE ALARMA EXPLICADOS. CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO, CITA CONTROL CONSULTA EXTERNA MEDICINA GENERAL EN 7 DIAS, CITA CONTOL PEDIATRIA EN 3 DIAS.

Scanned with CamScanner

CLINICA GENERAL DEL CARIBE S.A.

Identificación Interna: 900233294
Cód. Habilitación: 1300102046O1
Dirección: La Castellana Sector Contadora Transv. 71B No. 31-67 Teléfono: 6943373-6932462-6931770

INFORMACIÓN GENERAL

de Impresión: 26/08/2022 11:56
de atención: 01 - CLINICA GENERAL DEL CARIBE
te: MS 1002185526-01 - HIJA DE PAULINA DEL CARMEN PEREZ PEÑALOZA
de Nacimiento: 25/08/2022
r
n: 2 - Subsidiado
or: LIBANO CR 48 No 35b 04
n: 3004596843
Mn: 12 - PROFESORES Y EDUCADORES
dfonte: -
o Acomp:
en Acomp:
sable:
o Resp:
en Resp:
Fecha de Atención: 26/08/2022 11:56
Admisión: AD658505
Edad: 0 año(s), 0 mes(es) y 1 días.
Creencia:
Nivel: 1
Lugar: Cartagena Bolivar
Parentesco Acomp:
Parentesco Resp.:
Profesional: SHARON BRAVO ORTIZ
Aseguradora: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR S.A.S
Sexo: F
Estado Civil: Unión Libre
Carnet:
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Tipo Vinculación: Beneficiario

EPICRISIS

a Clínica: Notas de Ingreso a Piso
de Ingreso: 25/08/2022 09:55
: CM219

SIS DE LA ENFERMEDAD:
RMEDAD ACTUAL:
ned
EN FÍSICO:
ned

NÓSTICOS DE ENTRADA:
óstico Principal: Z370 : NACIDO VIVO, UNICO
IMEN:
RACION POR PEDIATRIA

NATE FEMENINO PRODUCTO DE PRIMER EMBARAZO DE 37.3 SEM DE GESTACION CONTROLADO # 8 CONSULTAS, TORCH NEGATIVO, MADRE DE 23 AÑOS DE
LIVIDO POR PARTO VIA CESAREA CON RUPTURA OPORTUNA DE MEMBRANAS INTRAPARTO LIQUIDO CLARO NORMOTERMICO, CON BUEN APGAR AL NACER AL
Y AL 5 MIN 10

NO REACTIVO VIH I II: NO REACTIVO

PO SANGUINEO RN : O POSITIVO MADRE : A POSITIVO

ESIS: POSITIVO

DICION: POSITIVO

: 3920GR TALLA: 49CM PC: 35CMS PT 34CM PA: 33CM

P 36.6 C° FC 144LXMN FR 40RXMN SAT : 99% PRE Y POSDUCTAL

ADO NORMOCEFALO FONTANELAS NORMOTENSAS; REFLEJO ROJO RETINIANO BILATERAL, FOSAS NASALES SIN ALETEO, PALADAR INTEGRO, CUELLO MOVIL,
ETRICO, MUCOSAS HUMEDAS. TORAX SIMETRICO EXPANSIBLE, CAMPOS PULMONARES CON BUENA ENTRADA DE AIRE BILATERAL. RSCSRS NO SOPLO NI GLUCOR
N LLENADO CAPILAR 4SDOMEN SIMETRICO BLANDO DEPRESIBLE SIN MASAS NI MEGALIAS. ONFALO EN BUEN ESTADO. EXTREMDADES SUPERIORES E
ERIORES SIMETRICAS LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEG, PULSOS PERIFERICOS PRESENTES. SIGNOS DE ORTOLANI Y BARLOW NEGATIVOS. BUEN LLENADO
LAR DISTAL. GENITALES EXTERNOS FEMENINOS NORMOCONFIGURADOS, ANO PERMEABLE, REACTIVO A ESTIMULOS, MOVILIZA LAS 4 EXTREMDADES, SIMETRIA
AL CONSERVADA. FONTANELA ANTERIOR ABIERTA Y NORMOTENSA.

LISIS:PACIENTE NEONATO EN ALOJAMIENTO CONJUNTO EN BUENAS CONDICIONES, ADECUADO PESO PARA EDAD GESTACIONAL. CON BUEN APGAR AL NACER,
DIFICULTAD RESPIRATORIA, TOLERANDO VIA ORAL, CON BUEN AGARRE Y BUENA SUCCION, SIN DISTERMIAS, SE CONSIDERA ALTA POR PEDIATRIA AL COMPLETA
HRS DE VIDA. SE DAN SIGNOS DE ALARMA, SE INSISTE EN LA IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA. SE DA CITA EN 3 DÍAS CON PEDIATRÍA, SE EXPLICA LOS
NOS DE ALARMA ASÍ COMO EL CUIDADO DEL ONFALO Y LAS RECOMENDACIONES GENERALES DE FORMA CLARA Y SENCILLA A LA MAMA Y REFIERE ENTENDER.

TA AL CUMPLIR 24 HRS DE VIDA

OJAMIENTO CONJUNTO

CTANCIA MATERNA EXCLUSIVO CADA 3 HORAS

ONTINUAR ESQUEMA DE VACUNACION SEGÚN PAI

IDADOS DEL RECIEN NACIDO

ANTENER O ONFALO LIMPIO Y SECO

ITA CON PEDIATRIA EN 72 HORAS

E REALIZO ASESORIA DE LACTANCIA MATERNA

NTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Scanned with CamScanner

EPICRISIS

AR TSH NEONATAL

S AUTORIZAR TAMIZAJE VISUAL Y AUDITIVO AMBULATORIO

RECOMENDACIONES SIGNOS DE ALARMA REGRESAR AL SERVICIO DE URGENCIAS SI :

1. PRESENTA FIEBRE TEMPERATURA 38C°
2. CONVULSIONES
3. COLORACION AMARILLA DE LA PIEL
4. NO ES CAPAZ DE TOMAR EL SENO O TODO LO QUE COME LO VOMITA
5. ENROJECIMIENTO ALREDEDOR DEL OMBLIGO
6. NO LUCE BIEN, O ESTA DECAIDO
7. COLORACION AZULADA DE LA PIEL O PALIDEZ Y FRIALDAD
8. DIFICULTAD PARA RESPIRAR (SE LE HUNDEN LAS COSTILLAS AL RESPIRAR)

COMPLICACIONES:
NINGUNA

Fecha de Egreso: 26/08/2022 11:55 **Motivo de Salida:** Alta **Estado a la Salida:** Vivo

DIAGNÓSTICOS DE SALIDA:
Diagnóstico Principal: Z370 : NACIDO VIVO, UNICO
Diagnóstico Relacionado 1: Z000 : EXAMEN MEDICO GENERAL

PLAN ATENCIÓN INTEGRAL POR MEDICINA:
Tratamiento Farmacologico:
PLAN

ALTA AL CUMPLIR 24 HRS DE VIDA

ALOJAMIENTO CONJUNTO

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVO CADA 3 HORAS

CONTINUAR ESQUEMA DE VACUNACION SEGÚN PAI

CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO

MANTENERO ONFALO LIMPIO Y SECO

CITACION PEDIATRIA EN 72 HORAS

SE REALIZO ASESORIA DE LACTANCIA MATERNA

CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

RECLAMAR TSH NEONATAL

S/S AUTORIZAR TAMIZAJE VISUAL Y AUDITIVO AMBULATORIO

RECOMENDACIONES SIGNOS DE ALARMA REGRESAR AL SERVICIO DE URGENCIAS SI :

1. PRESENTA FIEBRE TEMPERATURA 38C°
2. CONVULSIONES
3. COLORACION AMARILLA DE LA PIEL
4. NO ES CAPAZ DE TOMAR EL SENO O TODO LO QUE COME LO VOMITA
5. ENROJECIMIENTO ALREDEDOR DEL OMBLIGO
6. NO LUCE BIEN, O ESTA DECAIDO
7. COLORACION AZULADA DE LA PIEL O PALIDEZ Y FRIALDAD
8. DIFICULTAD PARA RESPIRAR (SE LE HUNDEN LAS COSTILLAS AL RESPIRAR)

Recomendaciones Adicionales:
PLAN

ALTA AL CUMPLIR 24 HRS DE VIDA

ALOJAMIENTO CONJUNTO

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVO CADA 3 HORAS

Scanned with CamScanner

EPICRISIS

ESQUEMA DE VACUNACION SEGUN PAI

CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO

MANTENERO ONFALO LIMPIO Y SECO

CITA CON PEDIATRIA EN 72 HORAS

SE REALIZO ASESORIA DE LACTANCIA MATERNA

CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

RECLAMAR TSH NEONATAL

SIS AUTORIZAR TAMIZAJE VISUAL Y AUDITIVO AMBULATORIO

RECOMENDACIONES SIGNOS DE ALARMA REGRESAR AL SERVICIO DE URGENCIAS SI :

1. PRESENTA FIEBRE TEMPERATURA 38C°
2. CONVULSIONES
3. COLORACION AMARILLA DE LA PIEL
4. NO ES CAPAZ DE TOMAR EL SENO O TODO LO QUE COME LO VOMITA
5. ENROJECIMIENTO ALREDEDOR DEL OMBLIGO
6. NO LUCE BIEN, O ESTA DECAIDO
7. COLORACION AZULADA DE LA PIEL O PALIDEZ Y FRIALDAD
8. DIFICULTAD PARA RESPIRAR (SE LE HUNDEN LAS COSTILLAS AL RESPIRAR)

Aplica Cuidados de Enfermeria: No

SHARON BRAVO ORTIZ
MEDICINA GENERAL
01893

Scanned with CamScanner

CLINICA GENERAL DEL CARIBE S.A.
Identificación Interna: 900233294
Cód. Habilitación: 130010204801
Dirección: La Castellana Sector Contadora Transv. 71B No. 31-67 Teléfono: 6943373-6932462-6931770

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de Impresión: 26/06/2022 11:56
Fecha de Atención: 26/06/2022 11:56
Admisión: AD658503
Administradora: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMSANAR S A S
Paciente: MS 1002185526-01 PEREZ PEÑALOZA HIJA DE PAULINA DEL CARMEN
Edad: 0 año(s), 0 mes(es) 1 día(s)
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Médico Tratante: SHARON BRAVO ORTIZ
Unidad Funcional: HOSPITALIZACION 3ER PISO
Diagnóstico Principal: Z370 - NACIDO VIVO, UNICO

MEDIDAS GENERALES

Código orden: PRM2275912

#	Indicaciones
1)	LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVO CADA 3 HORAS
	CONTINUAR ESQUEMA DE VACUNACION SEGÚN PAI
	CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO
	MANTENERO ONFALO LIMPIO Y SECO
	CITA CON PEDIATRIA EN 72 HORAS
	SE REALIZO ASESORIA DE LACTANCIA MATERNA.
	CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO
	RECOMENDACIONES SIGNOS DE ALARMA REGRESAR AL SERVICIO DE URGENCIAS SI :
	1. PRESENTA FIEBRE TEMPERATURA 38C°
	2. CONVULSIONES
	3. COLORACION AMARILLA DE LA PIEL
	4. NO ES CAPAZ DE TOMAR EL SENO O TODO LO QUE COME LO VOMITA
	5. ENROJECIMIENTO ALREDEDOR DEL OMBLIGO
	6. NO LUCE BIEN, O ESTA DECAIDO
	7. COLORACION AZULADA DE LA PIEL O PALIDEZ Y FRIALDAD
	8. DIFICULTAD PARA RESPIRAR (SE LE HUNDEN LAS COSTILLAS AL RESPIRAR)
	Orden Externa

SHARON BRAVO ORTIZ
MEDICINA GENERAL
01893

Scanned with CamScanner

CLINICA GENERAL DEL CARIBE S.A.

Identificación Interna: 900233294
Cód. Habilitación: 130010204801
Dirección: La Castellana Sector Contadora Transv. 71B No. 31-67 Teléfono: 6943373-6932462-6931770

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de Impresión: 26/08/2022 11:57
Fecha de Atención: 26/08/2022 11:57
Admisión: AD658508
Paciente: MS 1002185526-01 PEREZ PEÑALOZA HIJA DE PAULINA DEL CARMEN
Administradora: ENTIDAD PROMOTORA DE SALU FAMISANAR S.A.S
Edad: 0 año(s), 0 mes(es) 1 dia(s)
Médico Tratante: SHARON BRAVO ORTIZ
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Diagnóstico Principal: Z370 - NACIDO VIVO, UNICO
Unidad Funcional: HOSPITALIZACION 3ER PISO

MEDIDAS GENERALES

Código orden: PRM2275913

#	Indicaciones
1)	RECLAMAR TSH NEONATAL AMBULATORIA
	S/S AUTORIZAR TAMIZAJE VISUAL Y AUDITIVO AMBULATORIO
	Orden Externa

SHARON BRAVO ORTIZ
MEDICINA GENERAL
01893

Scanned with CamScanner

CLINICA GENERAL DEL CARIBE S.A.
Identificación Interna: 00233291
Cód. Habilitación: 1303102041 01
Dirección: La Castellana Sector Contadora Transv. 71B No. 31-67 Teléfono: 6043073-6507462-6931770

INFORMACION GENERAL

Fecha de Impresión: 26/08/2022 11:57
Fecha de Atención: 26/08/2022 11:57
Admisión: 700358508
Administradora: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD PAMSANAR S.A.S
Paciente: AS 1002185526-01 PEREZ PEÑALOZA RUA DE PAULINA DEL CARMEN
Edad: 0 año(s), 0 mes(es) 1 dia(s)
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Médico Tratante: SHARON BRAVO ORTIZ
Unidad Funcional: HOSPITALIZACION 3ER PISO
Diagnóstico Principal: Z370 - NACIDO VIVO, UNICO

PROCEDIMIENTOS Y LABORATORIOS CLINICOS

Código orden: PRM2275914

	Código	Nombre	Cantidad
1	890202	Consulta control o seguimiento por Pediatria	1

Observaciones: CITA CON PEDIATRIA EN 72 HORAS
Orden Externa

SHARON BRAVO ORTIZ
MEDICINA GENERAL
01893

Scanned with CamScanner

XtraExport

CLINICA GENERAL DEL CARIBE S.A.

Nit: 900233204 Cód. Habilitación: 130010204801
Dirección: La Castellana Sector Contadora Transv. 71B No. 31-67, Teléfono: 6943373-6932462-6931770

INFORMACIÓN GENERAL

Admisión: AD658508
Paciente: MS 1002185526-01 HIJA DE PAULINA DEL CARMEN PEREZ PEÑALOZA
Fecha de Nacimiento: 25/08/2022
Dirección: LIBANO CR 48 No 35b 04
Entidad: EPS017 - ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR S A S

Fecha de Impresión: 26/08/2022 11:57:55 a.m.
Fecha de resultados: 2022-08-25
Edad: 0 año(s), 0 mes(es) y 1 días. Sexo: F
Teléfono: 3004598843

LABORATORIO

Médico: RAUL MOGOLLON SAKER
Servicio: Hemoclasificacion Factor RH (Factor D) en Lamina o Tubo

Fecha de los resultados: 25 de Agosto de 2022

Código	Prueba	Valor	Unidades	Rango de referencia			Interpretación
				Valor	Alto	Bajo	
005	HEMOCLASIFICACION						NO APLICA
015	Grupo	"O"					NO APLICA
020	Rh	POSITIVO					NO APLICA
030	Observaciones	Muestra:Cordon Umbilical					NO APLICA

DILCIA CUETO MAZA
BACTERIOLOGIA
Registro médico: 23243

Médico: RAUL MOGOLLON SAKER
Servicio: VDRL en Suero [Serologia]

Fecha de los resultados: 25 de Agosto de 2022

Código	Prueba	Valor	Unidades	Rango de referencia			Interpretación
				Valor	Alto	Bajo	
005	Serologia	NO REACTIVO					NO APLICA

DILCIA CUETO MAZA
BACTERIOLOGIA
Registro médico: 23243

Reporte generado por SIOS de SYSNET

Scanned with CamScanner

Casa del Niño

HOSPITAL INFANTIL NAPOLEON FRANCO PAREJA
EPICRISIS
Nº283173

IFORMACIÓN GENERAL

ocumento Actual: Registro civil-1235051937
:cha Documento: 17/septiembre/2022 10:19 a. m. **Ingreso:** 1141592 **Fecha de Ingreso:** 13/09/2022 09:41 **Confirmado**
édico: MD32907786 ZULEIVIS DEL CARMEN CORONEL CANTILLO
ıformacion Paciente: ZAIDER ARNULFO URUETA SALAS **Tipo Paciente:** Contributivo **Sexo:** Masculino
ipo Documento: RegistroCivil **Número:** 1235051937 **Edad:** 0 Años / 2 Meses / 14 Días **F. Nacimiento:** 04/07/2022
.P.S: SALUD TOTAL EPS-S S.A. **Dias de Estancia:** 4

NFORMACIÓN DE LA EPICRISIS

echa Epicrisis: 17/09/2022 10:19 **Cama:** JT08 **Fecha Egreso:** 17/09/2022 10:19 **Estado Paciente:** VIVO
lotivo Consulta:
nfermedad Actual: ACIENTE MASCULINO DE 2 MESES DE EDAD, REMITIDO DE UCI MADRE SOFIA. PACIENTE QUIEN INGRESÓ A UNIDAD DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS POR CUADRO CLINICO DE 5 DIAS DE EVOLUCIÓN ASOCIADO A SÍNTOMAS RESPIRATORIOS (TOS SECA, EMETIZANTE EN OCASIONES, RINORREA HILIANA, CONGESTION NASAL Y TIRAJES SUBCOSTALES MANEJO CON NEBULIZACIONES Y OXIGENOTERAPIA A BAJO FLUJO, SIN EMBARGO EL DIA 2 ESTANCIA HOSPITALARIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PACIENTE PRESENTA EXACERBACIÓN DE CUADRO DE DIFICULTAD RESPIRATORIA CONSISTENTE EN TAQUIPNEA, TIRAJES SUBCOSTALES E INTERCOSTALES, ALETEO NASAL, MANEJADA CON NEBULIZACIONES Y OXIGENOTERAPIA CON MASCARA HOOD AL 35%, CON SATURACIONES AL 98%, SIN EMBARGO CON EVOLUCIÓN CLÍNICA ESTACIONARIA POR LO CUAL SE CONSIDERA SUSPENDER NEBULIZACIONES E INICIAR BETA 2 Y REMITIR A UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS FOR RIESGO DE FALLA VENTILATORIA. PACIENTE QUIEN AL INGRESO A UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, CON SIGNOS INMINENTES DE FALLA VENTILATORIA (PALIDEZ MUCOCUTANEO GENERALIZADA, CON TIRAJES UNIVERSALES, ALETEO NASAL, TAQUIPNEICO, USO DE MUSCULO ACCESORIOS, CON PRESENCIA DE CREPITOS Y SIBILANTES) POR LO CUAL ASEGURAN VIA AEREA, REALIZAN INTUBACION OROTRAQUEAL. ADEMAS CON RX DE TORAX DONDE SE EVIDENCIABA INFILTRADOS PARAHILIARES DERECHOS, ATELECTASIA MASIVA IZQUIERDA + CARDIOMEGALIA POR LO QUE SE INICIA ANTIBIOTERAPIA (AMPICILINA /SULBACTAM FI: 29/8/22) E INTERCONSULTA POR EL SERVICIO DE CARDIOLOGIA PEDIATRICA, REALIZAN ECOCARDIOGRAMA SIN ALTERACION ANATOMICA POR LO CUAL EL SERVICIO DE CARDIOLOGIA CONSIDERA CIERRE DE INTERCONSULTA (30/8/22). PACIENTE QUIEN CURSO CON ANEMIA MULTIFACTORIAL POR LO CUAL SOLICITAN INTERCONSULTA CON HEMATOLOGÍA QUIENES CONSIDERARON QUE PROCESO ANEMICO ERA SECUNDARIO A PROCESO INFECCIOSO Y SOLICITARON HEMOGRAMA CONTROL EN 5 DIAS POSTERIORES DE CEDER PROCESO INFECCIOSO, POR LO QUE SE CIERRA INTERCONSULTA. EL DIA 31/9/22 SE RECIBE REPORTE DE UROCULTIVO (29/9/22) EL CUAL ES POSITIVO PARA GRAM NEGATIVO POR LO CUAL CONSIDERARON QUE PACIENTE ESTABA CURSANDO CON PROCESO DE UROSEPSIS. EL DIA 31/9/22 PACIENTE PRESENTA MOVIMIENTO TONICOS DE MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES Y OCULARES, CON DESATURACIONES Y TAQUICARDIA LAS CUALES CEDIERON A MIDAZOLAM Y SOSPECHARON NEUROINFECCION POR LO CUAL INDICARON REALIZARON DE PUNCIÓN LUMBAR, NEUROIMAGEN (TAC CEREBRAL SIMPLE), VIDEOTELEMETRIA Y VALORACION POR NEUROLOGIA PEDIATRICA. EL MISMO DIA PACIENTE CON NUEVO EPISODIO CONVULSIVO, EL CUAL CEDE CON YUGULACION CON MIDAZOLAN E IMPREGNACION CON FENOBARBITAL, TRAS CUADRO CLINICO SUSGETIVO DE NEUROINFECCION SE CONSIDERA SUSPENDER ANTIBIOTERAPIA CON AMPICILINA/SULBACTAM Y CUBRIMIENTO DE SNC CON CEFTRIAZONA + VANCOMICINA (FI: 31/9/22). CON REPORTE DE UROCULTIVO POSITIVO PARA K.PNEUMONIAE MULTISENSIBLE, POR LO CUAL PACIENTE NUEVAMENTE VALORADO POR EL SERVICIO DE INFECTOLOGIA QUIENES INDICAN SUSPENDER VANCOMICINA Y CONTINUAR CON CEFTRIAXONA FI: 31/8/22 FF: 1079/22. VALORADO POR EL SERVICIO DE NEUROLOGIA PEDIATRICA (1/9/22) QUIENES CONSIDERAON QUE CRISIS DE ORIGEN SINTOMATICAS AGUDAS VS CRISIS FEBRILES COMPLEJAS POR INFECCION RSPIRATORIO (DESCARTAN ORIGEN NEUROINFECCIOSO-LCR NORMAL), E INDICARON AJUSTAR FENOBARBITAL (15MG IV/ C/12 HORAS), Y FENITOINA EN CASO DE NUEVA CRISIS FENITOINA. PACIENTE QUIEN (2/9/22) ESTABA CURSANDO CON ANEMIA CON REQUERIMIENTO TRANSFUSIONALES (HB7.9), POR LO CUAL SE TRANSFUNDIO (50CC GRE), CON REPORTE DE HEMOGRAMA POSTRANSFUSIONAL(HB:8.4). EL DIA 5/9/22 SE REALIZA EXTUBACION PROGRAMADA, CON POSTERIOR REQUERIMIENTO DE OXIGENOTERAPIA A BAJO FLUJO. EL DIA 7/9/22 NUEVAMENTE VALORADO POR EL SERVICIO DE NEUROLOGIA CON REPORTE DE VIDEOTELEMETRIA NORMAL, PACIENTE SIN RECURRENCIA DE EVENTOS POSTERIOR AL INICIO DEL LEVETIRACETAM POR LO QUE INDICARON ASCENSO DE ESTE FARMACO PARA INICIAR DESCENSO HASTA SUSPENDER FENITOINA. PACIENTE CON MEJORIA CLÍNICA PROGRESIVA POR LO QUE INDICAN TRASLADO A UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS (10/9/22) PACIENTE QUIEN EN SU ESTANCIA EN UNIDAD SE EVIDENCIA POR PARTE DE ENFERMERIA
Revisión por Sistemas: NIEGA
Indica Med/Conducta:
Estado Ingreso:
Antecedentes: Tipo:Médicos Fecha: 28/08/2022 02:23 a. m.
Detalle: - PATOLÓGICO: NIEGA.
- QUIRÚRGICO: NIEGA
- TRAUMAS: NIEGA
- HOSPITALIZACIONES: NIEGA.
- ALÉRGICOS: NIEGA.
- FARMACOLÓGICOS: NIEGA.
- TÓXICOS: NIEGA..
- ANTECEDENTES FAMILIARES: NIEGA.
- INMUNIZACIÓN: AL DÍA PARA LA EDAD.SUTU
- HÁBITOS: DEPOSICIÓN DIARIA, BLANDA. DIURESIS ADECUADA.

Result. Procedimientos:
Condiciones Salida: VIVO
Indicación Paciente:
Examen Físico:
Justificación:
Resultado Examen:
Justificación Muerte:

aciente: 1235051937 ZAIDER ARNULFO URUETA SALAS Ingreso: 1141592 Fecha Actual : sábado, 17 septiembre 2

ías de Estancia:

HOSPITAL INFANTIL NAPOLEON FRANCO PAREJA
EPICRISIS
Nº283173

DIAGNÓSTICOS

IPO DIAGNÓSTICO	CÓDIGO	NOMBRE	HC
ıgreso/Relacionado	F445	CONVULSIONES DISOCIATIVAS	☑
ıgreso/Relacionado	J168	NEUMONIA DEBIDA A OTROS MICROORGANISMOS INFECCIOSOS ESPECIFICADOS	☑
ıgreso/Relacionado	J210	BRONQUIOLITIS AGUDA DEBIDA A VIRUS SINCITIAL RESPIRATORIO	☑
ıgreso/Relacionado	R560	CONVULSIONES FEBRILES	☑
ıgreso/Relacionado	Z501	OTRAS TERAPIAS FISICAS	☑
greso	F445	CONVULSIONES DISOCIATIVAS	☑
greso	J218	BRONQUIOLITIS AGUDA DEBIDA A OTROS MICROORGANISMOS ESPECIFICADOS	☑
greso	N390	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	☑
greso	Z501	OTRAS TERAPIAS FISICAS	☑

VOLUCIONES

ECHA	DESCRIPCIÓN	MÉDICO
4/09/2022 12:25 p. m.	SubjetivoPACIENTE EN COMPAÑÍA DE SU MADRE, QUIEN REFIERE VER A PACIENTE BIEN, NIEGA NÁUSEAS, VÓMITOS, DIARREA, FIEBRE, DIFICULTAD RESPIRATORIA U OTRA SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA. Objetivo S02: 100% OXÍGENO AMBIENTE FC: 145 LPM FR: 47 RPM TEMP:36.1°CACEPTABLE ESTADO GENERAL, MUCOSAS HÚMEDAS, CON LESIONES COSTROSAS Y ESTOMAS EN LABIO INFERIOR , ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, NORMOCÉFALO, FONTANELA NORMOTENSA, CUELLO SIN MASAS, TÓRAX SIMÉTRICO EXPANSIBLE, SIN TIRAJES, BUENA ENTRADA AÉREA SIMÉTRICA, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, SIN AGREGADOS. RSCSRS SIN SOPLOS AUDIBLES, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO MASAS NI MEGALIAS, GENITALES NORMOCONFIGURADOS PARA LA EDAD, EXTREMIDADES SIMÉTRICAS TIBIAS SIN EDEMA, PULSOS CENTRALES Y PERIFÉRICOS PRESENTES, LLENADO CAPILAR 2 SEG, SNC ACTIVO; REACTIVO A ESTÍMULOS, NO MOVIMIENTOS ANORMALES.AnalisisLACTANTE MENOR DE 2 MESES DE EDAD, CON DIAGNÓSTICOS Y ANTECEDENTES ANTERIORMENTE DESCRITOS, RECIBO PACIENTE DESDE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, QUIEN ACTUALMENTE SE ENCUENTRA EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, TOLERANDO VÍA ORAL Y OXÍGENO AMBIENTE, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, SIN SIGNOS DE BAJO GASTO CARDIACO, SIN SIGNOS CLÍNICOS DE SIRS ACTIVOS, SIN SIGNOS DE DETERIORO NEUROLÓGICO, SIGNOS VITALES EN METAS. PACIENTE QUIEN PREVIAMENTE CUMPLIO ANTIBIOTERAPIA PARA INFECCION DE VÍA URINARIAS Y NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD. AL EXAMEN FÍSICO NO TAQUIPNEICO, SIN TIRAJES, SIN ALETEO NASAL, NORMOSATURADO. SE ENCUENTRA PENDIENTE REPORTE DE TAC DE CRÁNEO SIMPLE. DEBE CONTINUAR EN HOSPITALIZACIÓN, SE SOLICITA NUEVAMENTE RESONANCIA MAGNÉTICA CEREBRAL INDICADA POR NEUROPEDIATRÍA EN UCI. PENDIENTE VALORACIÓN POR EL SERVICIO DE NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA EN ARAS DE DECIDIR NUEVAS CONDUCTAS MÉDICAS. MADRE AMPLIAMENTE INFORMADA DE CONDUCTAS MÉDICAS QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR. Paraclinicos: 6/9/22:K: 4.6105/9/22:CL:101.0 LACTATO:3.94 CA IONICO:0.77 K:5.755/9/22:CL:94.5 MG:2.20 CA:8.67 K:5.75 NA:140.8 BUN:10.0 CR:0.49 4/9/22:NA: 130.7 K:4.24 CL:93.0 CA IONICO::0.97 4/9/22:NA: 139.0 K:4.630 CL:91.8 CA:8.92 MG:2.53 FOSFORO INORGANICO:5.06 3/9/22:LEU: 15.010 NEU:8.480 LIF:4.700 HB:8.4 HTO:25.2 VCM:87.6 CHBCM:33.2 ADE:15.6 PLT:601.000 2/9/22: HEMOCLASIFICACION:Grupo Sanguineo: "A" Positivo.PRUEBA DE COMPATIBILIDAD CRUZADA MAYOR:Numero De La Bolsa 175919Nombre del Banco Proveedor HemocaribeGrupo Sanguineo de la Unidad "O" PositivoCantidad 130 CCComponente Sanguineo Globulos Rojos FiltradosSello De Calidad 176919Prueba Cruzada Mayor CompatibleAutocontrol: NegativoRastreo Anticuerpos Irregulares Celula I Negativo Celula II Negativo1/9/22: TP: 15.0 (13.6) INR : 1.10 TPT : 26.2 (29.3) HEMOGRAMA : HB: 7.9 HCTO : 24.5 VCM: 89.1 ADE: 14.3 CHBCM:32.1 LEU:5.590 NEU:3.370 LIF:1.860 PLT:455.000PROTEINAS DIFERENCIADAS Proteinas Totales 5.08 g/dl 6.6 - 8.3 g/dl Albumina 3.64 g/dl 3.5 - 5.0 g/dl Globulina 1.44 g/dlRelacion Albumina/Globulina 2.53BUN:17.33 CR:0.59 ALT-GPT:11.7 AST-GOT:21.1FOSFORO INORGANICO:5.45 CL:95.2 MG:2.19 CA:7.89 K:5.07 NA:142.0 31/8/22:NA: 144.3 CL: 102.0 K:4.439 LACTATO:1.09 30/9/22:NA:135.0 K:5.6 CA IONICO:1.15 LACTATO:2.85 CL: 105.0 30/8/22:NA:140.0 K:3.35 CA IONICO:0.9 LACTATO:2.85 29/8/22:LEU:6.820 NEU:3.420 LIF:2.640 HB:9.7 HTO:29. VCM:88.3 CHBCM:33.5 ADE:14.0 PLT:379.000 PCR:36.21 Mg: 2.66 Albumina: 3.8 Ca:8.57 BUN: 7.06 K:4.67 NA: 140.4 CR:0.37 28/9/22:VSR: POSITIVOINFLEUNZA ANTIGENO A Y B: NEGATIVO29/8/22:GRAM DE ORINA: NO SE OBSERVAN BACTERIAS. UROANALISIS:PH:6.0 GLUCOSA: 250MG/DL PROTEINAS: 15MG/DL NITRITOS: NEGATIVOS / ESTEREASA: AUSENTE CLS EPITELIALES: 2-4 / BACTERIAS: ESCASAS / LEUCOCITOS: 2-5 HEMATIES:10-15 GASOMETRIA: PH: 7.19, PCO2: 48.6, PO2: 94.2, HCO3: 16.6, BE: - 10.1, SAT: 95.4 %, PaFi: 1.05, LACTATO: 1.41CULTIVOS:3/9/22: UROCULTIVOS:NEGATIVO A LAS 48 HORAS DE INCUBACION. 3/9/22:HEMOCULTIVOS #1: NEGATIVO A LOS 5 DIAS DE INCUBACION. HEMOCULTIVOS #2: NEGATIVO A LOS 5 DIAS DE INCUBACION. 31/8/22:CULTIVO DE LCR: NO SE OBSERVAN CRECIMIENTO BACTERIANO 48 HORAS DE INCUBACION. GRAM DE LCR: NO SE OBSERVAN BACTERIAS EN LA MUESTRA EXAMINADACITOQUIMICO DE LCR:QUIMICALiquido Cefalorraquideo. Examen Fisio y Citoquimico.ANALISIS FISICOColor IncoloroAspecto sin Centrifugar: TransparenteAspecto Centrifugado: TransparenteANALISIS QUIMICO pH 8.0 Proteinas 160.0 mg/dL Glucosa 88.9 mg/dLRECUENTO DE CELULAS Celulas totales 0 x mm3 Polimorfonucleares 0 % Mononucleares 0 % Hematies Totales 0 x mm3 Frescos 0 % Crenados 0 % Lectura del Gram No se observan bacterias en la muestra examinada29/8/22HEMOCULTIVOS #1: NEGATIVO A LOS 5 DIAS DE INCUBACION.HEMOCULTIVO #2:POSITIVO A LAS 24 HORAS DE INCUBACION1 S. epidermidisAntimicrobiano CIM InterpsAmox/A Clav <=4/2 R*Amp/Sulbactam <=8/4 R*Ampicilina >8 R*Cefazolina <=4 R*Ciprofloxacina <=1 SClindamicina <=0.5 SDaptomicina <=0.5 SEritromicina >4 RGentamicina <=4 SInducción Clindamicina <=4/0.5 NEGLevofloxacina <=1 SLinezolid 2 SMoxifloxacina <=0.5 SOxacilina 2 RPenicilina >8 R*Rifampicina <=1 SScreening de Cefoxitina >4 POSSynercid <=1 STetraciclina <=4 STrimet/Sulfa <=0.5/9.5 SVancomicina 1 S29/8/22:UROCULTIVO:Klebsiella pneumoniae Estado:MAS DE 100,000 UFC/ml1 K. pneumoniaeAntimicrobiano CIM InterpsAmicacina <=16 SAmox/A Clav <=8/4 SAmp/Sulbactam <=8/4 SAztreonam <=1 SCefalotina <=8 SCefepima <=1 SCefotaxima <=1 SCefoxitina <=8 SCeftazidima <=1 SCefuroxima <=8 SCiprofloxacina <=1 SErtapenem <=0.5 SFosfomicina <=64 SGentamicina <=4 SImipenem <=1 SLevofloxacina <=2 SMeropenem <=1 SNitrofurantoina <=32 SNorfloxacina <=4 SPip/Tazo <=16 STobramicina <=4 STrimet/Sulfa <=2/38 SIMAGENES:05/09/22: ECOGRAFIA DE VIAS URINARIAS:RIÑONES DE TAMAÑO, FORMA, CONTORNOS, POSICIÓN Y ECOGENICIDAD NORMALES, CON ADECUADA RELACIÓN CORTICOMEDULAR EN FORMA BILATERAL.EL RIÑÓN DERECHO MIDE 43 X 20 X 22 MM., CON UN PARÉNQUIMA DE 4.1 MM.EL RIÑÓN IZQUIERDO MIDE 46 X 21 X 22 MM, CON UN PARÉNQUIMA DE 4.7 MM.NO HAY	PINZON REDONDO HERNANDO SAMUEL

HOSPITAL INFANTIL NAPOLEON FRANCO PAREJA
EPICRISIS
Nº283173

EPITELIALES: 2-4 / BACTERIAS: ESCASAS / LEUCOCITOS: 2-5 HEMATIES:10-15 GASOMETRIA: PH: 7.19, PCO2: 48.6, PO2: 94.2, HCO3: 16.6, BE: - 10.1, SAT: 95.4 %, PaFi: 1.05, LACTATO: 1.41CULTIVOS:3/9/22: UROCULTIVOS:NEGATIVO A LAS 48 HORAS DE INCUBACION. 3/9/22:HEMOCULTIVOS #1: NEGATIVO A LOS 5 DIAS DE INCUBACION. HEMOCULTIVOS #2: NEGATIVO A LOS 5 DIAS DE INCUBACION. 31/8/22:CULTIVO DE LCR: NO SE OBSERVAN CRECIMIENTO BACTERIANO 48 HORAS DE INCUBACION. GRAM DE LCR: NO SE OBSERVAN BACTERIAS EN LA MUESTRA EXAMINADACITOQUIMICO DE LCR:QUIMICALiquido Cefalorraquideo. Examen Fisio y Citoquimico.ANALISIS FISICOColor IncoloroAspecto sin Centrifugar: TransparenteAspecto Centrifugado: TransparenteANALISIS QUIMICO pH 8.0 Proteinas 160.0 mg/dL Glucosa 88.9 mg/dLRECUENTO DE CELULAS Celulas totales 0 x mm3 Polimorfonucleares 0 % Mononucleares 0 % Hematies Totales 0 x mm3 Frescos 0 % Crenados 0 % Lectura del Gram No se observan bacterias en la muestra examinada29/8/22HEMOCULTIVOS #1: NEGATIVO A LOS 5 DIAS DE INCUBACION.HEMOCULTIVO #2:POSITIVO A LAS 24 HORAS DE INCUBACION29/8/22:UROCULTIVO:Klebsiella pneumoniae Estado:MAS DE 100.000 UFC/mlIMÁGENES:05/09/22: ECOGRAFIA DE VIAS URINARIAS:OPINIÓN: ESTUDIO ECOGRÁFICO DENTRO DE LIMITES NORMALES.31/9/22: VIDEOTELEMETRIA:CONCLUSIÓN: MONITORIZACIÓN VIDEO ELECTROENCEFALOGRÁFICA DE 6 HORAS EN VIGILIA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, CON PATRÓNDE ENCEFALOPATÍA LEVE. NOSE REGISTRÓ ACTIVIDAD INTERICTAL, NI ICTAL. CORRELACIONAR CON SEMIOLOGÍA Y NEUROIMÁGENESDEL PACIENTE. 29/8/22RX TÓRAX PORTÁTIL: TUBO ENDOTRAQUEAL CON PUNTA CERCANA A LA CARINASONDA EN VÍA DIGESTIVA OPACIDAD COMPLETA DE CAMPO PULMONAR IZQUIERDO SILUETA CARDIACA NO EVALUABLE BORRAMIENTO DEL RECESO COSTOFRÉNICO DEL LADO IZQUIERDO OPACIDADES PERIHILIARES Y APICALES DERECHAS RECESOS COSTOFRÉNICO DE LADO DERECHO LIBRE ELEMENTOS DE MONITOREO SUPERPUESTOS ::REPORTE OFICIAL::::RX DE TÓRAX: TOT SELECTIVO DERECHO, CON ATELECTASIA MASIVA IZQUIERDA SE ORDENA RETIRAR 1.5 CM, CAMPO DERECHO CON INFILTRADOS PARA HILIARESSIN FUGA DE AIRE, SOG EN CÁMARA GÁSTRICA ::REPORTE NO OFICIAL::: 29/9/22:ECOCARDIOGRAMA:ECOCARDIOGRAMA DOPPLER COLOR CON EQUIPO MINDRAY M2, TRANSDCUTOR MULTIFRECUENCIA. HALLAZGOS: - SITUS SOLITUS VISCEROATRIAL. - LEVOCARDIA, LEVOAPEX. - DRENAJE VENOSO SISTEMICO A LA AURICULA DERECHA. - DRENAJE VENOSO PULMONAR A LA AURICULA IZQUIERDA- SEPTUM AURICULAR CON FORAMEN OVAL DE 1 MM DE DIAMETRO, CORTOCIRCUITO IZQUIERDA A DERECHA. - CONCORDANCIA AURICULO VENTRICULAR- VALVULAR MITRAL CON ANILLO DE 10 MM DE DIAMETRO, SIN INSUFICIENCIA, NO VEGETACIONES. - VALVULA TRICUSPIDE CON ANILLO DE 10 MM, CON INSUFICIENCIA LEVE, CALCULO DE PRESION DEL VENTRICULO DERECHO DE 11 MMHG. - VENTRICULO IZQUIERDO CON FEVI DE 70%, FA 34%, CONTRACTIBILIDAD GLOBAL Y SEGMENTARIA CONSERVADA. - VENTRICULO DERECHO CON TAPSE DE 11 MM, CAF 28%. - SEPTUM INTERVENTRICULAR INTEGRO. - CONCORDANCIA VENTRICULO ARTERIAL. - VALVULA AORTICA CON ANILLO DE 7 MM DE DIAMETRO, RAIZ DE 9 MM DE DIAMETRO, GRADIENTE ANTEROGRADO DE 4 MMHG. - VALVULA PULMONAR CON ANILLO DE 8 MM, GRADIENTE ANTERO GRADO DE 3 MMHG. - TRONCO Y RAMAS PULMONARES CONFLUENTES. - ARCO AORTICO IZQUIERDO, NO HAY IMAGEN DE COARTACION. - NO DERRAME PERICARDICO. - DUCTUS ARTERIOSO CERRADO. CONCLUSIONES: CORAZON ANATOMICAMENTE SIN ALTERACIONES. BUENA FUNCION SISTOLICA BIVENTRICULAR. 28/9/22:ECOCARDIOGRAMA DOPPLER COLOR:CONCLUSIONES- NO CARDIOPATIA ESTRUCTURAL- TAMAÑO DE CAVIDADES CARDIACAS CON FUNCION SISTODIASTOLICA CONSERVADA- NO VEGETACIONES NI DERRAME PERICARDICO NI TROMBOS.- CORONARIAS NORMALES FRANCISCO DELAHOZCARDIOLOGO PEDIATRARM 11476-9228/08/22RX TÓRAX: CARDIOMEGALIA. ::REPORTE NO OFICIAL::RX TORAX: RX TORAX SILUETA CARDIOTÍMICA NORMAL.SE OBSERVA REFORZAMIENTO BILATERAL DE LOS MANGUITOS PERIBRONQUIALES DE FORMA SIMÉTRICA.NO HAY SIGNOS DE SOBREINFECCIÓN SENOS COSTOFRÉNICOS LIBRES.TÓRAX ÓSEO NORMAL.HALLAZGOS COMPATIBLES CON CUADRO BRONCO OBSTRUCTIVO. :::REPORTE OFICIAL::::Plan:PLAN:PESO: 5.1 KG - SC: 0.29 M2- HOSPITALIZADO EN SALA JAIME TRUCCO- LECHE MATERNA A LIBRE DEMANDA- DIPIRONA 100 MG IV CADA 6 HORAS POR FIEBRE O DOLOR- LEVETIRACETAM 100 MG VO CADA 8 HORAS (58 MG/KG/DÍA) - FENOBARBITAL 15 MG IV CADA 12 HORAS (6 MG/KG/DÍA) - MIDAZOLAM 1 MG IV POR CRISIS- MNB ADRENALINA CADA 4 HORAS POR NECESIDAD :::SUSPENDER::::::- SALBUTAMOL IDM, 6 PUFF CADA 4 HORAS CON INHALOCÁMARA / CICLOS DE RESCATE A NECESIDAD- BROMURO DE IPRATROPIO IDM, 6 PUFF CADA 4 HORAS CON INHALOCÁMARA / CICLOS DE RESCATE A NECESIDAD- PTE RMN SIMPLE (INDICADO POR NEUROPEDIATRÍA) - P/ REPORTE DE TAC CEREBRAL SIMPLE (31/8/22)- P/ VALORACIÓN POR NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA.- P/ VALORACIÓN POR NEUMOLOGÍA- CSV Y AC

9/2022 12:48 p. m. SubjetivoPACIENTE EN COMPAÑÍA DE SU MADRE, QUIEN REFIERE VER A PACIENTE BIEN, NIEGA NÁUSEAS, VÓMITOS, DIARREA, FIEBRE, DIFICULTAD RESPIRATORIA U OTRA SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA. ObjetivoS02: 100% OXÍGENO AMBIENTE FC: 130 LPM FR: 44 RPM TEMP:36.5 °CACEPTABLE ESTADO GENERAL, MUCOSAS HÚMEDAS, CON LESIONES COSTROSAS Y ESTOMAS EN LABIO INFERIOR , ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, NORMOCÉFALO, FONTANELA NORMOTENSA, CUELLO SIN MASAS, TÓRAX SIMÉTRICO EXPANSIBLE, SIN TIRAJES, BUENA ENTRADA AÉREA SIMÉTRICA, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, SIN AGREGADOS. RSCSRS SIN SOPLOS AUDIBLES, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO MASAS NI MEGALIAS, GENITALES NORMOCONFIGURADOS PARA LA EDAD, EXTREMIDADES SIMÉTRICAS TIBIAS SIN EDEMA, PULSOS CENTRALES Y PERIFÉRICOS PRESENTES, LLENADO CAPILAR 2 SEG, SNC ACTIVO, REACTIVO A ESTÍMULOS, NO MOVIMIENTOS ANORMALES.AnalisisLACTANTE MENOR DE 2 MESES DE EDAD, HOSPITALIZADA EN CONTEXTO DE CON DIAGNÓSTICOS Y ANTECEDENTES ANTERIORMENTE DESCRITOS, QUIEN ACTUALMENTE SE ENCUENTRA EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, TOLERANDO VÍA ORAL Y OXÍGENO AMBIENTE, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, SIN SIGNOS DE BAJO GASTO CARDIACO, SIN SIGNOS CLÍNICOS DE SIRS ACTIVOS, SIN SIGNOS DE DETERIORO NEUROLÓGICO, SIGNOS VITALES EN METAS. AL EXAMEN FÍSICO NO TAQUIPNEICO, SIN TIRAJES, SIN ALETEO NASAL, NORMAL SATURADO. CON REPORTE DE VIDEOTELEMETRIA DE 31/08/2022 EVIDENCIA DE ENCEFALOPATÍA LEVE, SE ENCUENTRA PENDIENTE REPORTE DE TAC DE CRÁNEO SIMPLE. PACIENTE QUIEN PREVIAMENTE CUMPLIO ANTIBIOTERAPIA PARA INFECCION DE VÍA URINARIAS Y NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD. DEBE CONTINUAR EN HOSPITALIZACIÓN, TIENE FECHA TENTATIVA DE RESONANCIA MAGNÉTICA CEREBRAL PARA EL 20/09/2022 SE SOLICITA EL DIA DE HOY UROANÁLISIS DE CONTROL, A LA ESPERA DE VALORACIÓN POR EL SERVICIO DE NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA EN ARAS DE DECIDIR NUEVAS CONDUCTAS MÉDICAS. MADRE AMPLIAMENTE INFORMADA DE CONDUCTAS MÉDICAS QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.Paraclinicos: 6/9/22: K: 4.6105/9/22:CL:101.0 LACTATO:3.94 CA IONICO:0.77 K:5.75CL:94.5 MG:2.29 CA:8.67 K:5.75 NA:140.8 BUN:10.0 CR:0.49 4/9/22:NA: 130.7 K:4.24 CL:93.0 CA IONICO::0.97 NA: 139.0 K:4.630 CL:91.8 CA:8.92 MG:2.53 FOSFORO INORGANICO:5.06 3/9/22:LEU: 15.010 NEU:8.480 LIF:4.700 HB:8.4 HTO:25.2 VCM:87.6 CHBCM:33.2 ADE:15.6 PLT:601.000 2/9/22: HEMOCLASIFICACION:Grupo Sanguíneo: "A" Positivo.1/9/22: TP: 15.0 (13.6) INR : 1.10 TPT : 26.2 (29.3) HEMOGRAMA : HB: 7.9 HCTO : 24.5 VCM: 89.1 ADE: 14.3 CHBCM:32.1 LEU:5.590 NEU:3.370 LIF:1.860 PLT:455.000PROTEINAS DIFERENCIADAS Proteinas Totales 5.08 g/dl 6.6 - 8.3 g/dl Albumina 3.64 g/dl 3.5 - 5.0 g/dl Globulina 1.44 g/dlRelacion Albumina/Globulina 2.53BUN:17.33 CR:0.59 ALT-GPT:11.7 AST-GOT:21.1FOSFORO INORGANICO:5.45 CL:95.2 MG:2.19 CA:7.89 K:5.07 NA:142.0 31/8/22:NA: 144.3 CL: 102.0

CORONEL CANTILLO ZULEIVIS DEL CARMEN

HOSPITAL INFANTIL NAPOLEON FRANCO PAREJA
EPICRISIS
Nº283173

DILATACIÓN DE LOS SISTEMAS COLECTORES, NI EVIDENCIA DE IMÁGENES ECOGÉNICAS QUE SUGIERAN LA PRESENCIA DE LITIASIS.ÁREAS PERI-RENALES NORMALES.VEJIGA DE PAREDES NORMALES, SIN EVIDENCIA DE LESIONES EN SU LUZ, VOLUMEN DE 8.5 .OPINIÓN: ESTUDIO ECOGRÁFICO DENTRO DE LIMITES NORMALES.31/9/22: VIDEOTELEMETRIA:CONCLUSIÓN: MONITORIZACIÓN VIDEO ELECTROENCEFALOGRÁFICA DE 6 HORAS EN VIGILIA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, CON PATRÓNDE ENCEFALOPATÍA LEVE. NOSE REGISTRÓ ACTIVIDAD INTERICTAL, NI ICTAL. CORRELACIONAR CON SEMIOLOGÍA Y NEUROIMÁGENESDEL PACIENTE. 29/8/22RX TÓRAX PORTÁTIL: TUBO ENDOTRAQUEAL CON PUNTA CERCANA A LA CARINASONDA EN VÍA DIGESTIVA OPACIDAD COMPLETA DE CAMPO PULMONAR IZQUIERDO SILUETA CARDIACA NO EVALUABLE BORRAMIENTO DEL RECESO COSTOFRÉNICO DEL LADO IZQUIERDO OPACIDADES PERIHILIARES Y APICALES DERECHAS RECESOS COSTOFRÉNICO DE LADO DERECHO LIBRE ELEMENTOS DE MONITOREO SUPERPUESTOS ::REPORTE OFICIAL::::RX DE TÓRAX: TOT SELECTIVO DERECHO, CON ATELECTASIA MASIVA IZQUIERDA SE ORDENA RETIRAR 1.5 CM, CAMPO DERECHO CON INFILTRADOS PARA HILIARESSIN FUGA DE AIRE, SOG EN CÁMARA GÁSTRICA ::REPORTE NO OFICIAL::: 29/9/22:ECOCARDIOGRAMA:ECOCARDIOGRAMA DOPPLER COLOR CON EQUIPO MINDRAY M2, TRANSDCUTOR MULTIFRECUENCIA. HALLAZGOS: - SITUS SOLITUS VISCEROATRIAL. - LEVOCARDIA, LEVOAPEX. - DRENAJE VENOSO SISTEMICO A LA AURICULA DERECHA. - DRENAJE VENOSO PULMONAR A LA AURICULA IZQUIERDA- SEPTUM AURICULAR CON FORAMEN OVAL DE 1 MM DE DIAMETRO, CORTOCIRCUITO IZQUIERDA A DERECHA. - CONCORDANCIA AURICULO VENTRICULAR- VALVULAR MITRAL CON ANILLO DE 10 MM DE DIAMETRO, SIN INSUFICIENCIA, NO VEGETACIONES. - VALVULA TRICUSPIDE CON ANILLO DE 10 MM, CON INSUFICIENCIA LEVE, CALCULO DE PRESION DEL VENTRICULO DERECHO DE 11 MMHG. - VENTRICULO IZQUIERDO CON FEVI DE 70%, FA 34%, CONTRACTIBILIDAD GLOBAL Y SEGMENTARIA CONSERVADA. - VENTRICULO DERECHO CON TAPSE DE 11 MM, CAF 28%. - SEPTUM INTERVENTRICULAR INTEGRO. - CONCORDANCIA VENTRICULO ARTERIAL. - VALVULA AORTICA CON ANILLO DE 7 MM DE DIAMETRO, RAIZ DE 9 MM DE DIAMETRO, GRADIENTE ANTEROGRADO DE 4 MMHG. - VALVULA PULMONAR CON ANILLO DE 8 MM, GRADIENTE ANTERO GRADO DE 3 MMHG. - TRONCO Y RAMAS PULMONARES CONFLUENTES. - ARCO AORTICO IZQUIERDO, NO HAY IMAGEN DE COARTACION. - NO DERRAME PERICARDICO. - DUCTUS ARTERIOSO CERRADO. CONCLUSIONES: CORAZON ANATOMICAMENTE SIN ALTERACIONES. BUENA FUNCION SISTOLICA BIVENTRICULAR. 28/9/22:ECOCARDIOGRAMA DOPPLER COLOR:SITUS: SOLITUSAURICULA IZQUIERDA: NORMALVALVULA MITRAL: NORMALVENTRICULO IZQUIERDO: DDVI: 29 DSVI: 22 FE: 79%AORTA: NORMALPULMONAR: VENTRICULO DERECHO. NORMALVALVULA TRICUSPIDE: NORMALAURICULA DERECHA: NORMALDOPPLER:AORTA: 1 M/S PULMONAR: M/S TRICUSPIDE: 0.5 m/s MITRAL: 0.7 m/SCONCLUSIONES- NO CARDIOPATIA ESTRUCTURAL- TAMAÑO DE CAVIDADES CARDIACAS CON FUNCION SISTODIASTOLICA CONSERVADA- NO VEGETACIONES NI DERRAME PERICARDICO NI TROMBOS.- CORONARIAS NORMALES FRANCISCO DELAHOZCARDIOLOGO PEDIATRARM 11476-9228/08/22RX TÓRAX: CARDIOMEGALIA. ::REPORTE NO OFICIAL::RX TORAX: RX TORAX SILUETA CARDIOTÍMICA NORMAL.SE OBSERVA REFORZAMIENTO BILATERAL DE LOS MANGUITOS PERIBRONQUIALES DE FORMA SIMÉTRICA.NO HAY SIGNOS DE SOBREINFECCIÓN SENOS COSTOFRÉNICOS LIBRES.TÓRAX ÓSEO NORMAL.HALLAZGOS COMPATIBLES CON CUADRO BRONCO OBSTRUCTIVO. :::REPORTE OFICIAL::::Plan:PESO: 5.1 KG - SC: 0.29 M2- TRASLADO A SALA JAIME TRUCCO- LECHE MATERNA A LIBRE DEMANDA- DIPIRONA 100 MG IV CADA 6 HORAS POR FIEBRE O DOLOR- LEVETIRACETAM 100 MG VO CADA 8 HORAS (58 MG/KG/DÍA) - FENOBARBITAL 15 MG IV CADA 12 HORAS (6 MG/KG/DÍA) - MIDAZOLAM 1 MG IV POR CRISIS- MNB ADRENALINA CADA 4 HORAS POR NECESIDAD- SALBUTAMOL IDM, 6 PUFF CADA 4 HORAS CON INHALOCÁMARA / CICLOS DE RESCATE A NECESIDAD- BROMURO DE IPRATROPIO IDM, 6 PUFF CADA 4 HORAS CON INHALOCÁMARA / CICLOS DE RESCATE A NECESIDAD- SS/ NUEVA ORDEN DE RNM SIMPLE (INDICADO POR NEUROPEDIATRÍA) ***- P/ REPORTE DE TAC CEREBRAL SIMPLE (31/8/22)- P/ VALORACIÓN POR NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA.- P/ VALORACIÓN POR NEUMOLOGÍA- CSV Y AC

09/2022 12:12 p. m. SubjetivoSUBJETIVOPACIENTE EN COMPAÑÍA DE SU MADRE, QUIEN REFIERE VER A PACIENTE BIEN, NIEGA NÁUSEAS, VÓMITOS, DIARREA, FIEBRE, DIFICULTAD RESPIRATORIA U OTRA SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA. ObjetivoOBJETIVO S02: 100% OXÍGENO AMBIENTE FC: 145 LPM FR: 47 RPM TEMP:36.1°CACEPTABLE ESTADO GENERAL, MUCOSAS HÚMEDAS, CON LESIONES COSTROSAS Y ESTOMAS EN LABIO INFERIOR , ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, NORMOCÉFALO, FONTANELA NORMOTENSA, CUELLO SIN MASAS, TÓRAX SIMÉTRICO EXPANSIBLE, SIN TIRAJES, BUENA ENTRADA AÉREA SIMÉTRICA, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, SIN AGREGADOS. RSCSRS SIN SOPLOS AUDIBLES, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO MASAS NI MEGALIAS, GENITALES NORMOCONFIGURADOS PARA LA EDAD, EXTREMIDADES SIMÉTRICAS TIBIAS SIN EDEMA, PULSOS CENTRALES Y PERIFÉRICOS PRESENTES, LLENADO CAPILAR 2 SEG, SNC ACTIVO, REACTIVO A ESTÍMULOS, NO MOVIMIENTOS ANORMALES.AnalisisANÁLISISLACTANTE MENOR DE 2 MESES DE EDAD, CON DIAGNÓSTICOS Y ANTECEDENTES ANTERIORMENTE DESCRITOS, RECIBO PACIENTE DESDE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, QUIEN ACTUALMENTE SE ENCUENTRA EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, TOLERANDO VÍA ORAL Y OXÍGENO AMBIENTE, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, SIN SIGNOS DE BAJO GASTO CARDIACO, SIN SIGNOS CLÍNICOS DE SIRS ACTIVOS, SIN SIGNOS DE DETERIORO NEUROLÓGICO, SIGNOS VITALES EN METAS. PACIENTE QUIEN PREVIAMENTE CUMPLIO ANTIBIOTERAPIA PARA INFECCION DE VÍA URINARIAS Y NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD. AL EXAMEN FÍSICO NO TAQUIPNEICO, SIN TIRAJES, SIN ALETEO NASAL, NORMAL SATURADO. CON RE'ORTE DE VIDEOTELEMETRIA DE 31/08/2022 EVIDENCIA DE ENCE4FALOPATIA LEVE, SE ENCUENTRA PENDIENTE REPORTE DE TAC DE CRÁNEO SIMPLE, DEBE CONTINUAR EN HOSPITALIZACIÓN, SE ESTA A ESPERA DE REPROGRAMAR NUEVAMENTE RESONANCIA MAGNÉTICA CEREBRAL QUE SE REALIZARIA EL DIA DE HOY PERO NO SE REALIZO POR ERRORES ADMINITRIVOS, POR LO QUE SE ESTAA EPSERA DE NUEVA FECHA. PENDIENTE VALORACIÓN POR EL SERVICIO DE NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA EN ARAS DE DECIDIR NUEVAS CONDUCTAS MÉDICAS. MADRE AMPLIAMENTE INFORMADA DE CONDUCTAS MÉDICAS QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR. Paraclinicos: PARACLÍNICOS6/9/22: K: 4.6105/9/22:CL:101.0 LACTATO:3.94 CA IONICO:0.77 K:5.75CL:94.5 MG:2.29 CA:8.67 K:5.75 NA:140.8 BUN:10.0 CR:0.49 4/9/22:NA: 130.7 K:4.24 CL:93.0 CA IONICO::0.97 NA: 139.0 K:4.630 CL:91.8 CA:8.92 MG:2.53 FOSFORO INORGANICO:5.06 3/9/22:LEU: 15.010 NEU:8.480 LIF:4.700 HB:8.4 HTO:25.2 VCM:87.6 CHBCM:33.2 ADE:15.6 PLT:601.000 2/9/22: HEMOCLASIFICACION:Grupo Sanguineo: "A" Positivo.1/9/22: TP: 15.0 (13.6) INR : 1.10 TPT : 26.2 (29.3) HEMOGRAMA : HB: 7.9 HCTO : 24.5 VCM: 89.1 ADE: 14.3 CHBCM:32.1 LEU:5.590 NEU:3.370 LIF:1.860 PLT:455.000PROTEINAS DIFERENCIADAS Proteinas Totales 5.08 g/dl 6.6 - 8.3 g/dl Albumina 3.64 g/dl 3.5 - 5.0 g/dl Globulina 1.44 g/dlRelacion Albumina/Globulina 2.53BUN:17.33 CR:0.59 ALT-GPT:11.7 AST-GOT:21.1FOSFORO INORGANICO:5.45 CL:95.2 MG:2.19 CA:7.89 K:5.07 NA:142.0 31/8/22:NA: 144.3 CL: 102.0 K:4.439 LACTATO:1.09 30/9/22:NA:135.0 K:5.6 CA IONICO:1.15 LACTATO:2.85 CL: 105.0 30/8/22:NA:140.0 K:3.35 CA IONICO:0.9 LACTATO:2.85 29/8/22:LEU:6.820 NEU:3.420 LIF:2.640 HB:9.7 HTO:29. VCM:88.3 CHBCM:33.5 ADE:14.0 PLT:379.000 PCR:36.21 Mg: 2.66 Albumina: 3.8 Ca:8.57 BUN: 7.06 K:4.67 NA: 140.4 CR:0.37 28/9/22:VSR: POSITIVOINFLEUNZA ANTIGENO A Y B: NEGATIVO29/8/22:GRAM DE ORINA: NO SE OBSERVAN BACTERIAS. UROANALISIS:PH:6.0 GLUCOSA: 250MG/DL PROTEINAS: 15MG/DL NITRITOS: NEGATIVOS / ESTEREASA: AUSENTE CLS

CORONEL CANTILLO ZULEIVIS DEL CARMEN

HOSPITAL INFANTIL NAPOLEON FRANCO PAREJA
EPICRISIS
Nº283173

16/09/2022 02:30 p. m. SubjetivoRESPUESTA INTERCONSULTA NEUROPEDIATRÍA NEUROPEDIATRA: DRA. MARIA CAMILA RUEDA PEDIATRA HINFP: DRA. DIANA ROMERO NOMBRE: ZAIDER ARNULFO URUETA SALAS ID: 1235051937 EPS: SALUD TOTAL EDAD: 2 MESES+3 DIAS FECHA NACIMIENTO: 04/julio/2022 FECHA INGRESO: 29/08/2022 5:04:21 p. m. FECHA SOLICITUD: 31/08/22 FECHA DE RESPUESTA DE INTERCONSULTA: 01/09/22 - 16/09/22 MOTIVO DE INTERCONSULTA: CONVULSIONÓ - SEGUIMIENTO PACIENTE DE 2 MESES CON DIAGNÓSTICOS: 1. CRISIS SINTOMÁTICAS AGUDAS 1.1 FIEBRE, INSUFICIENCIA RESPIRATORIA, TRASTORNO ELECTROLÍTICO 2. NEUMONÍA POR VIRUS SINCITIAL RESPIRATORIO , RESUELTA 3. UROSEPSIS POR KLEBSIELLA PNEUMONIAE (UROCULTIVO 29/08/22) TRATADA MANEJO ACTUAL: PESO: 5.1 KG ANTICRISIS: - LEVETIRACETAM 100 MG IV CADA 8 HORAS (29 MG/KG/DÍA) FI 31/08/22 FUA 07/09/22 - FENOBARBITAL 15 MG IV CADA 12 HORAS (5.8 MG/KG/DÍA) FI 02/09/22 SUSPENDIDOS : FEN ITOINA SUBJETIVO: ÚLTIMA CRISIS REGISTRADA EL 02/09/22, SEMIOLOGÍA FOCAL POR CLONÍAS DE HEMICUERPO IZQUIERDO. DESDE ENTONCES SIN RECURRENCIA DE EVENTOS. ObjetivoEXAMEN FÍSICO: PESO: 5.1 KG NEUROLÓGICO: ALERTA, INTERACTÚA CON EXAMINADOR, LOGRA FIJACIÓN Y SEGUIMIENTO VISUAL, ISOCORIA NORMORREACTIVA, SIMETRÍA FACIAL, TONO Y TROFISMO NORMALES, PATRONES MOTORES SIMÉTRICOS, PRENSIÓN PLANTAR +, TÓNICO NUCAL ASIMÉTRICO +, RMT ++/++++ BILATERALES. LABORATORIOS: 07/09/22 TAC CRANEO SIMPLE: NORMAL 05/09/22 CA: 8.67 - CL: 94.5 - K: 5.75 - MG: 2.29 - NA: 140.8 BUN: 10 - CREATININA: 0.49 03/09/22 Hemoglobina 8.4 g/dl Hematocrito 25.2% Leucocitos 15.010 Neutrofilos 56.5% Linfocitos 31.3% Monocitos 11.8% Plaquetas 601.000 HEMOCULTIVOS X 2: NEGATIVOS A LAS 24 HRS - UROCULTIVO: : NEGATIVO A LAS 48 HRS 01/09/22 VIDEOTELEMETRÍA DE 6 HORAS: Monitorización video electroencefalográfica de 6 horas en vigilia en unidad de cuidados intensivos, con patrón de encefalopatía leve. No se registró actividad intericital, ni ictal. Correlacionar con semiología y neuroimágenes del paciente. 31/08/22 LCR: GRAM no se observan bacterias. No se obtuvo crecimiento Bacteriano en: 48 Horas de Incubación Color Incoloro Aspecto sin Centrifugar: Transparente Aspecto Centrifugado: Transparente ANALISIS QUIMICO pH 8.0 Proteínas 160.0 mg/dL Glucosa 88.9 mg/dL RECUENTO DE CELULAS Celulas totales 0 x mm3 Polimorfonucleares 0 % Mononucleares 0 % Hematies Totales 0 x mm3 Frescos 0 % Crenados 0 %GLUCOMETRIA 176MG/DL AnalisisLACTANTE MENOR CON CRISIS AL PARECER SINTOMÁTICAS AGUDAS, CON TELEMETRÍA NORMAL, SIN RECURRENCIA DE EVENTOS POSTERIOR A INICIO DE LEVETIRACETAM, TOLERANDO SUSPENSIÓN DE FENITOÍNA. EN EL MOMENTO SE INDICA DESCENSO HASTA SUSPENSIÓN DE FENOBARBITAL EL CUAL SE PUEDE HACER DE FORMA AMBULATORIA, SI PERMANECE ESTABLE POR CONSULTA EXTERNA SE DEFINIRÁ SUSPENSIÓN DE LEVETIRACETAM. DEBIDO A PERSISTENCIA DE SÍNTOMAS RESPIRATORIOS SE TOMARÁ LA RESONANCIA MAGNÉTICA AMBULATORIA. SE EXPLICA A LOS PADRES, REFIEREN ENTENDER Y ACEPTAR CONDUCTA. Paraclinicos: .Plan:SE CIERRA INTERCONSULTA CONTROL POR NEUROPEDIATRÍA EN UN MES MANEJO ANTICRISIS: LEVETIRACETAM: - 1 CC CADA 8 HORAS FENOBARBITAL TABLETA X 10 MG - TOMAR 1 TABLETA EN LA MAÑANA, 1 TABLETA Y MEDIA EN LA NOCHE POR 1 SEMANA - TOMAR 1 TABLETA CADA 12 HORAS POR 1 SEMANA - TOMAR MEDIA TABLETA EN LA MAÑANA, 1 TABLETA EN LA NOCHE POR 1 SEMANA - TOMAR 1 TABLETA EN LA NOCHE POR 1 SEMANA - TOMAR MEDIA TABLETA EN LA NOCHE POR 1 SEMANA, LUEGO SUSPENDER ÓRDENES AMBULATORIAS: RESONANCIA MAGNÉTICA CEREBRAL SIMPLE BAJO ANESTESIA

RUEDA RODRIGUEZ MARIA CAMILA

17/09/2022 10:19 a. m. SubjetivoPACIENTE EN COMPAÑÍA DE SU MADRE, QUIEN REFIERE VERLO BIEN, TOLERANDO VIA ORAL, NIEGA NUEVOS PICOS FEBRILES, NIEGA NÁUSEAS, VÓMITOS, DIARREA, FIEBRE, DIFICULTAD RESPIRATORIA U OTRA SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA. ObjetivoS02: 100% OXÍGENO AMBIENTE FC: 110 LPM FR:29 RPM TEMP:36.5 °CBUEN ESTADO GENERAL, MUCOSAS HÚMEDAS, CON LESIONES COSTROSAS Y ESTOMAS EN LABIO INFERIOR , ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, NORMOCÉFALO, FONTANELA NORMOTENSA, CUELLO SIN MASAS, TÓRAX SIMÉTRICO EXPANSIBLE, SIN TIRAJES, BUENA ENTRADA AÉREA SIMÉTRICA, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, SIN AGREGADOS. RSCSRS SIN SOPLOS AUDIBLES, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO MASAS NI MEGALIAS, GENITALES NORMOCONFIGURADOS PARA LA EDAD, EXTREMIDADES SIMÉTRICAS TIBIAS SIN EDEMA, PULSOS CENTRALES Y PERIFÉRICOS PRESENTES, LLENADO CAPILAR 2 SEG, SNC ACTIVO, REACTIVO A ESTÍMULOS, NO MOVIMIENTOS ANORMALES.AnalisisSE TRATA DE UN LACTANTE MENOR DE 2 MESES DE EDAD, HOSPITALIZADA EN CONTEXTO DE CON DIAGNÓSTICOS Y ANTECEDENTES ANTERIORMENTE DESCRITOS, A LA RONDA MEDICA DEL DIA DE HOY EN BUEN ESTADO GENERAL, ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADO, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA. CUENTA CON CON REPORTE DE VIDEOTELEMETRIA DE 31/08/2022 EVIDENCIA DE ENCEFALOPATÍA LEVE, PACIENTE QUIEN PREVIAMENTE CUMPLIO ANTIBIOTERAPIA PARA INFECCION DE VÍA URINARIAS Y NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD. CUENTA CON REPORTES DE PARACLINICOS DEL DIA DE AYER DENTRO DE PARAMETROS NORMALES. YA VALORADO POR NEUROLOGIA PEDIATRICA QUIENES CONSIDERAN PACIENTE CON TELEMETRÍA NORMAL, SIN RECURRENCIA DE EVENTOS POSTERIOR A INICIO DE LEVETIRACETAM, TOLERANDO SUSPENSIÓN DE FENITOÍNA POR LO QUE INDICAN DESCENSO HASTA SUSPENSIÓN DE FENOBARBITAL EL CUAL SE PUEDE HACER DE FORMA AMBULATORIA, SI PERMANECE ESTABLE POR CONSULTA EXTERNA SE DEFINIRÁ SUSPENSIÓN DE LEVETIRACETAM. DEBIDO A PERSISTENCIA DE SÍNTOMAS RESPIRATORIOS SE TOMARÁ LA RESONANCIA MAGNÉTICA AMBULATORIA. PACIENTE ACTUALMENTE ESTABLE HEMODINÁMICAMENTE, AFEBRIL, TOLERANDO VÍA ORAL, SIGNOS VITALES DENTRO DE PARÁMETROS NORMALES, SIN TAQUIPNEA SIN REQUERIMIENTO DE OXÍGENO SUPLEMENTARIO, SIN REQUERIMIENTO DE SOPORTE VASOPRESOR, NO SIGNOS GENERALES DE PELIGRO NO ASPECTO TÓXICO POR LO QUE SE DECIDE DAR DE ALTA CON MANEJO MÉDICO AMBULATORIO INDICADO POR NEUROLOGIA, SE DA CITA DE CONTROL PRIORITARIA CON PEDIATRA EN 72 HORAS, SE DA ORDEN PARA RMN DE CEREBRO BAJO SEDACION, SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR POR URGENCIAS, SE EXPLICA A LA MADRE QUE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR CONDUCTA A SEGUIR. Paraclinicos: 17/09/2022 HEMOGRAMARecuento de Eritrocitos 3.68 x10^6/mm^3 4.50 - 6.50Hemoglobina 10.4 g/dl Hom.14.5- Muj.12.0-15.0Hematocrito 32.8 % Hom.40-50 Muj.35-45Volumen Corpuscular Medio 89.3 um^3 80 - 100 flHB Corspuscular Media 28.3 pg 27.0 - 32.0 pgConcentración HB Corpucular Media 31.7 g/dl 31.0 - 38.0 g/dlAncho Distribución Eritrocitaria 18.0 % 11.5 - 16.0 %Recuento de Plaquetas 256 x10^3/mm^3 150 - 450Volumen Plaquetario Medio 10.8 um^3 6.0 - 10.0 flRecuento de Leucocitos 6.09 x10^3mm^3 4.0 10.0% Neutrofilos 29.2 %% Linfocitos 56.5 %Nitrogeno Ureico 6.01 mg/dL 7 - 21Creatinina 0.33 mg/dlPCR Cuantitetiva de alta precisión 25.47 mg/L <6Metodo: Turbidimetria-LatexAspartato Aminotrasnferasa GOT (AST) 50.9 U/LAlanina Amino Transferasa GPT (ALT) 25.8 U/LUROANALISISParcial de OrinaCaracteristicas Generales Color: Amarillo Amarillo - Amar. Claro Olor: Sui Generis Sui Generis Aspecto: Lig. Turbio Nor o Lig Turbio pH: 5.5 5.0 A 8.0 Densidad: 1.025 1.005 a 1.030 Proteinas Negativo Negativo Glucosa Negativa Negativa Hemoglobina Negativo Negativo Urobilinogeno Normal (0.2 mg/dL) Normal Bilirrubinas Negativo Negativo Cetonas Negativo Negativo Nitritos Negativos Negativos Esterasa Ausente Ausente Análisis Microscópico Células Epiteliales 0-1 /Campo (40X) 0 a 2/Campo (40X) Bacterias Escasas Leucocitos 0-2 /Campo (40X) 6/9/22: K: 4.6105/9/22:CL:101.0 LACTATO:3.94 CA IONICO:0.77 K:5.75CL:94.5 MG:2.29 CA:8.67 K:5.75 NA:140.8 BUN:10.0 CR:0.49 4/9/22:NA: 130.7 K:4.24 CL:93.0 CA IONICO::0.97 NA: 139.0 K:4.630 CL:91.8 CA:8.92 MG:2.53 FOSFORO INORGANICO:5.06 3/9/22:LEU: 15.010 NEU:8.480 LIF:4.700 HB:8.4 HTO:25.2 VCM:87.6 CHBCM:33.2 ADE:15.6 PLT:601.000 2/9/22: HEMOCLASIFICACION:Grupo Sanguineo: "A" Positivo.1/9/22: TP: 15.0 (13.6) INR : 1.10 TPT :

CORONEL CANTILLO ZULEIVIS DEL CARMEN

Paciente: 1235051937 ZAIDER ARNULFO URUETA SALAS

Días de Estancia: 5 Ingreso: 1241592 Fecha Actual : sábado, 17 septiembre 2

HOSPITAL INFANTIL NAPOLEON FRANCO PAREJA

EPICRISIS

Nº283173

K:4.439 LACTATO:1.09 30/9/22:NA:135.0 K:5.6 CA IONICO:1.15 LACTATO:2.85 CL: 105.0 30/8/22:NA:140.0 K:3.35 CA IONICO:0.9 LACTATO:2.85 29/8/22:LEU:6.820 NEU:3.420 LIF:2.640 HB:9.7 HTO:29. VCM:88.3 CHBCM:33.5 ADE:14.0 PLT:379.000 PCR:36.21 Mg: 2.66 Albumina: 3.8 Ca:8.57 BUN: 7.06 K:4.67 NA: 140.4 CR:0.37 28/9/22:VSR: POSITIVOINFLEUNZA ANTIGENO A Y B: NEGATIVO29/8/22:GRAM DE ORINA: NO SE OBSERVAN BACTERIAS. UROANALISIS:PH:6.0 GLUCOSA: 250MG/DL PROTEINAS: 15MG/DL NITRITOS: NEGATIVOS / ESTEREASA: AUSENTE CLS EPITELIALES: 2-4 / BACTERIAS: ESCASAS / LEUCOCITOS: 2-5 HEMATIES:10-15 GASOMETRIA: PH: 7.19, PCO2: 48.6, PO2: 94.2, HCO3: 16.6, BE: - 10.1, SAT: 95.4 %, PaFi: 1.05, LACTATO: 1.41CULTIVOS:3/9/22: UROCULTIVOS:NEGATIVO A LAS 48 HORAS DE INCUBACION. 3/9/22:HEMOCULTIVOS #1: NEGATIVO A LOS 5 DIAS DE INCUBACION. HEMOCULTIVOS #2: NEGATIVO A LOS 5 DIAS DE INCUBACION. 31/8/22:CULTIVO DE LCR: NO SE OBSERVAN CRECIMIENTO BACTERIANO 48 HORAS DE INCUBACION. GRAM DE LCR: NO SE OBSERVAN BACTERIAS EN LA MUESTRA EXAMINADACITOQUIMICO DE LCR:QUIMICALiquido Cefalorraquideo. Examen Fisio y Citoquimico.ANALISIS FISICOColor IncoloroAspecto sin Centrifugar: TransparenteAspecto Centrifugado: TransparenteANALISIS QUIMICO pH 8.0 Proteinas 160.0 mg/dL Glucosa 88.9 mg/dLRECUENTO DE CELULAS Celulas totales 0 x mm3 Polimorfonucleares 0 % Mononucleares 0 % Hematies Totales 0 x mm3 Frescos 0 % Crenados 0 % Lectura del Gram No se observan bacterias en la muestra examinada29/8/22HEMOCULTIVOS #1: NEGATIVO A LOS 5 DIAS DE INCUBACION.HEMOCULTIVO #2:POSITIVO A LAS 24 HORAS DE INCUBACION29/8/22:UROCULTIVO:Klebsiella pneumoniae Estado:MAS DE 100.000 UFC/mlIMÁGENES:05/09/22: ECOGRAFIA DE VIAS URINARIAS:OPINIÓN: ESTUDIO ECOGRÁFICO DENTRO DE LÍMITES NORMALES.31/9/22: VIDEOTELEMETRÍA:CONCLUSIÓN: MONITORIZACIÓN VIDEO ELECTROENCEFALOGRÁFICA DE 6 HORAS EN VIGILIA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, CON PATRÓNDE ENCEFALOPATÍA LEVE. NOSE REGISTRÓ ACTIVIDAD INTERICTAL, NI ICTAL. CORRELACIONAR CON SEMIOLOGÍA Y NEUROIMÁGENESDEL PACIENTE. 29/8/22RX TÓRAX PORTÁTIL: TUBO ENDOTRAQUEAL CON PUNTA CERCANA A LA CARINASONDA EN VÍA DIGESTIVA OPACIDAD COMPLETA DE CAMPO PULMONAR IZQUIERDO SILUETA CARDIACA NO EVALUABLE BORRAMIENTO DEL RECESO COSTOFRÉNICO DEL LADO IZQUIERDO OPACIDADES PERIHILIARES Y APICALES DERECHAS RECESOS COSTOFRÉNICO DE LADO DERECHO LIBRE ELEMENTOS DE MONITOREO SUPERPUESTOS ::REPORTE OFICIAL::::RX DE TÓRAX: TOT SELECTIVO DERECHO, CON ATELECTASIA MASIVA IZQUIERDA SE ORDENA RETIRAR 1.5 CM, CAMPO DERECHO CON INFILTRADOS PARA HILIARESSIN FUGA DE AIRE, SOG EN CÁMARA GÁSTRICA ::REPORTE NO OFICIAL::: 29/9/22:ECOCARDIOGRAMA:ECOCARDIOGRAMA DOPPLER COLOR CON EQUIPO MINDRAY M2, TRANSDCUTOR MULTIFRECUENCIA. HALLAZGOS: - SITUS SOLITUS VISCEROATRIAL. - LEVOCARDIA, LEVOAPEX. - DRENAJE VENOSO SISTEMICO A LA AURICULA DERECHA. - DRENAJE VENOSO PULMONAR A LA AURICULA IZQUIERDA- SEPTUM AURICULAR CON FORAMEN OVAL DE 1 MM DE DIAMETRO, CORTOCIRCUITO IZQUIERDA A DERECHA. - CONCORDANCIA AURICULO VENTRICULAR- VALVULAR MITRAL CON ANILLO DE 10 MM DE DIAMETRO, SIN INSUFICIENCIA, NO VEGETACIONES. - VALVULA TRICUSPIDE CON ANILLO DE 10 MM, CON INSUFICIENCIA LEVE, CALCULO DE PRESION DEL VENTRICULO DERECHO DE 11 MMHG. - VENTRICULO IZQUIERDO CON FEVI DE 70%, FA 34%, CONTRACTIBILIDAD GLOBAL Y SEGMENTARIA CONSERVADA. - VENTRICULO DERECHO CON TAPSE DE 11 MM, CAF 28%. - SEPTUM INTERVENTRICULAR INTEGRO. - CONCORDANCIA VENTRICULO ARTERIAL. - VALVULA AORTICA CON ANILLO DE 7 MM DE DIAMETRO, RAIZ DE 9 MM DE DIAMETRO, GRADIENTE ANTEROGRADO DE 4 MMHG. - VALVULA PULMONAR CON ANILLO DE 8 MM, GRADIENTE ANTERO GRADO DE 3 MMHG. - TRONCO Y RAMAS PULMONARES CONFLUENTES. - ARCO AORTICO IZQUIERDO, NO HAY IMAGEN DE COARTACION. - NO DERRAME PERICARDICO. - DUCTUS ARTERIOSO CERRADO. CONCLUSIONES: CORAZON ANATOMICAMENTE SIN ALTERACIONES. BUENA FUNCION SISTOLICA BIVENTRICULAR. 28/9/22:ECOCARDIOGRAMA DOPPLER COLOR:CONCLUSIONES- NO CARDIOPATIA ESTRUCTURAL- TAMAÑO DE CAVIDADES CARDIACAS CON FUNCION SISTODIASTOLICA CONSERVADA- NO VEGETACIONES NI DERRAME PERICARDICO NI TROMBOS.- CORONARIAS NORMALES FRANCISCO DELAHOZCARDIOLOGO PEDIATRARM 11476-9228/08/22RX TÓRAX: CARDIOMEGALIA. ::REPORTE NO OFICIAL::RX TORAX: RX TORAX SILUETA CARDIOTÍMICA NORMAL.SE OBSERVA REFORZAMIENTO BILATERAL DE LOS MANGUITOS PERIBRONQUIALES DE FORMA SIMÉTRICA.NO HAY SIGNOS DE SOBREINFECCIÓN SENOS COSTOFRÉNICOS LIBRES.TÓRAX ÓSEO NORMAL.HALLAZGOS COMPATIBLES CON CUADRO BRONCO OBSTRUCTIVO. :::REPORTE OFICIAL::::Plan:-HOSPITALIZAR -DIETA HIPERPROTEICA CON MERIENDAS (EVITAR: CAFÉ.- AZÚCARES SIMPLES Y PROCESADOS.-GRASAS TRANS)METOPROLOL TAB 50 MG. DAR 1 TABLETA VÍA ORAL CADA 12 HORAS - POLIETILENGLICOL 17 GR VO DIA -BISACODILO 5 MG VO NOCHE EN CASO DE NO CONTAR CON EZOMEPRAZOL APLICAR 40 MG IV CADA 24 HORAS -S/S UROANÁLISIS.-P/ECO RENAL/DOPPLER RENAL -VALORACIÓN POR PSIQUIATRÍA Y TOXICOLOGÍA -SEGUIMIENTO POR CARDIOLOGÍA -CONTROL DE CIFRAS TENSIONALES CADA 6 HORAS - CSV Y AC

HOSPITAL INFANTIL NAPOLEON FRANCO PAREJA
EPICRISIS
Nº283173

26.2 (29.3) HEMOGRAMA : HB: 7.9 HCTO : 24.5 VCM: 89.1 ADE: 14.3 CHBCM:32.1 LEU:5.590 NEU:3.370 LIF:1.860 PLT:455.000PROTEINAS DIFERENCIADAS Proteinas Totales 5.08 g/dl 6.6 - 8.3 g/dl Albumina 3.64 g/dl 3.5 - 5.0 g/dl Globulina 1.44 g/dlRelacion Albumina/Globulina 2.53BUN:17.33 CR:0.59 ALT-GPT:11.7 AST-GOT:21.1FOSFORO INORGANICO:5.45 CL:95.2 MG:2.19 CA:7.89 K:5.07 NA:142.0 31/8/22:NA: 144.3 CL: 102.0 K:4.439 LACTATO:1.09 30/9/22:NA:135.0 K:5.6 CA IONICO:1.15 LACTATO:2.85 CL: 105.0 30/8/22:NA:140.0 K:3.35 CA IONICO:0.9 LACTATO:2.85 29/8/22:LEU:6.820 NEU:3.420 LIF:2.640 HB:9.7 HTO:29. VCM:88.3 CHBCM:33.5 ADE:14.0 PLT:379.000 PCR:36.21 Mg: 2.66 Albumina: 3.8 Ca:8.57 BUN: 7.06 K:4.67 NA: 140.4 CR:0.37 28/9/22:VSR: POSITIVOINFLEUNZA ANTIGENO A Y B: NEGATIVO29/8/22:GRAM DE ORINA: NO SE OBSERVAN BACTERIAS. UROANALISIS:PH:6.0 GLUCOSA: 250MG/DL PROTEINAS: 15MG/DL NITRITOS: NEGATIVOS / ESTEREASA: AUSENTE CLS EPITELIALES: 2-4 / BACTERIAS: ESCASAS / LEUCOCITOS: 2-5 HEMATIES:10-15 GASOMETRIA: PH: 7.19, PCO2: 48.6, PO2: 94.2, HCO3: 16.6, BE: - 10.1, SAT: 95.4 %, PaFi: 1.05, LACTATO: 1.41CULTIVOS:3/9/22: UROCULTIVOS:NEGATIVO A LAS 48 HORAS DE INCUBACION. 3/9/22:HEMOCULTIVOS #1: NEGATIVO A LOS 5 DIAS DE INCUBACION. HEMOCULTIVOS #2: NEGATIVO A LOS 5 DIAS DE INCUBACION. 31/8/22:CULTIVO DE LCR: NO SE OBSERVAN CRECIMIENTO BACTERIANO 48 HORAS DE INCUBACION. GRAM DE LCR: NO SE OBSERVAN BACTERIAS EN LA MUESTRA EXAMINADACITOQUIMICO DE LCR:QUIMICALiquido Cefalorraquideo. Examen Fisio y Citoquimico.ANALISIS FISICOColor IncoloroAspecto sin Centrifugar: TransparenteAspecto Centrifugado: TransparenteANALISIS QUIMICO pH 8.0 Proteínas 160.0 mg/dL Glucosa 88.9 mg/dLRECUENTO DE CELULAS Celulas totales 0 x mm3 Polimorfonucleares 0 % Mononucleares 0 % Hematies Totales 0 x mm3 Frescos 0 % Crenados 0 % Lectura del Gram No se observan bacterias en la muestra examinada29/8/22HEMOCULTIVOS #1: NEGATIVO A LOS 5 DIAS DE INCUBACION.HEMOCULTIVO #2:POSITIVO A LAS 24 HORAS DE INCUBACION29/8/22:UROCULTIVO:Klebsiella pneumoniae Estado:MAS DE 100.000 UFC/mlIMÁGENES:05/09/22: ECOGRAFIA DE VIAS URINARIAS:OPINIÓN: ESTUDIO ECOGRÁFICO DENTRO DE LÍMITES NORMALES.31/9/22: VIDEOTELEMETRÍA:CONCLUSIÓN: MONITORIZACIÓN VIDEO ELECTROENCEFALOGRÁFICA DE 6 HORAS EN VIGILIA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, CON PATRÓNDE ENCEFALOPATÍA LEVE. NOSE REGISTRÓ ACTIVIDAD INTERICTAL, NI ICTAL. CORRELACIONAR CON SEMIOLOGÍA Y NEUROIMÁGENESDEL PACIENTE. 29/8/22RX TÓRAX PORTÁTIL: TUBO ENDOTRAQUEAL CON PUNTA CERCANA A LA CARINASONDA EN VÍA DIGESTIVA OPACIDAD COMPLETA DE CAMPO PULMONAR IZQUIERDO SILUETA CARDIACA NO EVALUABLE BORRAMIENTO DEL RECESO COSTOFRÉNICO DEL LADO IZQUIERDO OPACIDADES PERIHILIARES Y APICALES DERECHAS RECESOS COSTOFRÉNICO DE LADO DERECHO LIBRE ELEMENTOS DE MONITOREO SUPERPUESTOS ::REPORTE OFICIAL::::RX DE TÓRAX: TOT SELECTIVO DERECHO, CON ATELECTASIA MASIVA IZQUIERDA SE ORDENA RETIRAR 1.5 CM, CAMPO DERECHO CON INFILTRADOS PARA HILIARESSIN FUGA DE AIRE, SOG EN CÁMARA GÁSTRICA ::REPORTE NO OFICIAL::: 29/9/22:ECOCARDIOGRAMA:ECOCARDIOGRAMA DOPPLER COLOR CON EQUIPO MINDRAY M2, TRANSDCUTOR MULTIFRECUENCIA. HALLAZGOS: - SITUS SOLITUS VISCEROATRIAL. - LEVOCARDIA, LEVOAPEX. - DRENAJE VENOSO SISTEMICO A LA AURICULA DERECHA. - DRENAJE VENOSO PULMONAR A LA AURICULA IZQUIERDA- SEPTUM AURICULAR CON FORAMEN OVAL DE 1 MM DE DIAMETRO, CORTOCIRCUITO IZQUIERDA A DERECHA. - CONCORDANCIA AURICULO VENTRICULAR- VALVULAR MITRAL CON ANILLO DE 10 MM DE DIAMETRO, SIN INSUFICIENCIA, NO VEGETACIONES. - VALVULA TRICUSPIDE CON ANILLO DE 10 MM, CON INSUFICIENCIA LEVE, CALCULO DE PRESION DEL VENTRICULO DERECHO DE 11 MMHG. - VENTRICULO IZQUIERDO CON FEVI DE 70%, FA 34%, CONTRACTIBILIDAD GLOBAL Y SEGMENTARIA CONSERVADA. - VENTRICULO DERECHO CON TAPSE DE 11 MM, CAF 28%. - SEPTUM INTERVENTRICULAR INTEGRO. - CONCORDANCIA VENTRICULO ARTERIAL. - VALVULA AORTICA CON ANILLO DE 7 MM DE DIAMETRO, RAIZ DE 9 MM DE DIAMETRO, GRADIENTE ANTEROGRADO DE 4 MMHG. - VALVULA PULMONAR CON ANILLO DE 8 MM, GRADIENTE ANTERO GRADO DE 3 MMHG. - TRONCO Y RAMAS PULMONARES CONFLUENTES. - ARCO AORTICO IZQUIERDO, NO HAY IMAGEN DE COARTACION. - NO DERRAME PERICARDICO. - DUCTUS ARTERIOSO CERRADO. CONCLUSIONES: CORAZON ANATOMICAMENTE SIN ALTERACIONES. BUENA FUNCION SISTOLICA BIVENTRICULAR. 28/9/22:ECOCARDIOGRAMA DOPPLER COLOR:CONCLUSIONES- NO CARDIOPATIA ESTRUCTURAL- TAMAÑO DE CAVIDADES CARDIACAS CON FUNCION SISTODIASTOLICA CONSERVADA- NO VEGETACIONES NI DERRAME PERICARDICO NI TROMBOS.- CORONARIAS NORMALES FRANCISCO DELAHOZCARDIOLOGO PEDIATRARM 11476-9228/08/22RX TÓRAX: CARDIOMEGALIA. ::REPORTE NO OFICIAL::RX TORAX: RX TORAX SILUETA CARDIOTIMICA NORMAL.SE OBSERVA REFORZAMIENTO BILATERAL DE LOS MANGUITOS PERIBRONQUIALES DE FORMA SIMÉTRICA.NO HAY SIGNOS DE SOBREINFECCIÓN SENOS COSTOFRÉNICOS LIBRES.TÓRAX ÓSEO NORMAL.HALLAZGOS COMPATIBLES CON CUADRO BRONCO OBSTRUCTIVO. :::REPORTE OFICIAL::::Plan:- EGRESO HOSPITALARIO- PAUTAS COMPLEMENTARIAS DE ALIMENTACIÓN EN CASA CON MAYOR APORTE DE PROTEÍNAS, FRUTAS Y VERDURAS. EVITAR BEBIDAS AZUCARADAS O ALIMENTOS EMBUTIDOS- ADECUADA HIDRATACIÓN EN CASA- LEVETIRACETAM: 1 CC CADA 8 HORAS SIN SUSPENDER - FENOBARBITAL TABLETA X 10 MG:- TOMAR 1 TABLETA EN LA MAÑANA, 1 TABLETA Y MEDIA EN LA NOCHE POR 1 SEMANA 17/09/2022 - 24/09/2022- TOMAR 1 TABLETA CADA 12 HORAS POR 1 SEMANA 24/09/2022 - 01/10/2022- TOMAR MEDIA TABLETA EN LA MAÑANA, 1 TABLETA EN LA NOCHE POR 1 SEMANA 01/10/2022 - 08/10/2022- TOMAR 1 TABLETA EN LA NOCHE POR 1 SEMANA 08/15/2022 - 08/10/2022 - 15/10/2022 - TOMAR MEDIA TABLETA EN LA NOCHE POR 1 SEMANA, LUEGO SUSPENDER 15/10/2022 - 22/10/2022 Y SUSPENDER - SS// RESONANCIA MAGNÉTICA CEREBRAL SIMPLE BAJO ANESTESIA - CITA CONTROL CON SERVICIO DE PEDIATRIA EN 72 HORAS- CONTROL POR NEUROPEDIATRÍA EN UN MES - MEDIDAS DE CUIDADO EN CASA- SIGNOS DE ALARMA POR LOS CUALES CONSULTAR DE INMEDIATO A LA URGENCIA : FIEBRE DURANTE 5 DIAS SEGUIDOS O MAS,DIFICULTAD PARA RESPIRAR (AGITADO, SE LE MARQUEN LAS COSTILLAS O LA BARRIGA, SE PONGA MORADO O NO RESPIRE), CONVULSIONES, VOMITE TODO LO QUE COMA, VOMITOS MAS DE 4 EN MENOS DE 4 HORAS, VOMITOS CON SANGRE, POPO CON SANGRE, POPO MAS DE 10 VECES AL DIA, DIARREA DURANTE 14 DIAS SEGUIDOS O MAS,SE VEA MUY PALIDO, DEBIL, ANORMALMENTE DORMIDO O INCONCIENTE,OJOS HUNDIDOS, LLANTO SIN LAGRIMAS, BOCA SECA, QUEJUMBROSO, RECHAZO TOTAL DE LA VIA ORAL (NO COMA NADA, NO TOME LIQUIDOS, NO TOME SENO), ABDOMEN DISTENDIDO (EMPOJADO)DURO, DOLOROSO,DOLOR ABDOMINAL CONTINUO E INTENSO , SANGRADOS, MANCHAS ROJAS O MORETONES EN LA PIEL. PUJO O LLANTO AL ORINAR, ORINA ROJA, FÉTIDA

REG 68026

CORONEL CANTILLO ZULEIVIS DEL CARMEN
PEDIATRIA

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

FR.MO12.PP	29/05/2018
Versión 5	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública	Hoja ___ de ___

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Fundacion de la Comunidad Unida Gustavo Martinez Cuffyn
NIT: _800189920-5
MES: SEPTIEMBRE
MODALIDAD DE ATENCION: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCION: DIMF
NÚMERO DE CONTRATO:13031932021
AÑO 2022

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLIVAR
Nombre Agente Educativo (a): ___ELERCY RAMIREZ___
Código CUENTAME UDS: 13001001350028
Dirección UDS: 9 DE ABRIL CALLE 36C # 49C - 33

Centro Zonal HISTORICO Y DEL CARIBE NORTE
CC___6550881__
Municipio: CARTAGENA
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención ___PIEDRA DE BOLIVAR FAMILIAR 2___
Teléfono UDS: 3114339486

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA				EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																							TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																										
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA							
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1044019498	SALOME	DE JESUS	CARABALLO	VEGA	0	9	A					A					A					I										3	1	
02	RC	1049587815	ISABELLA		ACUÑA	ALVAREZ	1	4	A					A					A					A										4		
03	RC	1143420395	ISABELLA	ROUSSE	HERRERA	GRUESO	1	2	A					A					A					A										4		
04	RC	1044017435	EMANUEL	DE JESUS	PATERNINA	CARABALLO	1	4	A					A					A					A										4		
05	RC	1235050778	KATALEYA	LUCIANA	VIOLA	HERRERA	1	6	A					A					A					A										4		
06	RC	1143419857	LIAM	JOEL	GONGORA	JULIO	1	9	A					A					I					A										3	1	
07	RC	1044017158	MATHIAS	DE JESUS	CASTILLO	RINCON	1	3	A					A					A					A										4		
08	RC	1044019283	ABIGAIL	LUCIA	BARRIOS	MARTINEZ	1	4	A					A					I					A										3	1	
09	RC	1044017185	ANDREW	JOSE	DIAZ	REYES	1	4	A					A					A					A										4		
10	RC	1048469202	JEISI	DANIELA	ZUÑIGA	HERNANDEZ	1	8	A					A					A					I										3	1	
11	RC	1044015842	JHEYFRANK	DAVID	CARRILLO	ORTIZ	1	7	A					A					I					A										4		
12	RC	1048468136	NAOMY	ISABEL	PUELLO	VASQUEZ	1	10	A					A					A					A										4		
13	RC	1044015688	AMADA	SOFIA	CASTAÑO	VEGA	1	8	A					A					A					A										4		
14	RC	1044014186	LAYONER	SMITH	CANTILLO	JULIO	2	1	A					A					A					A										4		
15	RC	1044015928	ISMAEL	DAVID	JULIO	RIZZO	1	7	A					A					A					A										4		
16	RC	1043339099	DARSHELYS	LUCIANA	MUÑOZ	PAJARO	1	10	A					A					A					A										4		
17	RC	1143419614	DANNA	ISABEL	GARCIA	MARTINEZ	1	11	A					A					A					A										4		
18	RC	1143420394	CARLIANIS	SOFIA	FUENMAYOR	ZAMBRANO	1	10	I					A					A					I										3	1	
19	RC	1048468371	HARIAM	NICOLL	CARABALLO	VEGA	1	10	A					A					A					A										4		
20	RC	1044014257	MONTSERRAT		ACEVEDO	TORREALBA	2	1	A																										
21																																		
22																																		
23																																		

TOTAL 13 7

Verificación De Cobertura
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES: 0
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES: 20
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES: 0

RAUL JOSE POMARES GUERRERO
COORDINADOR(A) ETA

Elercy Ramirez
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento.... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

FORM-2-FP	28/09/2012
Versión 5	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública	Hoja ___ de ___

FORMA ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Fundacion de la Comunidad Unida Gustavo Martinez Callyn
NIT: _800189920-5
MES: SEPTIEMBRE
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: DIMF
NÚMERO DE CONTRATO:13009132021
AÑO 2022

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLIVAR
Nombre Agente Educativo (a) ___ELERCY RAMIREZ___
Código CUENTAME UDS: 1360100135028
Dirección UDS: 9 DE ABRIL CALLE 38C # 49C - 28

Centro Zonal HISTORICO Y DEL CARIBE NORTE
CC__4530d881__
Municipio: CARTAGENA
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: ___PIEDRA DE BOLIVAR FAMILIAR 2___
Teléfono UDS: 3114329405

Nro. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA				EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																							TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																										
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1044019230	ADRIAN	DAVID	PEREZ	GONZALEZ	0	8		A					A					A					A									4		
02	RC	1044019037	SHAEL	DAVID	HERRERA	MARTINEZ	0	8		A					I					A					A									3	1	
03	RC	1142954793	JUSTIN	ANDRES	MARMOL	MORALES	0	8		A					A					A					A									4		
04	RC	1238347904	MARIA	ANGEL	GARCES	HERNANDEZ	0	7		A					A					A					A									4		
05	RC	1044018471	ISHA	KATHERINE	CHICO	CORREA	0	10		A					A					A					A									4		
06	RC	1041970088	THAIR	DAVID	GONZALES	BOLAÑO	0	10		A					A					A					I									3	1	
07	RC	10440185549	NEYCER	ISAC	TORREZ	MENDOZA	0	10		A					A					A					A									4		
08	RC	1044018441	MATHIAS	DAVID	GAZABON	GARCIA	0	8		A					A					A					A									3	1	
09	RC	1143420945	ABBY	ANDREA	CASTILLO	SILGADO	0	8		A					A					A					A									4		
10	RC	1044019512	PEDRO	MANUEL	CHAVEZ	ZAMBRANO	0	10		A					A					A					A									4		
11	RC	1247258054	ISABELLA	VIOLETTE	RUBIO	BELEÑO	1	1		A					A					A					A									4		
12	RC	1235051118	TYLER	SAMUEL	PEREZ	RENALS	1	1		A					A					A					A									4		
13	RC	1048470617	ANDRES	FELIPE	MADRID	EMILIANI	1	1		A					A					A					A									4		
14	RC	1044017442	AILETH	MILETH	SILVA	AGAMEZ	1	2		A					I					A					A									3	1	
15	RC	1044017188	CALET	JOSUE	CAÑON	CORTES	1	2		A					A					A					A									4		
16	RC	1044017306	ADHARA	SOFIA	VILLADIEGO	HERNANDEZ	1	3		A					A					A					A									4		
17	RC	1044017601	HANNA	SOFIA	JULIO	MEDINA	1	3		A					A					A					A									4		
18	RC	1047519661	GIAN	MIGUEL	ASENCIO	CANTILLO	1	6		A					A					I					A									3	1	
19	RC	1043339549	LUZ	ADRIANA	PUELLO	VILLADIEGO	1	4		A																									
20	RC	1201285907	KEYLIZ		CRESPO	RODRIGUEZ																													
21																																			
22																																			
23																																			

TOTAL

Verificación De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 6 MESES ASISTENTES: 0
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES: 30
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES: 0

Elercy Ramirez
RESPONSABLE DE GRUPO

RANDY JOSE PUMAREJO GUERRERO
COORDINADOR(A) UEA

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	29/05/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

Hoja ___ de ___

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Fundacion de la Comunidad Unida Gustavo Martinez Cañyn
NIT: _800189920-5
MES: SEPTIEMBRE
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: DIMF
NÚMERO DE CONTRATO:13091933021
AÑO:2022

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLIVAR
Nombre Agente Educativo (a): ___ELERCY RAMIREZ___
Código CUENTAME UDS: 1300100135026
Dirección UDS: 9 DE ABRIL CALLE 39C # 49C - 28

Centro Zonal HISTORICO Y DEL CARIBE NORTE
CC__45503681__
Municipio: CARTAGENA
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención___PIEDRA DE BOLIVAR FAMILIAR 2___
Teléfono UDS: 3114339405

No. de Orden	TIPO DOC	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA)	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1235052010	KEVIN	JUNIOR	RODRIGUEZ	JULIO	0	1				
02	RC	1201289208	ANTHONY	JOSE	JULIO	PEREZ	0	3				
03	CC	1047503837	OSMELY	PAOLA	CERPA	RAMOS	27	9				
04	CC	1043636431	LEIDIS	JOHANA	MORELO	OSPINO	19	7				
05	TI	1235049989	NANCI	ESTER	MENDOZA	JULIO	15	10				
06	CC	1049943745	MARGARITA		RAMOS	OBRIAN	25	6				
07	RC	1044020316	MILAN	DAVID	CARDONA	MADRID	0	4				
08	RC	1049588525	JEREMY		HERNANDEZ	RUBIO	0	3				
09	RC	1143421179	MATHIAS	DE JESUS	IBAÑEZ	DIAZ	0	4				
10	RC	1044020491	SAMUEL	DAVID	PEREZ	PONCE	0	3				
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

TOTAL 40 10

Verificación De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES: 6
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES: 0
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES: 4

RANDY JOSE POMARES GUERRERO
COORDINADOR(A) SA

Elercy Ramirez
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

CLINICA LA ERMITA

1001978556

1. DATOS GENERALES E IDENTIFICACION

HISTORIA CLINICA No. 1001978556			Edad 18 Años
Cedula 1001978556	DIANA MARCELA JULIO SALAS		Sexo Femenino
INGRESO Fec: 03/08/2022 07:31		EGRESO Fec: 04/08/2022 12:11	
Atn. Ingreso HOSPITALIZACION		Atn. Egreso HOSPITALIZACION	
Pabellon Evolución: 654 CIRUGIA CONCEPCION			

2. DIAGNÓSTICOS

DX INGRESO

Z321 EMBARAZO CONFIRMADO

DX EGRESO

O628 OTROS PARTOS ANOMALOS POR CEFALICO

DX EGRESO 1.

O628 OTROS PARTOS ANOMALOS POR CESAREA

DX EGRESO 2.

O829 PARTO POR CESAREA SIN OTRA ESPECIFICACION

3. INTERVENCIONES - PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y/O ESPECIALES

CIRUGÍA/ CANTIDAD	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	GRUPO QX / NT
1	749100	CESAREA SEGMENTARIA TRANSPERITONEAL BAJA	

Médico(a): RAQUEL SUAREZ RUEDA Especialidad: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA Via: ABDOMEN

DESCRIPCIÓN CIRUGÍA

Médico: 80060 NIZA RAQUEL SUAREZ RUEDA Especialidad: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Diagnóstico Preoperatorio: Z3 501 SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO

Diagnóstico Postoperatorio: Z3 501 SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO

Tipo de Herida: LIMPIA Tipo de Anestesia: RAQUIDEA Tipo de Cirugía: PROGRAMADA

Cantidad de Suturas: -5 mt. Via: UNICA VIA

Instalación Acto Quirúrgico: 03/08/2022 Hora Inicio: 12:15:00 Hora Final: 12:50:00

Tiempo de Peforidad: Operatorio: Tiempo de Clamp: 0 minutos

Descripción Quirúrgica:

BAJO ANESTESIA RAQUIDEA, PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA, COLOCACIÓN DE CAMPOS QUIRURGICOS, SE REALIZA INSICION TIPO PFANNESTIEL, QUE COMPROMETE PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO, SE INCIDE FASCIA EN SENTIDO TRANSVERSAL, SE DIVULSIONAN RECTOS ABDOMINALES, SE PINZA, CORTA Y ABRE PERITONEO LONGITUDINALMENTE. SE LLEGA A CAVIDAD ABDOMINAL VISUALIZÁNDOSE CARA ANTERIOR DE UTERO GRAVIDO, SE COLOCA VALVA, SE REALIZA INCISIÓN DE KERR SOBRE SEGMENTO, SE DIVULSIONAN FIBRAS, SE PRÁCTICA AMNIOTOMIA OBTENIENDOSE LIQUIDO AMNIOTICO CLARO, NORMOTERMICO, EN MODERADA CANTIDAD, ES BASCULA PRESENTACION CEFALICA, SE RETIRA VALVA, Y SE EXTRAE RECIEN NACIDO UNICO VIVO DE SEXO MASCULINO, DEL DIA 03/08/2022 HORA: 12:30PM PESO: 3570 GR, TALLA 49 CM, APGAR 8 AL MIN 0 A LOS 5 MIN, SE PINZA Y CORTA CORDÓN, SE TOMAN MUESTRAS PARA TAMIZAJE NEONATAL, SE ENTREGA A MEDICO DE ADAPTACION NEONATAL, SE REALIZA EXTRACCION MANUAL DE PLACENTA Y MEMBRANAS COMPLETAS, SE REALIZA CURAJE UTERINO CON COMPRESA, SE PROCEDE A REALIZAR HISTEROGRAFIA EN 2 PLANOS, SE VERIFICA HEMOSTASIA, SE REVISAN ANEXOS, LIGAMENTOS ANCHOS Y EN CARA POSTERIOR DE UTERO LOS CUALES SON NORMALES, SE CONFIRMA HEMOSTASIA, SE RETIRAN COAGULOS DE CAVIDAD, CONTEO DE COMPRESAS Y MATERIAL QUIRÚRGICO COMPLETOS, SE SUTURA POR PLANOS HASTA PIEL, SE RETIRAN COÁGULOS VAGINALES. PACIENTE TOLERA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES.

Complicación: SI NO X

Hallazgos:

Usuario:GONZALEZ ITALY PAOLA GONZALEZ MARRUGO

CLINICA LA ERMITA

1001978556

1. DATOS GENERALES E IDENTIFICACION

HISTORIA CLINICA No. 1001978556			Edad 18 Años
Cedula 1001978556	DIANA MARCELA JULIO SALAS		Sexo Femenino
INGRESO Fec: 03/08/2022 07:31		EGRESO Fec: 04/08/2022 12:11	
Atn. Ingreso HOSPITALIZACION		Atn. Egreso HOSPITALIZACION	
Pabellon Evolución: 654 CIRUGIA CONCEPCION			

NOTA: USO ADECUADO DE MATERIAL Y EQUIPOS DE PROTECCION POR TODO EL PERSONAL ASISTENCIAL DURANTE TODO EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO EXIGIDOS PARA LA PREVENCION DE INFECCION Y ATENCION DE PACIENTES DURANTE LA PANDEMIA POR SARS COV-19 DE ACUERDO A PROTOCOLO INSTITUCIONAL.

Tejidos enviados a patología (S) NO X

NIZA RAQUEL SUAREZ RUEDA
Reg.
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

4. EGRESO

CONDICIONES DEL PACIENTE AL SALIR: VIVO

5. ATENCION

A. CONDICIONES AL INGRESO

PROGRAMADA PARA PROCEDIMIENTO

03/08/22 Médico: 80060 NIZA RAQUEL SUAREZ RUEDA GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA- ECOGRAFIA

PCTE FEMENINA DE 18 AÑOS DE EDAD CON EMBARAZO DE 36,5 SEMANAS POR ECOGRAFIA DE I TRIMESTRE QUIEN INGRESA PROGRAMADA DE LA CONSULTA EXTERNA DE GINECOLOGIA PARA REALIZACION DE PROCEDIMIENTO QX TIPO CESAREA

03/08/22 Médico: 80060 NIZA RAQUEL SUAREZ RUEDA GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA- ECOGRAFIA

B. RESUMEN (ANAMNESIS Y ANTECEDENTES) CONDICIONES DE INGRESO

C. PROCEDIMIENTOS Y EVOLUCIÓN

/ / 00:00:00

Cantidad	Descripción	Observaciones
1	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDE	
1	PRUEBA NO TREPONEMICA MANUAL	
1	HEMOCLASIFICACION SISTEMA RH (FN	
1	HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO O	
1	ECOCARDIOGRAMA MODO M BIDIMENS	REALIZAR A HIJO DE DIANA JULIO SALAS 1DX FOCO ECOGENICO EN

EVOLUCIONES

03/08/2022 12:45:16 6570 CRISTINA MARIA ESPAÑA URRIOLA

HISTORIA CLINICA DE ADAPTACION NEONATAL

ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO.

MOTIVO DE CONSULTA: ADAPTACION NEONATAL

NOMBRE: HIJO DE DIANA MARCELA JULIO SALAS.

Usuario:GONZALEZ ITALY PAOLA GONZALEZ MARRUGO

Scanned with CamScanner

1001978556

1. DATOS GENERALES E IDENTIFICACION

HISTORIA CLINICA No. 1001978556			Edad 18 Años
Cedula 1001978556	DIANA MARCELA JULIO SALAS		Sexo Femenino
INGRESO Fec: 03/08/2022 07:31		EGRESO Fec: 04/08/2022 12:11	
Atn. Ingreso HOSPITALIZACION		Atn. Egreso HOSPITALIZACION	
Pabellon Evolución: 654 CIRUGIA CONCEPCION			

FECHA DE NACIMIENTO: 03-08-2022.
HORA DE NACIMIENTO: 1250 HORAS.
IDENTIFICACION: 1001978556
HISTORIA CLINICA: 1001978556
TELEFONO: 3017780346.
EPS: SALUD TOTAL.
ANTECEDENTES DE LA MADRE.
EDAD: 18 AÑOS.
PATOLOGICOS: NIEGA.
QUIRURGICOS:NIEGA.
ALERGICOS:NIEGA
FARMACOLOGICOS:NIEGA
TOXICOS: NIEGA.
TRANSFUSIONALES: NIEGA
LABORATORIOS:
02/07/2022 HB 12.4 PLAQ 225 VIH NEG RTA AGS NEG TOXO IGM NEG UROCULTIVO NEG
19/07/2022 CULTIOV VR PARA G AGALACTIAE NEGATIVO
22/06/22. CTOCL 07-122-169
05/08/2022: HB:11.7 PLAQUETAS: 251000 RTA A DS: NEGATIVO VIH: NO REACTIVO TOXO IGM: NEGATIVO
11/07/2022 TOXO IGM NEG
14/07/22 TOXO IGMNEGATIVO , UROCULTIVO NEGATIVO
11/07/22 VIH NEGATIVO , VDRL NO REACTIVO
31/12/22 GLICEMIA 83 HB:13 HTO:42 PLAQ:299 TOXO IGG/IGG , HEP B NEG RH A POSITIVO
30/12/21 UROCULTIVO POSITIVO E COLI (TRATADA)
ECOGRAFIA:
10/02/22 EMB 14,1SEM + MARCADORES ANEUPLOIDIAS NEGATIVOS ::: FPP 10/09/22.
21/04/2022. DETALLE: UNICO FOLICULO PESO: 6620GR P: 49 EMB UNICO DE 24 SEMANAS + 1 DIA- FOCO ECOGENICO CARDIACO EN VENTRICULO IZQUIERDO
22/07/2022 EMB DE 38,1 SEM PESO 3455 GR P 94 PLACENTA FUNDICA ANTERIOR CON CALCIFICACIONES II,A NORMAL CEFALICO
ANTECEDENTES DEL PARTO.
TIPO DE NACIMIENTO: CESAREA
PRESENTACION: CEFALICO.
LIQUIDO: HIDROTERMICO - CLARO
APGAR: 8/9
MECONIO: NO DIURESIS: SI
CE CLAMPEO CORDON: SI
SIGNOS VITALES: FC: 146/MINUTO - FR: 50/MINUTO - T°: 36°C - SAO2 PREDUCTAL: 94% SAO2 POSTDUCTAL: 94%
CABEZA: FC 37 CM,FONTANELAS NORMOTENSAS, FABELLÓN AURICULAR CON BUENA IMPLANTACIÓN, PUPILAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, APERTURA OCULAR ESPONTANEA, PALMAR BUCCO, COANAS Y ESÓFAGO PERMEABLES. CUELLO: MÓVIL, SIMETRICO, SIN ADENOPATIAS PALPABLES. TORAX: FT 34 CM, DIAMETRO, PULMONES CON BUENA ENTRADA DE AIRE BILATERAL, SIN AGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS 2T+1 SOPLO. ABDOMEN, PARED BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NI MEGALIAS, ONFALO PINZADO CON DOS ARTERIAS Y UNA VENA, CSN,TALLO NORMOCONFIGURADO,COLUMNA VERTEBRAL SIN LESIONES EVIDENTES.

VANESSA GONZALEZ M Y PAOLA GONZALEZ MADRIGAL

1001978556

1. DATOS GENERALES E IDENTIFICACION

HISTORIA CLINICA No. 1001978556			Edad 18 Años
Cedula 1001978556	DIANA MARCELA JULIO SALAS		Sexo Femenino
INGRESO Fec: 03/08/2022 07:31		EGRESO Fec: 04/08/2022 12:11	
Atn. Ingreso HOSPITALIZACION		Atn. Egreso HOSPITALIZACION	
Pabellon Evolución: 654 CIRUGIA CONCEPCION			

EXTREMIDADES: SIMETRICAS, TIBIAS, PULSOS PERIFERICOS PRESENTES, LLENADO CAPILAR 2 SEGUNDOS, SND: ACTIVO, REACTIVO, BUEN TONO MUSCULAR, REFLEJOS PRIMITIVOS PRESENTES. NOTA: - SE CLAMPEÓ EL CORDÓN UMBILICAL A LOS 60 SEGUNDOS - EL BEBE SE COLOCÓ EN CONTACTO CON LA MADRE. PIEL A PIEL - SOLVERMAN ANDERSON: 0 PUNTOS
DIAGNOSTICO: RNT -AEG 39 SEMANAS PESO 3.570 GRAMOS.
ANALISIS: PACIENTE QUE SE ENCUENTRA EN CIRUGIA EN ADECUADO ESTADO GENERAL BUENA ADAPTACION, BUEN TONO, BUEN LLANTO, SE INDICA CONTACTO PIEL A PIEL SE TRASLADA JUNTO CON SU MADRE
PLAN:
1. TRASLADAR JUNTO CON SU MADRE
2. LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA A LIBRE DEMANDA, SIN QUE EXCEDAN TRES HORAS DE INTERVALO
3. DESPUÉS ALIMENTACIÓN, COLOCAR A RECIÉN NACIDO EN DECÚBITO LATERAL DERECHO, EVITANDO LA POSICIÓN PRONA.
4. VIGILAR ESTADO DEL MUÑÓN UMBILICAL, PREVIA PROFILAXIS/LIMPIEZA Y CUIDADOS DEL ÓNFALO CADA 8 HORAS
5. PROFILAXIS OFTÁLMICA CON GENTAMICINA 1 GOTA EN CADA OJO (YA)
6. PROFILAXIS CON VITAMINA K 1 MG IM DOSIS ÚNICA (YA)
7. PENDIENTES LABORATORIOS DE RECIÉN NACIDO: HEMOCLASIFICACIÓN, VDRL Y TSH NEONATAL DEL CORDÓN
8. INICIAR ESQUEMA DE VACUNACIÓN CON APLICACIÓN DE ANTIHEPATITIS B ANTES DE LAS 12 HORAS DE VIDA Y BCG
9. CUIDADOS DE RECIÉN NACIDO
10. CONTROL DE SIGNOS VITALES
11. MANTENER A TEMPERATURA ADECUADA (36.5 – 37.5 °C) Y CON POCA LUZ
12. VERIFICAR Y ANOTAR PRESENCIA DE DEPOSICIONES Y ORINA
13. VIGILAR POR ALETEO NASAL, QUEJIDO, TAQUIPNEA, TIRAJES, VÓMITOS, CIANOSIS, HIPOACTIVIDAD, AVISAR ANORMALIDADES.

03/08/2022 16:57:05 E077A JULIETH PAOLA CHACON RODRIGUEZ
*****NOTA DE INGRESO A HOSPITALIZACIÓN*****
PACIENTE FEMENINA DE 18 AÑOS DE EDAD CON DX DE;
1. POP DE CESAREA ET (03/08/2022 - 12:50 HRS)
2. RECIÉN NACIDO UNICO VIVO AL LADO MATERNO (NN #220895 1002803 9)
3. PUERPERIO INMEDIATO FISIOLOGICO
SUBJETIVO: REFIERE LEVE DOLOR A NIVEL DE HERIDA QUIRURGICA, SANGRADO VAGINAL ESCASO, NIEGA OTROS SINTOMAS.
OBJETIVO: PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO MOVIL SIN MASAS O ADENOPATIAS PALPABLES, TORAX NORMOEXPANSIBLE, CON RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, MURMULLO VESICULAR EN TODOS LOS CAMPOS SIN AGREGADOS, ABDOMEN SEMIGLOBOSO, BLANDO DEPRESIBLE, HERIDA QUIRURGICA CUBIERTA CON APOSITO LIMPIO, SIN ESTIGMAS DE SANGRADO; NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, BOLO DE SEGURIDAD DE PINARD CON BUEN TONO INFRAUMBILICAL, GENITOURINARIO NORMOCONFIGURADOS, CON LOQUIOS HEMATICOS ESCASOS, EXTREMIDADES SIMETRICAS, SIN LESIONES O EDEMA, PULSOS PERIFERICOS PRESENTES, SIN DEFICIT NEUROLOGICO APARENTE.
ANALISIS: PACIENTE EN SU POP CESAREA Y PUERPERIO FISIOLOGICO INMEDIATO CON BUENA EVOLUCION, POSTQUIRURGICA ACTUALMENTE BUEN MANEJO DEL DOLOR, LOQUIOS ESCASOS, HERIDA QUIRURGICA EN BUEN ESTADO GENERAL., CONTINUARA BAJO VIGILANCIA DE SIGNOS VITALES, ANALGESIA Y VIGILANCIA DE SU POSTQUIRURGICO, EN ESPERA DE COMPLETAR HORAS DE OBSERVACIÓN, ACEPTA INICIO DE MÉTODO DE PLANIFICACIÓN TRIMESTRAL (ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA). QUEDA ATENTOS A EVOLUCIÓN.
PLAN:
- HOSPITALIZAR EN SALA GENERAL

VANESSA GONZALEZ M Y PAOLA GONZALEZ MADRIGAL

Scanned with CamScanner

1001978556

1. DATOS GENERALES E IDENTIFICACION

HISTORIA CLINICA No. 1001978556			Edad 18 Años
Cedula 1001978556	DIANA MARCELA JULIO SALAS		Sexo Femenino
INGRESO Fec: 03/08/2022 07:31		EGRESO Fec: 04/08/2022 12:11	
Atn. Ingreso HOSPITALIZACION		Atn. Egreso HOSPITALIZACION	
Pabellon Evolución: 654 CIRUGIA CONCEPCION			

- NVO HASTA 6 HORAS POSTQUIRURGICAS, LUEGO PROBAR DIETA LIQUIDA
- ALOJAMIENTO CONJUNTO CON RECIÉN NACIDO
- MANEJO DEL DOLOR
- METOCLOPRAMIDA 10MG IV CADA 8 HORAS (PRN)
- VIGILAR BOLO DE SEGURIDAD DE PINARD.
- VIGILAR SANGRADO POR GENITALES EXTERNOS
- CSV Y AC

04/08/2022 01:43:42 E0715 MARIA PAULINA RODRIGUEZ CASTILLO

04/08/2022 ——— RECIEN NACIDO: VALORACION DE DE ALTA———

RECIEN NACIDO CON BUENA EVOLUCION CLINICA EN ALOJAMIENTO CONJUNTO, RECIBE BIEN LA LECHE MATERNA, BUEN AGARRE AL SENO DIURESIS (X) MECONIO (X)

VACUNACION: BCG (X) HEPATITIS B (X)

AL EXAMEN FISICO

FC: 112MIN FR:36MIN T: 36.7°C SATURACION 96%

HIDRATADO, AFEBRIL, FONTANELA A NIVEL ORL NORMAL REFLEJO ROJO BILATERAL SIMETRICO PRESENTE. CARDIOPULMONAR: DON RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO AUSCULTO AGREGADOS AL MOMENTO, CON ENTRADA SIMETRICA DEL MURMULLO VESICULAR PULMONAR.

ABDOMEN: ONFALOMAMPO, BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS, NI MEGALIAS, GENITALES NORMOCONFIGURADOS PARA SU EDAD Y SEXO.EXTREMIDADES SIMETRICAS, NO EDEMAS, LLENADO CAPILAR 2 SEG, SIN DEFICIT. PIEL NORMAL

HEMOCLASIFICACION: AB RH POSITIVO VDRL: NO REACTIVO ESTA PENDIENTE EL RESULTADO DE LA TSH NEONATAL

SE DECIDE DE ALTA, RECOMENDACIONES DE BUEN TRATO, RECOMENDACIONES GENERALES, SIGNOS DE ALARMA, SE ENTREGA TARJETA DE LA MADRE, INGRESAR A CRECIMIENTO Y DESARROLLO, VACUNACION DENTRO DE 2 MESES, REGISTRO CIVIL Y CITA A PEDIATRA EN SU EPS EN 3- 5 DIAS DVS

SE ACONSEJA PLANIFICACION MATERNA AL MENOS 2 AÑOS

DX EGRESO(CIE10): Z3750 + FOCO ECOGENICO CARDIACO EN VENTRICULO IZQUIERDO

- DE ALTA
- LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA CADA 2 HORAS
- SACAR AL SOL EN LAS MAÑANAS DE 6:00 A 6:30 AM Y EN LAS TARDES DE 4-5 PM SIN ROPA, SOLO EN PAÑAL 10 MIN BOCA ARRIBA Y 10 MIN BOCA ABAJO
- RECOMENDACIONES ESCRITAS Y ORALES/ TARJETA DE LA MADRE/ CARNET DE VACUNACION Y NACIDO VIVO
- SIGNOS DE ALARMA
- RECLAMAR TSH NEONATAL EN 5 DIAS EN LABORATORIO DE ESTA CLINICA
- CONTINUAR VACUNACION A LOS 2 MESES
- REALIZAR TRAMITE DE REGISTRO CIVIL
- ASISTIR A CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN SU EPS
- CITA CON PEDIATRA EPS EN 3 – 5 DIAS
- SE SOLICITA ECOCARDIOGRAMA DOPPLER COLOR POR CARDIOLOGIA PEDIATRICA

EVOLUCION SOAP MEDICO

ANALISIS

Usuario: NGONZALEZMATALY PAOLA GONZALEZ MARRUGO

1001978556

1. DATOS GENERALES E IDENTIFICACION

HISTORIA CLINICA No. 1001978556			Edad 18 Años
Cedula 1001978556	DIANA MARCELA JULIO SALAS		Sexo Femenino
INGRESO Fec: 03/08/2022 07:31		EGRESO Fec: 04/08/2022 12:11	
Atn. Ingreso HOSPITALIZACION		Atn. Egreso HOSPITALIZACION	
Pabellon Evolución: 654 CIRUGIA CONCEPCION			

POTE FEMENINA DE 18 AÑOS DE EDAD CON EMBARAZO DE 38 SEMANAS POR ECOGRAFIA DEL I TRIMESTRE QUIEN INGRESA PROGRAMADA DE LA CONSULTA EXTERNA DE GINECOLOGIA PARA REALIZACION DE PROCEDIMIENTO QX TIPO CESAREA, SE ORDENA PREPARAR PARA PROCEDIMIENTO

Evolución realizada por : NIZA RAQUEL SUAREZ RUEDA Especialidad:GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

ECOGRAFIA - Fecha: 03/08/2022 13:21:04

EVOLUCION SOAP MEDICO

ANALISIS

PACIENTE DE SEXO FEMENINO DE 18 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE:

- POP DE CESAREA SEGMENTARIA TRANSPERITONEAL DEL DIA 03/08/2022 HORA: 12:30PM
- RECIEN NACIDO UNICO VIVO AL LADO MATERNO SEXO MASCULINO NACIDO VIVO #220536100203659
- PUERPERIO INMEDIATO

SUBJETIVO:PACIENTE REFIERE SENTIRSE BIEN, ESTABLE, REFIERE LEVE DOLOR A NIVEL DE HERIDA QUIRURGICA, NIEGA CEFALEA, NAUSEAS,VOMITOS, DIFICULTAD RESPIRATORIA, DOLOR TORACICO NI ABDOMINAL NI OTRA SINTOMATOLOGIA ASOCIADA.

OBJETIVO:

TA: 115/75 MMHG FC: 80 LPM FR: 18 RPM SAO2: 96 % A 02 AMBIENTE T: 36.4°C

NORMOCEFALO, PARPADOS MUCOSAS HUMEDAS, ANICTERICAS, CUELLO MOVIL, SIMETRICO, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN, NO ADENOPATIAS NI MASAS, TORAX SIMETRICO, EXPANSIBLE, MURMULLO VESICULAR PRESENTE EN AMBOS CAMPOS, SIN AGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS APARENTES. ABDOMEN CON: PERISTAUS PRESENTE, BLANDO, DEPRESIBLE CON HERIDA QUIRURGICA CUBIERTA CON APOSITOS LIMPIOS, SIN ESTIGMAS DE SANGRADO, SIN SANGRADO ACTIVO, CON LEVE DOLOR A LA PALPACION, BOLO DE SEGURIDAD DE PINARD NORMOTÓNICO E INFRAUMBILICAL, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL. GENITOURINARIO NORMOCONFIGURADOS CON LOQUIOS ESCASOS. EXTREMIDADES EUTRÓFICAS, SIMÉTRICAS, SIN EDEMA NI DOLOR A LA MOVILIZACIÓN, LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEG, PULSOS PRESENTES. ENC CONSCIENTE, ALERTA, ORIENTADA, SIN DÉFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE. GLASGLOW 15/15.

ANALISIS: MATERNA EN SU POSOPERATORIO INMEDIATO DE CESAREA CON PUERPERIO FISIOLOGICO, EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ESTABLE HEMODINÁMICAMENTE, AFEBRIL, CON BUEN PATRÓN RESPIRATORIO, CON BOLO DE SEGURIDAD DE PINARD NORMOTÓNICO E INFRAUMBILICAL, LOQUIOS ESCASOS, SE ORDENA TRASLADO A HOSPITALIZACIÓN AL RECUPERAR DE ANESTESIA.

*** ORDENES MEDICAS POS QUIRURGICA ***

- TRASLADAR A SALA DE HOSPITALIZACIÓN
- ALOJAMIENTO CONJUNTO CON RECIEN NACIDO
- NADA VIA ORAL LAS PRIMERAS SEIS HORAS, LUEGO PROBAR CON LIQUIDOS CLAROS Y SI TOLERA DAR DIETA LIQUIDA
- LEV: 65ML 0,9% 1000 CC PASAR IV A 60 GOTAS/HORA
- OXITOCINA AMPOLLA 20 UDS EN 500 CC DE SSN 0,9%, PASAR IV EN LAS PRIMERAS 6 HORAS DESPUÉS DE PROCEDIMIENTO.
- DIFIRONA AMPOLLA 2,5 GR, APLICAR 1 AMPOLLA IV CADA 8 HORAS
- VIGILAR BOLO DE SEGURIDAD DE PINARD Y SANGRADO POR GENITALES EXTERNOS
- CONTROL DE SIGNOS VITALES LAS DOS PRIMERAS HORAS CADA MINUTOS Y LUEGO CADA 4 HORAS

Usuario: NGONZALEZMATALY PAOLA GONZALEZ MARRUGO

Scanned with CamScanner

CLINICA LA ERMITA

900491883 - 7

EPICRISIS

1. DATOS GENERALES E IDENTIFICACION

1001978556

HISTORIA CLINICA No. 1001978556
Cedula 1001978556 DIANA MARCELA JULIO SALAS Edad 18 Años Sexo Femenino

INGRESO Fec: 03/08/2022 07:31 EGRESO Fec: 04/08/2022 12:11
Atn. Ingreso HOSPITALIZACION Atn. Egreso HOSPITALIZACION
Pabellon Evolución: 654 CIRUGIA CONCEPCION

- ANOTAR Y AVISAR CAMBIOS

Evolucion realizada por : NIZA RAQUEL SUAREZ RUEDA Especialidad GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

ECOGRAFIA - Fecha: 03/08/2022 14:28:14

PLAN Y MANEJO

PACIENTE DE 18 AÑOS, G1P0 CON EMBARAZO DE 36.6 SEMANAS X ECO + FETO VIVO + RIESGO E SERCONVERSION PARA TOXOPLASMA+ PRIMIGESTANTE ADOLESCENTE + FETO GRANDE PARA LA EDAD GESTACIONAL + SOBREPESO + FOCO ECOGENICO CARDIACO EN VI + ARO

PREPARAR PARA PROCEDIMIENTO

NADA VIA ORAL

LEV

PROFILAXIS ATB

TRASLADAR A SALA DE QX

Evolucion realizada por : NIZA RAQUEL SUAREZ RUEDA Especialidad GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

ECOGRAFIA - Fecha: 04/08/2022 01:43:42

6. EXAMEN DE APOYO Y DIAGNÓSTICO

Cantidad	Descripción	Observaciones
1	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES NEONATAL	

Fecha de Orden: 03/08/2022
RESULTADOS:
FECHA Y HORA DE APLICACION: / / 00:00:00
REALIZADO POR:

1 PRUEBA NO TREPONEMICA MANUAL
Fecha de Orden: 03/08/2022
RESULTADOS:
FECHA Y HORA DE APLICACION:03/08/2022 15:43:43
PRUEBA NO TREPONEMICA MANUAL :NO REACTIVO -TECNICA EMPLEADA : REALIZADO POR : KENDY MELENDEZ SERRANO
INTERPRETACION
OK

1 HEMOCLASIFICACION SISTEMA RH (ANTISUERO RH D) EN TUBO
Fecha de Orden: 03/08/2022
RESULTADOS:
FECHA Y HORA DE APLICACION:03/08/2022 15:48:50
HEMOCLASIFICACION SISTEMA RH :POSITIVO -TECNICA EMPLEADA : REALIZADO POR : KENDY MELENDEZ SERRANO
INTERPRETACIÓN
OK

Usuario: NGONZALEZATALY PAOLA GONZALEZ MARRUGO

CLINICA LA ERMITA

900491883 - 7

EPICRISIS

1. DATOS GENERALES E IDENTIFICACION

1001978556

HISTORIA CLINICA No. 1001978556
Cedula 1001978556 DIANA MARCELA JULIO SALAS Edad 18 Años Sexo Femenino

INGRESO Fec: 03/08/2022 07:31 EGRESO Fec: 04/08/2022 12:11
Atn. Ingreso HOSPITALIZACION Atn. Egreso HOSPITALIZACION
Pabellon Evolución: 654 CIRUGIA CONCEPCION

1 HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO DIRECTA (HEMOCLASIFICACION GLOBULAR) EN TU
Fecha de Orden: 03/08/2022
RESULTADOS:
FECHA Y HORA DE APLICACION:03/08/2022 15:48:50
HEMOCLASIFICACION SITEMA ABO DIRECTA :AB -TECNICA EMPLEADA : REALIZADO POR : KENDY MELENDEZ SERRANO
INTERPRETACIÓN
OK

7. MEDICAMENTOS FORMULADOS

Cantidad	Dosis	Descripción
1,00	1,00 MILIGRAMO	ATROPINA SULFATO 1 MG/ML SOLUCION INYECTABLE
2,00	2,00 MILIGRAMO	ACIDO TRANEXAMICO 500 MG/5 ML SOLUCION INYECTABLE
2,00	2,00 MILILITRO	SOLUCION SALINA 0.9% 100 ML SOLUCION INYECTABLE (CLORURO)
4,00	4,00 UNIDAD	SOLUCION SALINA 0.9% 500 ML SOLUCION INYECTABLE
2,00	2,00 GRAMO	CEFAZOLINA 1 G SOLUCION INYECTABLE
1,00	1,00 AMPOLLA	METOCLOPRAMIDA (CLORHIDRATO) 10 MG/2 ML SOLUCION INYECTABLE
1,00	1,00 MILIGRAMO	FITOMENADIONA (VITAMINA K1) 10 MG/1 ML SOLUCION INYECTABLE
1,00	1,00 MILILITRO	SOLUCION LACTATO DE RINGER 500 ML
1,00	1,00 MILIGRAMO	ETILEFRINA 10 MG/ML SOLUCION INYECTABLE
2,00	2,00 MILILITRO	OXITOCINA 10 U.I/ML SOLUCION INYECTABLE
1,00	1,00 UNIDAD	DICLOFENACO SODICO 75MG / 3ML
1,00	1,00 MILIGRAMO	FENTANILO CITRATO 0,5 MG/10 ML SOLUCION INYECTABLE
1,00	1,00 PORCENTUAL	BUPIVACAINA + DEXTROSA 0.5% SOLUCION INYECTABLE
1,00	1,00 MILIGRAMO	TRAMADOL CLORHIDRATO 50 MG/ML SOLUCION INYECTABLE
1,00	1,00 GRAMO	DIPIRONA SODICA 2,5 G/5 ML SOLUCION INYECTABLE
1,00	1,00 MILIGRAMO	HALOPERIDOL 5 MG/ML SOLUCION INYECTABLE
2,00	2,00 UNIDAD	CATETER INTRAVENOSO
1,00	1,00 AMPOLLA	OXITOCINA 10 U.I/ML SOLUCION INYECTABLE
4,00	1,00 AMPOLLA	DIPIRONA SODICA 2,5 G/5 ML SOLUCION INYECTABLE
1,00	1,00 AMPOLLA	MEDROXIPROGESTERONA ACETATO 150 MG SUSPENSION INYECTABLE

8. CONDICIONES GENERALES DE EGRESO

EVOLUCIONES

04/08/2022 12:07:20 E0353 NATALY PAOLA GONZALEZ MARRUGO

EVOLUCION GINECOOBSTETRICA
PACIENTE FEMENINA DE 18 AÑOS CON IDX:
1. POP DE CESAREA ST (03/08/2022 - 12:50 HRS)
2. RECIEN NACIDO UNICO VIVO AL SEXO MATERNO (NV 3206331010/03/2041

Usuario: NGONZALEZATALY PAOLA GONZALEZ MARRUGO

Scanned with CamScanner

1. DATOS GENERALES E IDENTIFICACION

1001978556

HISTORIA CLINICA No. 1001978556
Cedula 1001978556 DIANA MARCELA JULIO SALAS
Edad 16 Años
Sexo Femenino

INGRESO Fec: 03/08/2022 07:31 EGRESO Fec: 04/08/2022 12:11
Atn. Ingreso HOSPITALIZACION Atn. Egreso HOSPITALIZACION
Pabellon Evolución: 654 CIRUGIA CONCEPCION

2. PUERPERIO MEDIATO FISIOLOGICO
SU PACIENTE MANIFIESTA SENTIRSE BIEN, TOLERANDO VÍA ORAL, OXIGENO AMBIENTE Y DEAMBULACION, CON LOQUIOS HEMÁTICOS ESCASOS BUEN MANEJO DEL DOLOR A NIVEL DE HERIDA QUIRÚRGICA, NIEGA FIEBRE, NIEGA SIGNOS DE INFECCION LOCAL U OTROS SÍNTOMAS ASOCIADOS.
CUTA: 114/74 MMHG FC: 76 LXMIN FR: 17 RXMIN T: 36.4 °C
NORMOCEFALO MUCOSAS HUMEDAS CUELLO SIN ADENOPATIAS PALPABLES, TORAX NORMOEXPANSIBLE, MAMAS TURGENTES PRODUC NO CONGESTIVAS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, MURMULLO VESICULAR UNIVERSAL SIN SOBREAGREGADOS, ABDOMEN UTERO EN INVOLUCION POR DEBAJO DE CICATRIZ UMBILICAL, NORMOTONICO, BLANDO DEPRESIBLE CON LEVE DOLOR EN REGION DE HIPOGASTRIO SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, HERIDA QUIRURGICA SIN SIGNOS DE INFECCION LOCAL, NO DEHISCENCIA DE SUTURA, NO HEMATOMAS, GENITALES NORMOCONFIGURADOS LOQUIOS HEMATICOS ESCASOS, NO FETIDOS, EXTREMIDADES SIN EDEMA, PULSOS DISTALES PRESENTES, BUEN LLENADO CAPILAR, ENC CONCIENTE, ALERTA, ORIENTADA, SIN DEFICIT SENSITIVO O MOTOR APARENTE.
AP PACIENTE FEMENINA EN SU POP DE CESAREA QUIEN ES VALORADA EN RONDA MEDICA ENCONTRANDO EN EL MOMENTO PACIENTE ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, AFEBRIL, SIN DIRS, CON SIGNOS VITALES DENTRO DE PARAMETROS, CIFRAS TENSIONALES SIN RIESGO DE SEVERIDAD, SIN PREMONITORIOS, CON DOLOR LEVE EN HERIDA QUIRURGICA, BUEN GOLO DE SEGURIDAD DE PINARD Y LOQUIOS HEMATICOS ESCASOS; A QUIEN DADA EVOLUCIÓN CLÍNICA SATISFACTORIA DE SU PUERPERIO SE ORDENA DAR EGRESO CON MANEJO MEDICO, RECOMENDACIONES GENERALES, SIGNOS DE ALARMA PARA INGRESO A URGENCIAS, CITA CONTROL CON GINECOLOGIA, SE EDUCA AL PACIENTE Y FAMILIAR QUIENES ENTIENDEN Y ACEPTAN, SE EDUCA PACIENTE SOBRE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR INDICADOS EN PUERPERAS EN RELACION A LACTANCIA MATERNA, SE EXPLICA PREVENCION DE EMBARAZOS TEMPRANOS RIESGO MATERNO, ACEPTA INICIO DE METODO DE PLANIFICACION TRIMESTRAL (ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA) LA CUAL ES APLICADA PREVIO AL ALTA Y DEBE CONTINUAR CADA 3 MESES SI DECIDE CONTINUAR CON IGUAL METODO, SE DA CITA CONTROL POR PLANIFICACION FAMILIAR, SE ORIENTA EN EL USO DE METODOS DE BARRERA PARA PREVENCION DE ETS.
------PLAN DE MANEJO
SE DA ALTA MEDICA CON:
-ACETAMINOFEN 500 MG VIA ORAL CADA 6 HORAS POR DOLOR POR 7 DIAS
-SULFATO FERROSO TABLETA 300 MG VIA ORAL CADA 24 HORAS
-IBUPROFENO TABLETA 400 MG VIA ORAL CADA 8 HORAS POR 6 DIAS
-CEFALEXINA TAB 500MG VO CADA 8 HORAS POR 7 DIAS.
-MEDROXIPROGESTERONA AMP APLICADA PREVIO AL ALTA, CONTINUAR CADA 3 MESES (PROXIMA 03/11/22) SI DECIDE CONTINUAR CON IGUAL METODO DE PLANIFICACION
-CITA POR PLANIFICACION FAMILIAR
-CITA CONTROL CONSULTA EXTERNA DE GINECOLOGIA EN 10 DIAS
-RETIRO DE PUNTOS EN 10 DÍAS POR EPS
-RECOMENDACIONES GENERALES: LAVADO DE HERIDA QUIRÚRGICA CON AGUA Y JABÓN , MANTENER HERIDA LIMPIA Y SECA, NO APLICAR CREMAS, DEAMBULAR, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (TAPABOCAS)
-SIGNOS DE ALARMA: ACUDIR A URGENCIAS EN CASO DE : DOLOR ABDOMINAL INTENSO QUE NO CEDE A ANALGÉSICO, SANGRADO VAGINAL FETIDO Y ABUNDANTE, FIEBRE QUE NO CEDE A ACETAMINOFEN, SINTOMATOLOGIA URINARIA, DOLOR DE CABEZA, VISIÓN BORROSA ZUMBIDO EN OÍDOS, TENSIÓN ARTERIAL MAYOR O IGUAL A 140/90.

Usuario:GONZALEZNATALY PAOLA GONZALEZ MARRUGO

CLINICA LA ERMITA
900491883 -7
EPICRISIS
Admision
Pag: 10 de 10
Fecha: 04/08/22

1. DATOS GENERALES E IDENTIFICACION

1001978556

HISTORIA CLINICA No. 1001978556
Cedula 1001978556 DIANA MARCELA JULIO SALAS
Edad 16 Años
Sexo Femenino

INGRESO Fec: 03/08/2022 07:31 EGRESO Fec: 04/08/2022 12:11
Atn. Ingreso HOSPITALIZACION Atn. Egreso HOSPITALIZACION
Pabellon Evolución: 654 CIRUGIA CONCEPCION

Medicamentos Formulados del Egreso

Cantidad	Dosis	Descripción
1,00	1,00 MILIGRAMO	ATROPINA SULFATO 1 MG/ML SOLUCION INYECTABLE
2,00	2,00 MILIGRAMO	ACIDO TRANEXAMICO 500 MGS ML SOLUCION INYECTABLE
2,00	2,00 MILILITRO	SOLUCION SALINA 0,9% 100 ML SOLUCION INYECTABLE (CLORURO)
2,00	4,00 UNIDAD	SOLUCION SALINA 0,9% 500 ML SOLUCION INYECTABLE
2,00	2,00 GRAMO	CEFAZOLINA 1 G SOLUCION INYECTABLE
1,00	1,00 AMPOLLA	METOCLOPRAMIDA (CLORHIDRATO) 10 MG/2 ML SOLUCION INYECTABLE
1,00	1,00 MILIGRAMO	FITOMENADIONA (VITAMINA K1) 10 MG/1 ML SOLUCION INYECTABLE
1,00	1,00 MILILITRO	SOLUCION LACTATO DE RINGER 500 ML
1,00	1,00 MILIGRAMO	ETILEFRINA 10 MG/ML SOLUCION INYECTABLE
2,00	2,00 MILILITRO	OXITOCINA 10 UI/ML SOLUCION INYECTABLE
1,00	1,00 UNIDAD	DICLOFENACO SODICO 75MG/3 ML
1,00	1,00 MILIGRAMO	FENTANILO CITRATO 0,5 MG/10 ML SOLUCION INYECTABLE
1,00	1,00 PORCENTUAL	BUPIVACAINA + DEXTROSA 0,5% SOLUCION INYECTABLE
1,00	1,00 MILIGRAMO	TRAMADOL CLORHIDRATO 50 MG/ML SOLUCION INYECTABLE
1,00	1,00 GRAMO	DIPIRONA SODICA 2,5 GR/ ML SOLUCION INYECTABLE
1,00	1,00 MILIGRAMO	HALOPERIDOL 5 MG/ML SOLUCION INYECTABLE
2,00	2,00 UNIDAD	CATETER INTRAVENOSO #
1,00	1,00 AMPOLLA	OXITOCINA 10 U.I/ML SOLUCION INYECTABLE
4,00	1,00 AMPOLLA	DIPIRONA SODICA 2,5 GR/ ML SOLUCION INYECTABLE
1,00	1,00 AMPOLLA	MEDROXIPROGESTERONA ACETATO 150 MG SUSPENSION INYECTABLE
30,00	1,00 TABLETA	SULFATO FERROSO 300 MG TABLETA O CAPSULA
21,00	1,00 TABLETA	CEFALEXINA 500 MG TABLETA O CAPSULA
21,00	1,00 TABLETA	IBUPROFENO 400 MG TABLETA
28,00	1,00 UNIDAD	ACETAMINOFEN 500MG TABLETA

Órdenes Médicas

Cantidad	Descripción	Observaciones

NATALY PAOLA GONZALEZ MARRUGO
Reg. 1047442569
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Usuario:GONZALEZNATALY PAOLA GONZALEZ MARRUGO

Scanned with CamScanner

CLINICA GENERAL DEL CARIBE S.A.

Identificación Interna: 900233294
Cód. Habilitación: 1300100045 01
Dirección: La Castellana Sector Contadora Transv. 71B No. 31-67 Teléfono: 6943373-6932462-6931770

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de Impresión: 17/08/2022 14:09
Centro de atención: 01 - CLINICA GENERAL DEL CARIBE
Paciente: CC 1043636431 - LEIDIS JOHANA MORELO OSPINO
Fecha de Nacimiento: 11/01/2003
Religión:
Régimen: 2 - Subsidiado
Dirección: JOSE ANTONIO GALAN MZ 14 LT 41
Teléfono: 3016784798
Ocupación: 531: AMAS DE CASA
Acompañante: -
Teléfono Acomp.:
Dirección Acomp.:
Responsable:
Teléfono Resp.:
Dirección Resp.:
Médico Tratante: JERONIMO CUESTA CASTRO
Administradora: MUTUAL SER E.S.S.

Fecha de Atención: 17/08/2022 14:09
Admisión: AD656557
Edad: 19 año(s) 7 mes(es) y 6 día.
Oreencia:
Nivel: 1
Lugar: Cartagena Bolívar
Parentesco Acomp.:
Parentesco Resp.:

Sexo: F
Estado Civil: Soltero
Carnet:
Especialidad: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
Tipo Vinculación: Beneficiario

EPICRISIS

Historia Clínica:
Fecha de Ingreso: Ingreso de Urgencias 15/08/2022 16:53
Cama: CM291

SÍNTESIS DE LA ENFERMEDAD:

ENFERMEDAD ACTUAL:
CIENTE QUE INGRESA CON EMBARAZO DE 39 SEMANAS POR FUM, QUIEN INGRESA CON CUADRO CLINICO CONSISTENTE EN DOLOR ABDOMINAL DE 2 DIAS DE EVOLUCION, NIEGA FIEBRE, NIEGA SINTOMAS URINARIOS
EXAMEN FÍSICO:
Apariencia a su llegada:
CONCIENTE, RESPONDE A ESTIMULOS
- Cráneo, cara y cuello:
NORMAL
- Tórax:
NORMAL
- Abdomen:
ABDOMEN GLOBOSO POR UTERO GRAVIDO, ALTURA UTERINA DE 36 CM, MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES, FETOCARDIA 150 LT/MN
- Piel y faneras:
NORMAL
- Genito - urinario:
NORMOCONFIGURADO, SIN ESTIGMAS DE SANGRADO, CUELLO UTERINO CORTO, BLANDO, PERMEABLE AL PULPEJO
- Extremidades:
NORMAL
- Sistema nervioso central:
NORMAL

DIAGNÓSTICOS DE ENTRADA:

Diagnóstico Principal: Z321 : EMBARAZO CONFIRMADO
Diagnóstico Relacionado 1: R103 : DOLOR LOCALIZADO EN OTRAS PARTES INFERIORES DEL ABDOMEN

RESUMEN:

PACIENTE CON EVOLUCION FAVORABLE DEL PUERPERIO INMEDIATO CUMPLIENDO 24 HRS DE ESTANCIA HOSPITALARIA EN CONJUNTO CON RECIEN NACIDO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE SIN SIGNOS DE VASOESPASMO, ESCASOS LOQUIOS HEMATICOS, BUEN TONO UTERINO, POR EVOLUCION CLINICA SATISFACTORIA SE DECIDE DAR DE ALTA MEDICA CON CITA CONTROL, FORMULA MEDICA RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTAR A URGENCIAS

COMPLICACIONES:

NO

Fecha de Egreso: 17/08/2022 13:58 Motivo de Salida: Alta Estado a la Salida: Vivo

DIAGNÓSTICOS DE SALIDA:

Diagnóstico Principal: O809 : PARTO UNICO ESPONTANEO, SIN OTRA ESPECIFICACION
Diagnóstico Relacionado 1: Z370 : NACIDO VIVO, UNICO

PLAN ATENCIÓN INTEGRAL POR MEDICINA:

Tratamiento Farmacologico:
NALGESICO Y ATB ORAL
Recomendaciones Adicionales:
A LECHE MATERNA ES UN ALIMENTO PERFECTO, ES EL ÚNICO QUE PROTEGE AL NIÑO CONTRA ENFERMEDADES.
OMAR BASTANTES LÍQUIDOS PARA PRODUCIR MÁS LECHE
. NIÑO DEBE MAMAR CÚANDO QUIERA, DE DÍA Y DE NOCHE POR LO MENOS 8 A 10 VECES EN 24 HORAS.
RE Y CONSIENTA AL NIÑO DURANTE EL AMAMANTAMIENTO.
SUCCIÓN ESTIMULA LA PRODUCCIÓN DE LECHE
AMBULAR
VADO DIARIO DE LA HERIDA CON AGUA Y JABÓN
TIRO DE PUNTOS EN 8 DÍAS EN PUESTO DE SALUD MÁS CERCANO
NTENER SOSTEN LIMPIO
LA CITA DE CONTROL INDAGAR SOBRE LA PLANIFICACION FAMILIAR.
GISTRAR AL RECIEN NACIDO ANTES DEL MES DE VIDA
IER EN CUENTA LOS GRUPOS DE APOYO FAMILIAR (FAMI, ICBF)
ADOS DE MANOS FRECUENTES

SYSNET ®

Scanned with CamScanner

CLINICA GENERAL DEL CARIBE S.A.
Identificación Interna: 900233294
Cód. Habilitación: 130010204801
Dirección: La Castellana Sector Contadora Transv. 71B No. 31-67 Teléfono: 6943373-6932462-6931770

INFORMACIÓN GENERAL

echa de Impresión: 17/08/2022 14:07
Fecha de Atención: 17/08/2022 14:07
Admisión: AD656557
aciente: CC 1043636431 MORELO OSPINO LEIDIS JOHANA
Administradora: MUTUAL SER E.S.S.
dad: 19 año(s), 7 mes(es) 6 dia(s)
édico Tratante: JERONIMO CUESTA CASTRO
Especialidad: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
iagnóstico Principal: O809 - PARTO UNICO ESPONTANEO, SIN OTRA ESPECIFICACION
Unidad Funcional: HOSPI-SALA DE PARTO

MEDIDAS GENERALES

ódigo orden: PRM2269698

Indicaciones

) PLAN:

- ALTA MEDICA POR GINECOLOGIA

- ACETAMINOFEN TABLETA 500 MG

USO: TOMAR 1-2 TABLETA VIA ORAL CADA 6 HORAS POR DOLOR

- SULFATO FERROSO TAB DE 300 MG

USO: TOMAR 1 TABLETA DIA ORAL DIA POR 1 MES

- CEFRADINA TABLETA 500 MG

USO: TOMAR 1 TABLETA VIA ORAL CADA 6 HORAS POR 7 DIAS

-PENICILINA G BENZATINICA 2.400.000IM #2

USO:APLICAR 1 AMP IM SEMANAL (APLICAR SEGUNDA DOSIS 23 AGOSTO 2022, 30 AGOSTO 2022 APLICAR 3 DOSIS)

- SE DAN 18 PRACTICAS SALUDABLES Y TARJETA MADRE

- CITA CONTROL CONSULTA EXTERNA GINECOLOGIA EN 8 DIAS DR EDWARD

- CITA CONTROL POR CONSULTA EXTERNA PARA PLANIFICACION FAMILIAR (IMPLANTE SUBDERMICO JADELLE)

MEDROXIPROGESTERONA ACETATO SOLUCIÓN INYECTABLE 150 MG / 3 ML

- RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTAR A URGENCIA: BUENA HIGIENE EN GENITALES CON AGUA Y JABON, REPOSO FISICO Y SEXUAL, BUENA ALIMENTACION A BASE DE FRUTAS Y VERDURA, BUENA HIDRATACION, ACUDIR A URGENCIA EN CASO DE DOLOR QUE NO MEJORE CON ANALGESICOS, FIEBRE, SENOS ROJOS, CALIENTES Y CON MASAS, SANGRADO ABUNDANTE O FETIDO POR VAGINA, DOLOR DE CABEZA INTENSO, QUE VEA LUCES, QUE ESCUCHE PITOS O ZUMBIDOS, QUE SE HINCHE LA CARA MANOS O PIES, DOLOR INTENSO EN BOCA DEL ESTOMAGO.

-IMPORTANCIA DE LALACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA LOS PRIMEROS 6 MESES Y LUEGO CONTINUARLA DE LOS 6 MESES AL AÑO DE VIDA SE LE INCREMENTA LA ALIMENTACION Y SE CONTINUA CON EL SENO AL AÑO EL NIÑO, EL DEBE COMER LO QUE COMEN EN LA CASA Y SE LE CONTINUA EL SENO HASTA LOS 2 AÑOS VENTAJA DE LACTANCIA MATERNA: PROTEGE AL NIÑO DE INFECCIONES, LE ESTIMULA LA INTELIGENCIA, ALIMENTO DE FACIL ACCESO, DISMINUYE RIESGO EN LA MUJER DE CANCER DE MAMA Y OVARIO.

Orden Externa

JERONIMO CUESTA CASTRO
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
9076688

Scanned with CamScanner

Fecha de Impresión: 17/08/2022 02:09:08 p.m.

INFORMACIÓN GENERAL

Administradora: MUTUAL SER E.S.S.

Fecha de Atención: 17/08/2022 14:09

Paciente: CC 1043636431 - LEIDIS JOHANA MORELO OSPINO

Admisión: ADSS6557

EPICRISIS

SIGNOS DE ALARMA

CONSULTAR A URGENCIAS SI NOTA LO SIGUIENTE:
FIEBRE (TEMPERATURA CON TERMOMETRO MAYOR DE 38°C)
HERIDA CON BORDES ROJOS, CALIENTES, SECRECION DE PUS O SANGRADO ABUNDANTE.
SANGRADO GENITAL ABUNDANTE O FETIDEZ
SENOS ROJOS, CALIENTES Y CON MASAS.
DOLOR ABDOMINAL, VOMITO O DIARREA

Atención Brindada en Enfermería: No

JERONIMO CUESTA CASTRO
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
9076688

SYSNET

Scanned with CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

I-6.MO12.FP	29/05/2015
Versión 5	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública	

Hoja ___ de ___

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Fundacion de la Comunidad Unida Gustavo Martinez Caltyn
NIT: _800189920-5
MES: SEPTIEMBRE
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: DIMF
NÚMERO DE CONTRATO:1300193202I
AÑO:2022

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLIVAR
Nombre Agente Educativo (a) ___ELIS CERVANTES___
Codigo CUENTAME UDS: 1300109135028
Dirección UDS: 9 DE ABRIL CALLE 36C # 49C - 28
Centro Zonal HISTORICO Y DEL CARIBE NORTE
CC___33333756___
Municipio: CARTAGENA
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atencion___PIEDRA DE BOLIVAR FAMILIAR 2___
Telefono UDS: 3114039405

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Cadan	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA)	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	CC	45558710	KAREN	MARGARITA	ALBORNOZ	CARREAZO	38	7	P P P P		4	
02	CC	1002497099	MARILEIDIS		AGUILERA	BENAVIDES	28	11	A A A A	4		
03	TI	1043644361	DAILETH	VANESSA	MONTALVO	PEREZ	17	4	A A A A	4		
04	CC	1047416711	LINETH	DEL CARMEN	BANQUET	SOLANO	33	7	A A A A	4		
05	CC	1007314631	YEISI		MAZA	ROMERO	18	11	A A A A	4		
06	RC	1043342096	MARIANA	SOFIA	TORRES	BLANCO	0	3	A A I A	3	1	
07	RC	1044020859	JUAN	FRANCISCO	MANCILLA	NARVAEZ	0	3	A A A A	4		
08	RC	1047520636	MATHIAS	SALVADOR	MORENO	BELTRAN	0	5	A A A A	4		
09	RC	1044020142	SALVADOR	DAVID	MONIT	MARTINEZ	0	4	A A A A	4		
10	RC	1044020496	ASLIN	SOFIA	MACHACON	AGUILAR	0	5	I A A A	3	1	
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

TOTAL 44 | 6

Verificación De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES: 5
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES: 0
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES: 5

RANDY JOSE POMARES GUERRERO
COORDINADOR(A) EA

ELIS CERVANTES
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

FAMI012.P07	29/05/2018
Version 5	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Publica	

Hoja ___ de ___

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Fundacion de la Comunidad Unida Gustavo Martinez Caffyn
NIT: _800189920-5
MES: SEPTIEMBRE
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: DIMF
NUMERO DE CONTRATO: 13001972021
AÑO: 2022

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLIVAR
Nombre Agente Educativo (a): ___ELIS CERVANTES___
Código CUENTAME UDS: 1300100135028
Dirección UDS: 9 DE ABRIL CALLE 36C # 49C -28
Centro Zonal: HISTORICO Y DEL CARIBE NORTE
CC___30333756___
Municipio: CARTAGENA
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atencion___PIEDRA DE BOLIVAR FAMILIAR 2___
Teléfono UDS: 3114339405

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA: TIPO DOC	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS: PRIMERA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES, SABADO)	SEGUNDA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES, SABADO)	TERCERA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES, SABADO)	CUARTA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES, SABADO)	QUINTA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES, SABADO)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1044018097	LIAM	GAEL	GUERRERO	LUGO	1	4	A A A	A A A	A A A	A A A		4		
02	RC	1044016585	ROSBELI	SOFIA	HINCAPIE	BARRIOS	1	5	A A A	A A A	A A A	A A A		4		
03	RC	1142954047	DERECK	YERIEL	POLO	POLO	1	6	A A A	A A A	I A A	A A A		3	1	
04	RC	1044017218	NOLLAN	JOSE	SOSSA	HERNANDEZ	1	2	A A A	A A A	A A A	A A A		4		
05	RC	1044016413	JANNA	SOFIA	SANTAMARIA	GARCIA	1	5	A A A	I A A	A A A	A A A		3	1	
06	RC	1047519563	JOSIAN	FERNEY	CASTILLO	LOPEZ	1	5	A A A	A A A	A A A	A A A		4		
07	RC	1044014966	BLAYNER	SANTIAGO	CHICO	AMADO	2	0	A A A	A A A	A A A	A A A		4		
08	RC	1044016286	BRITANNIE	ESTER	PUELLO	PEREZ	1	8	A A A	A A A	A A A	A A A		4		
09	RC	1201283372	THIAGO	JOSE	PEREZ	BORJA	2	3	A A A	A A A	A A A	A A A		4		
10	RC	1235050880	NOHELIA	LUCIA	PAJARO	REINERO	1	5	A A A	A A A	A A A	A A A		4		
11	RC	1143419831	EITHAN	DAVID	MARRUGO	GUERRERO	1	11	A A A	A A A	A A A	A A A		4		
12	RC	1044015465	JOEL	DAVID	AGUIRRE	BLANCO	1	11	A A A	I A A	A A A	A A A		3	1	
13	RC	1143419794	YERIK	DAVID	ZAMORA	GALVIS	1	9	A A A	A A A	I A A	A A A		3	1	
14	RC	1048468185	AMANDA	MARCELA	MACHACON	AGUILAR	1	11	A A A	A A A	A A A	A A A		4		
15	RC	1044016270	JEAN	PAUL	PITALUA	ALVAREZ	1	10	A A A	A A A	A A A	A A A		4		
16	RC	1044015736	GIANNA	SOPHIA	SANCHEZ	JULIO	1	9	A A A	A A A	A A A	A A A		4		
17	RC	1242389197	BRYANT	MATIAS	NAVARRO	CASTILLOI	1	9	T A A	A A A	A A A	A A A		3	1	
18	RC	1044015288	ZASHARY	SOFIA	REYES	PALENCIA	1	9	A A A	A A A	A A A	A A A		4		
19	RC	1044015640	MOISES	MANUEL	SOLORZANO	DE HOYOS	1	9	A A A	A A A	A A A	A A A		4		
20	RC	1044015405	LYZ	SOFIA	ORTEGA	PALENCIA	1	9	A A A	A A A	A A A	A A A		4		
21																
22																
23																
24																
25																
													TOTAL	75	5	

Verificación De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES: 0
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES: 30
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES: 0

RANDY JOSE POMARES GUERRERO
COORDINADOR(A) EA

Elis cervantes
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

FR.MC.12.FP	23/03/2018
Versión: 1	Página: 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Fundacion de la Comunidad Unida Gustavo Martinez Caffyn
NIT: _800189920-5
MES: SEPTIEMBRE
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: DIMF
NÚMERO DE CONTRATO:1300193202I
AÑO:2022

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLIVAR
Nombre Agente Educativo (a) ___ELIS CERVANTES___
Código CUENTAME UDS: 1300100135028
Dirección UDS: 9 DE ABRIL CALLE 36C # 49C - 26
Centro Zonal: HISTORICO Y DEL CARIBE NORTE
CC___33330756___
Municipio: CARTAGENA
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención___PIEDRA DE BOLIVAR FAMILIAR 2___
Teléfono UDS: 3114339405

Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No de Orden	TIPO DOC	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS — PRIMERA: LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SEGUNDA: LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	TERCERA: LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	CUARTA: LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	QUINTA: LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES																												
01	RC	1044018954	SARA	SOFIA	RAMIREZ	REINERO	0	8			A			A			A			A			A			A			A			5		
02	RC	1047520247	JAZIEL		YEPES	PERALTA	0	8			A			A			A			A			A			A			A			5		
03	RC	1137543025	KELIANYS	MARGARITA	LLANOS	CABALLERO	0	8			A			A			A			A			A			A			A			5		
04	RC	1044019043	GIANNA	DEL CARMEN	MEZA	TOVIO	0	9			A			I			A			A			A			A			A			4	1	
05	RC	1044018590	LUCIA	ISABELL	VANEGAS	PEDROZA	0	10			I			A			A			A			A			A			A			4	1	
06	RC	1044018170	SHELIANYS	AINARA	BALBIN	SMAYKLE	0	11			A			A			A			A			A			A			A			5		
07	RC	1143420607	DARIELYS	ISABEL	OBRIAN	BATISTA	0	11			A			A			A			A			A			A			A			5		
08	RC	1044017679	ABEL	EBRAHIM	MORALES	GAMEZ	1	0			A			A			A			A			A			A			A			5		
09	RC	1143420516	MIGUEL	ANGEL	SANCHEZ	BALLESTEROS	1	0			A			A			A			A			A			A			A			5		
10	RC	1043340499	HANNAH	SOPHIA	FUENTES	BENITEZ	1	0			A			A			A			A			A			A			A			5		
11	RC	1044017990	KARIANNY	ISABEL	LORDUY	ACOSTA	1	0			A			A			A			A			A			I			A			4	1	
12	RC	1235051276	YESUS	DANIEL	RODRIGUEZ	VALLE	1	1			A			A			A			A			A			A			A			5		
13	RC	1043340475	FRANCESCA		GUARDELA	AYOLA	1	0			A			A			A			A			A			A			A			5		
14	RC	1044017677	LAURY	DAYANA	LUNA	OCHOA	1	0			A			A			A			A			A			I			A			4	1	
15	RC	1044017066	SAMARY		VARGAS	LARGO	1	2			A			A			A			A			A			I			A			4	1	
16	RC	1044017065	SAMARA		VARGAS	LARGO	1	2			A			A			A			A			A			A			A			5		
17	RC	1143420242	SARA	SOFIA	QUINTERO	RODRIGUEZ	1	2			A			A			A			A			A			A			A			5		
18	RC	1043340133	SEBASTIAN	DE JESUS	VIANA	PEREZ	1	2			A			I			A			A			A			A			A			4	1	
19	RC	1235051323	YORLEYDIS		BELLO	VILLAREAL	1	3			A			A			A			A			A			I			A			4	1	
20	RC	1242389541	MATEO		OROZCO	TOVAR	1	3			A			A			A			A			A			A			A			5		
21																																					
22																																					
23																																					
24																																					
25																																					
																																	TOTAL	113	7	

Verificación De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES: 0
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES: 20
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES: 0

RANDY JOSE POMARES GUERRERO
COORDINADOR(A) EA

Elis Cervantes
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

/22, 15:26 Genesis

Autorización de Servicios

Número 1300100314430

CAJACOPI EPS
NIT: 890.102.044-1
Manzana F lote 1 cra 71 No. 31B-35
PBX: 6502525
CARTAGENA

CE PEDIATRIA

Beneficiario
Nombre: ALBORNOZ CARREAZO HIJODE
Identificacion: CN 22096610070246
Sede Afiliado: CARTAGENA
Direccion: Mz Z Lt 1
Telefonos: 6462199 - 3127806573
Sexo: M
Fecha Afiliacion: 02/09/2022
Contrato Admin: 66
Correo: LAURENTH_23@HOTMAIL.COM
Fecha: 05/09/2022
Nacimiento: 02/09/2022
Regimen: SUBSIDIADO
Modalidad:
Vence: 04/12/2022
Diagnostico: Z370 -
Nivel: 1
Estado AFI: ACTIVO

Reng	Codigo	Servicio	Cantidad
1	890283	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	1

Medico Tratante: SHARON BRAVO

Numero | Fecha 05/09/2022 | Ubic. paciente Consulta Externa | Servicio/cama

Imputable a: Administradora
MIPRES: 0

ESTE VALOR DE AUTORIZACION ESTA SUJETO A AUDITORIA MEDICA

SECCIONAL BOLIVAR AUTORIZADO

Recibo a Satisfacción

Firma del Usuario

Prestador
Identificacion: 900233294
Nombre: CLINICA GENERAL DEL CARIBE SA
Direccion: SECTOR CONTADORA CARRERA 67 No. 31B - 129
Telefono: 6932462- 6810992- 6810998
Ciudad: CARTAGENA

Autorizado por: DR MARMOLEJO HENRY ANTONIO

www.cajacopieps.com

Fecha de impresion: 05/09/2022 15:17
GENESIS

1300100314430

viernes pediatra 9 a.m el 9 de Septiembre.

Scanned with CamScanner

Clínica General del Caribe S.A.

CLINICA GENERAL DEL CARIBE S.A.
Identificación Interna: 900233294
Cód. Habilitación: 1300102004801
Dirección: La Castellana Sector Contadora Transv. 71B No. 31-67 Teléfono: 6043373-6932462-6931770

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de Impresión: 03/09/2022 12:33
Fecha de Atención: 03/09/2022 12:33
Admisión: AD659867
Administradora: CAJA DE DE COMPENSACICA FAMILIAR CAJACOPI ATLANTICO

Paciente: MS 45558710-03 ALBORNOZ CARREAZO HIJO DE KAREN MARGARITA

Edad: 0 año(s), 0 mes(es) 1 dia(s)
Médico Tratante: SHARON BRAVO ORTIZ
Diagnóstico Principal: Z370 - NACIDO VIVO, UNICO
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Unidad Funcional: HOSPITALIZACION 3ER PISO

PROCEDIMIENTOS Y LABORATORIOS CLÍNICOS

Código orden: PRM2281355

#	Código	Nombre	Cantidad
1)	890202	Consulta control o seguimiento por Pediatría	1

Observaciones: CITA POR CONSULTA EXTERNA CON PEDIATRÍA EN 3 DÍAS
Orden Externa

SHARON BRAVO ORTIZ
MEDICINA GENERAL
01893

6937788
Viria La
Presencial

314430

Scanned with CamScanner

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de Impresión: 03/09/2022 12:32
Centro de atención: 01 - CLINICA GENERAL DEL CARIBE
Paciente: MS 45558710-03 - HIJO DE KAREN MARGARITA ALBORNOZ CARREAZO
Fecha de Nacimiento: 02/09/2022
Religión:
Régimen: 2 - Subsidiado
Dirección: ALTOS DE SANICIDRO MZ Z LOTE 3 CALLE DEL PARQUE
Teléfono: 3127806573
Ocupación: 531: AMAS DE CASA
Acompañante: -
Teléfono Acomp.:
Dirección Acomp.:
Responsable:
Teléfono Resp.:
Dirección Resp.:
Médico Tratante: SHARON BRAVO ORTIZ
Administradora: CAJA DE DE COMPENSACION FAMILIAR CAJACOPI ATLANTICO

Fecha de Atención: 03/09/2022 12:32
Admisión: AD659867
Edad: 0 año(s), 0 mes(es) y 1 días.
Creencia:
Nivel: 1
Lugar: Cartagena Bolivar
Parentesco Acomp.:
Parentesco Resp.:

Sexo: M
Estado Civil: Casado
Carnet:
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Tipo Vinculación: Beneficiario

EPICRISIS

Historia Clínica: Notas de Ingreso a Piso
Fecha de Ingreso: 02/09/2022 09:51
Cama: CM220

SÍNTESIS DE LA ENFERMEDAD:
ENFERMEDAD ACTUAL:
undefined
EXAMEN FÍSICO:
undefined
DIAGNÓSTICOS DE ENTRADA:
Diagnóstico Principal: Z370 : NACIDO VIVO, UNICO
RESUMEN:
EVOLUCIÓN DEL RECIÉN NACIDO

PACIENTE RECIEN NACIDO EN SUS PRIMERAS HORAS DEVIDA CON IDX:

-RNT AEG

SUBJETIVO:

EDAD MADRE: 38 AÑOS.

PARIDAD: G3

HEMOCLASIFICACION MATERNA A+

EDAD GESTACIONAL: 38 SEMANAS

APGAR BUENO.

RUPTURA DE MEMBRANAS: INTRAPARTO

PESO:3240 GR, TALLA: 50 CM, PC:37 CM, PT:34 CM, PA: 31 CM

S/ TOLERA ALIMENTACION SIN EMESIS NI DISTENSIÓN ABDOMINAL, DIURESIS Y DEPOSICIONES PRESENTES, NO DISTERMIAS, NO CIANOSIS.

REFIERE SEROLOGIAS DE TORCH Y ECOGRAFIAS NORMALES.

OBJETIVO: FC: 135 X MIN FR: 44 X MIN SATO2 PRE Y POSDUCTAL 99% T 36.5 °C AL AMBIENTE.

EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ANICTERICO, ACIANOTICO, FONTANELA ANTERIOR NORMOTENSA, NORMOCÉFALO, REFLEJO ROJO RETINIANO BILATERAL PALADAR INTEGRO, FOSAS NASALES PERMEABLES, OREJAS BIEN IMPLANTADAS, CUELLO MÓVIL, CARDIOPULMONAR SIN SOPLOS, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA OTROS AGREGADOS. ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE SIN MASAS NI MEGALIAS, CORDÓN UMBILICAL SIN SIGNOS DE INFECCIÓN, GENITALES EXTERNAMENTE NORMOCONFIGURADOS. EXTREMIDADES SIMÉTRICAS SIN EDEMA, PERFUSIÓN ADECUADA. SNC: ACTIVO, REACTIVO. BUEN TONO MUSCULAR, SUCCIÓN ADECUADA REFLEJOS PRIMITIVOS PRESENTES, PIEL SIN TINTE ICTÉRICO.

GS: O+. SEROLOGIA NO REACTIVA

ANÁLISIS: RECIEN NACIDO TERMINO EN SUS PRIMERAS HORAS DE VIDA, REFIERE SEROLOGIAS DE TORCH Y ECOGRAFIAS NORMALES, CON ADECUADO PESO AL NACER Y BUEN APGAR, TOLERANDO VÍA ORAL SIN PROBLEMAS, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA, SIN DISTERMIAS, BUENA COLORACIÓN. ADECUADAS CONDICIONE GENERALES. SE DA EGRESO AL CUMPLIR LAS 24 HORAS DE VIDA. SE EXPLICAN LOS SIGNOS DE ALARMA, SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES DE CUIDADO DE RECIEN NACIDO. SE INSISTE EN LA IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA HASTA LOS 6 MESES. SE DA CITA EN 3 DÍAS CON PEDIATRÍA, SE EXPLICA L SIGNOS DE ALARMA Y LAS RECOMENDACIONES GENERALES DE FORMA CLARA Y SENCILLA A LA MAMA Y REFIERE ENTENDER.

Scanned with CamScanner

Administradora: CAJA DE DE COMPENSACION FAMILIAR CAJACOPI ATLANTICO

Paciente: MS 45558710-03 - HIJO DE KAREN MARGARITA ALBORNOZ CARREAZO

EPICRISIS

PLAN:

- ALTA MÉDICA (AL CUMPLIR 24 HORAS DE VIDA)
- CITA POR CONSULTA EXTERNA CON PEDIATRÍA EN 3 DÍAS
- EDUCACION EN LACTANCIA MATERNA
- RECLAMAR REPORTE DE TSH NEONATAL
- TAMIZAJE AUDITIVO NEONATAL (OTOEMISIONES, POTENCIALES AUTOMATIZADOS)
- HIGIENE DEL CORDÓN UMBILICAL CADA 8 HORAS
- CONTINUAR ESQUEMA DE VACUNACION PAI
- COLOCAR A LA LUZ DEL DIA EN LA MAÑANA Y EN LA TARDE
- AFILIAR A EPS PARA INGRESO A CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO
- SE ENTREGAN HOJA DE RECOMENDACIONES
- SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA POR LOS CUALES ACUDIR A URGENCIAS:

DIFICULTAD RESPIRATORIA, CONVULSIONES, RECHAZO O DIFICULTAD PARA TOMAR ALIMENTO, FALTA O ESCASEZ DE ORINA, VÓMITOS NUMEROSOS, COLOR ANORM DE LA PIEL, MUY PÁLIDA, AMARILLENTA, GRIS O MORADA, TRASTORNOS DE LA RESPIRACIÓN, CON RUIDOS, MOVIMIENTOS RESPIRATORIOS RÁPIDOS O DIFÍCILES, TI EXCESIVA.

COMPLICACIONES:
NINGUNA

Fecha de Egreso: 03/09/2022 12:31 **Motivo de Salida:** Alta **Estado a la Salida:** Vivo

DIAGNÓSTICOS DE SALIDA:
Diagnóstico Principal: Z370 : NACIDO VIVO, UNICO
Diagnóstico Relacionado 1: Z000 : EXAMEN MEDICO GENERAL

PLAN ATENCIÓN INTEGRAL POR MEDICINA:
Tratamiento Farmacologico:
VER HC
Recomendaciones Adicionales:
VER HC
Aplica Cuidados de Enfermería: No

SHARON BRAVO ORTIZ
MEDICINA GENERAL
01893

Scanned with CamScanner

CLINICA GENERAL DEL CARIBE S.A.
Identificación Interna: 900233294
Cód. Habilitación: 130010204801
Dirección: La Castellana Sector Contadora Transv. 71B No. 31-67 Teléfono: 6943373-6932462-6931770

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de Impresión: 03/09/2022 12:34
Fecha de Atención: 03/09/2022 12:34
Admisión: AD659867
Administradora: CAJA DE DE COMPENSACION FAMILIAR CAJACOPI ATLANTICO
Paciente: MS 45558710-03 ALBORNOZ CARREAZO HIJO DE KAREN MARGARITA
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Edad: 0 año(s), 0 mes(es) 1 día(s)
Unidad Funcional: HOSPITALIZACION 3ER PIS
Médico Tratante: SHARON BRAVO ORTIZ
Diagnóstico Principal: Z370 - NACIDO VIVO, UNICO

MEDIDAS GENERALES

Código orden: PRM2281358

#	Indicaciones
1)	EDUCACION EN LACTANCIA MATERNA

- RECLAMAR REPORTE DE TSH NEONATAL
- TAMIZAJE AUDITIVO NEONATAL (OTOEMISIONES, POTENCIALES AUTOMATIZADOS)
- HIGIENE DEL CORDÓN UMBILICAL CADA 8 HORAS
- CONTINUAR ESQUEMA DE VACUNACION PAI
- COLOCAR A LA LUZ DEL DIA EN LA MAÑANA Y EN LA TARDE
- AFILIAR A EPS PARA INGRESO A CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO
- SE ENTREGAN HOJA DE RECOMENDACIONES
- SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA POR LOS CUALES ACUDIR A URGENCIAS:

DIFICULTAD RESPIRATORIA, CONVULSIONES, RECHAZO O DIFICULTAD PARA TOMAR ALIMENTO, FALTA O ESCASEZ DE ORINA, VÓMITOS NUMEROSOS, COLOR ANORMAL DE LA PIEL. MUY PÁLIDA, AMARILLENTA, GRIS O MORADA, TRASTORNOS DE LA RESPIRACIÓN, CON RUIDOS, MOVIMIENTOS RESPIRATORIOS RÁPIDOS O DIFÍCILES, TOS EXCESIVA

Orden Externa

SHARON BRAVO ORTIZ
MEDICINA GENERAL
01893

Scanned with CamScanner

CLINICA GENERAL DEL CARIBE S.A.

Nit: 900233294 **Cód. Habilitación:** 130010204801
Dirección: La Castellana Sector Contadora Transv. 71B No. 31-67, **Teléfono:** 6943373-6932462-6931770

INFORMACIÓN GENERAL

Admisión: AD659867
Paciente: MS 45558710-03 HIJO DE KAREN MARGARITA ALBORNOZ CARREAZO
Fecha de Nacimiento: 02/09/2022
Dirección: ALTOS DE SANICIDRO MZ Z LOTE 3 CALLE DEL PARQUE
Entidad: CCF055 - CAJA DE DE COMPENSACION FAMILIAR CAJACOPI ATLANTICO

Fecha de Impresión: 03/09/2022 12:35:18 p.m.
Fecha de resultados: 2022-09-02
Edad: 0 año(s), 0 mes(es) y 1 días. **Sexo:** M
Teléfono: 3127806573

LABORATORIO

Médico: ADRIANA PAOLA LOPEZ CELEDON **Fecha de los resultados:** 2 de Septiembre de 2022
Servicio: Hemoclasificacion Factor RH (Factor D) en Lamina o Tubo

Código	Prueba	Valor	Unidades	Rango de referencia			Interpretación
				Valor	Alto	Bajo	
005	HEMOCLASIFICACION						NO APLICA
015	Grupo	"O"					NO APLICA
020	Rh	POSITIVO					NO APLICA
030	Observaciones	MUESTRA DE CORDON UMBILICAL					NO APLICA

RUTH ELENA CORTIÑA HERRERA
BACTERIOLOGIA
Registro médico: 1812

Médico: ADRIANA PAOLA LOPEZ CELEDON **Fecha de los resultados:** 2 de Septiembre de 2022
Servicio: VDRL en Suero [Serologia]

Código	Prueba	Valor	Unidades	Rango de referencia			Interpretación
				Valor	Alto	Bajo	
005	Serologia	NO REACTIVO					NO APLICA

RUTH ELENA CORTINA HERRERA
BACTERIOLOGIA
Registro médico: 1812

Scanned with CamScanner

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO
ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

2209661007O246

La información consignada en este certificado se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y Amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto su uso debe hacerse en cumplimiento de lo aprobado de dicho derecho y para los fines estrictamente autorizados.

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DEL NACIMIENTO Departamento BOLÍVAR	Municipio CARTAGENA
ÁREA DEL NACIMIENTO Area Cabecera Municipal	Centro Poblado:(Inspección, corregimiento o casería)
FECHA DEL NACIMIENTO Año - Mes - Día 2022-09-02	HORA DEL NACIMIENTO Hora - Minutos 10:59:00
SEXO DEL NACIDO VIVO Masculino	HEMOCLASIFICACIÓN DEL NACIDO VIVO Grupo sanguíneo Factor RH
IDENTIFICACIÓN DE LA MADRE Tipo de documento Cédula de ciudadanía	Número de documento 45558710
APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DE LA MADRE (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD) Primer apellido ALBORNOZ Segundo apellido CARREAZO Primer nombre KAREN Segundo nombre MARGARITA	
DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL NACIDO VIVO ES RECONOCIDO POR SUS PADRES COMO Pertenencia étnica Ninguno de los anteriores	¿A cuál pueblo indígena pertenece?

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA EL NACIDO VIVO

IDENTIFICACION DEL CERTIFICADOR Tipo de documento Cédula de ciudadanía	Numero de documento 1121329628
APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR Primer apellido Lopez Segundo apellido Celedon Primer nombre Adriana Segundo nombre Paola	
PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA EL NACIMIENTO Medico	REGISTRO PROFESIONAL 4488
LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO Departamento BOLÍVAR	Municipio CARTAGENA
FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO Año - Mes - Día 2022-09-02	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA EL NACIMIENTO

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de Impresión: 2022-09-02 12:21

Código verificación: 7F5B-896C-FD16-E8A1

Scanned with CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

FR.MO12.PP	29/05/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Fundacion de la Comunidad Unida Gustavo Martinez Calfyn
NIT: 800139920-5 NÚMERO DE CONTRATO: 1300150021
MES: SEPTIEMBRE AÑO 2022
MODALIDAD DE ATENCION: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCION: DIME

IDENTIFICACION
Regional: BOLIVAR Centro Zonal: HISTORICO Y DEL CARIBE NORTE Municipio: CARTAGENA
Nombre Agente Educativo (s): MARTA LEON CC: 45492271
Código CUENTAME UDS: 1300100135028 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: PIEDRA DE BOLIVAR FAMILIAR 2
Dirección UDS: 5 DE ABRIL CALLE 38C # 4DC - 28 Teléfono UDS: 3114006405

Hoja ___ de ___

No. de Orden	TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA: NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA: SEMANAS: PRIMERA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	SEGUNDA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	TERCERA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	CUARTA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	QUINTA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	CC	1001977032	BRENDA	VANESSA	TELLEZ	ASCENCIO	22	3	PP	PP	P	PP			4	
02	CC	1007855375	LORENA	DEL CARMEN	ORTIZ	BARRIOS	21	4	A	A	P	PP			2	2
03	CC	1007230733	YESICA	PAOLA	HEREDIA	MARTELO	24	6	A	A	A	A			4	
04	CC	1041972414	NORMA	CAROLINA	RODRIGUEZ	GALINDO	18	5	A	I	/	/	/		1	1	Voluntario
05	RC	1143421272	EITHAN	DANIEL	RAMIREZ	DE LA CRUZ	0	3	I	A	A	A			3	1	
06	RC	1044020682	LUCIANA	ISABEL	ORTEGA	ARIAS	0	2	A	A	A	A			4		
07	RC	1044020565	MILAN	ALEXANDER	TORRES	ROJANO	0	3	A	A	A	A			4		
08	RC	1044020474	CRISTY	ISABEL	OROZCO	HERNANDEZ	0	4	A	A	A	A			4		
09	RC	1044020389	LUIS	DAVID	OSORIO	CAÑATE	0	4	A	A	A	A			4		
10	RC	1044020128	SALOME		ARROYO	LORDUY	0	5	A	A	A	A			4		
11	CC	1235045995	VERONICA		MARTINEZ	CAMPO	22	11	/	/	A	A			2		
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	
18																	
19																	
20																	
														TOTAL	36	5	

Verificación De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES: 6
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES: 0
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES: 5

RAFAEL JOSE ROMAÑO GUTIERREZ
COORDINADOR(A) DE LA UDS

Marta leon
REPORTADO POR EL GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y LA LEY 1581 DE 2012

OBSERVACIONES: ingresa veronica Martinez campo (19.09.2022) como reemplazo de Normia Carolina Rodriguez Galindo.

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

FO-MO-12 PP	29/05/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

Hoja ___ de ___

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Fundacion de la Comunidad Unida Gustavo Martinez Caffyn
NIT: 800130920-5
MES: SEPTIEMBRE
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: DIMF
NÚMERO DE CONTRATO: 1300190023?
AÑO 2023

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLIVAR
Nombre Agente Educativo (a): ___MARTA LEON___
Código CUENTAME UDS: 1300100156?
Dirección UDS: 9 DE ABRIL CALLE 30C # 49C - 38
Comité Zonal HISTORICO Y DEL CARIBE NORTE
OC ___464027___
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: ___PISCINA DE BOLIVAR FAMILIAR 2___
Municipio: CARTAGENA
Teléfono UDS: 5114094OE

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA												TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS														
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA			SEGUNDA			TERCERA			CUARTA			QUINTA			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES MARTES MIÉRCOLES JUEVES VIERNES			LUNES MARTES MIÉRCOLES JUEVES VIERNES			LUNES MARTES MIÉRCOLES JUEVES VIERNES			LUNES MARTES MIÉRCOLES JUEVES VIERNES			LUNES MARTES MIÉRCOLES JUEVES VIERNES					
01	RC	1044017056	SHEKINAH	ISABELL	PIÑERES	GARCIA	1	4	A			A			A			A						4		
02	RC	1044016874	ISABELLA		ARROYO	GARCES	1	4	A			A			A			A						4		
03	RC	1048470189	DENNY	LUZ	BULASCO	BRAVO	1	3	A			A			I			A						3	1	
04	RC	1048470188	IAN	DAVID	BULASCO	BRAVO	1	3	A			A			I			A						3	1	
05	RC	1242389499	YIRLANIS	PAOLA	MACHADO	QUIROZ	1	4	A			A			A			A						4		
06	RC	1044017454	LUIS	MATIA	ALVAREZ	CORREA	1	4	A			A			A			A						4		
07	RC	1242389393	CELESTE		MARRUGO	PUERTA	1	5	A			A			A			A						4		
08	RC	1201285676	SAMANTHA		HERRERA	VARGA	1	5	A			A			I			A						3	1	
09	RC	1044016196	DANIA	LUCIA	MORELO	VILLALOBOS	1	6	A			A			A			A						3	1	
10	RC	1242389408	MARIA	PAULA	RICO	LORA	1	5	A			A			A			A						4		
11	RC	1044016143	JUAN	JOSE	VILLALOBOS	MARTINEZ	1	6	A			A			A			A						4		
12	RC	1044016044	DANIEL	ENRIQUE	SEQUEDA	ORTIZ	1	9	A			A			A			A						4		
13	RC	1242389188	ALYSH	GABRIELA	PAEZ	MAY	1	10	A			A			I			A						3	1	
14	RC	1044015463	LUCIANA	ISABEL	SALBALZA	DELGADO	1	9	A			A			A			A						3	1	
15	RC	1044014971	MILAN	DAVID	GOMEZ	RODRIGUEZ	2	0	A			A			A			A						4		
16	RC	1044015945	SAIMIR		MELENDEZ	BLANCO	1	7	A			A			A			A						4		
17	RC	1044016075	LIA	SARAY	ESTRADA	MADERA	1	7	A			A			A			A						4		
18	RC	1201284809	LUCIANA	ESTHER	BELEÑO	HERRERA	1	8	A			A			A			A						4		
19	RC	1047519293	ANYELIS	ISABEL	MORENO	PACHECO	1	9	A			A			A			A						3	1	
20	RC	1235050836	LIAM	ACHER	MORELO	RUIZ	1	9	I			A			A											
21																										
22																										
23																										

TOTAL 72 9

Verificación De Cobertura
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES: 0
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES: 20
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES: 0

ALEXANDER JOSE PIÑERES GUERRERO
COORDINADOR(A) DE

Marta León
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

FR.MO12.PP	29/05/2012
Versión 5	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Fundacion de la Comunidad Unida Gustavo Martinez Caffyn
NIT: _800189920-5
MES: SEPTIEMBRE
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: DIMF
NÚMERO DE CONTRATO:13001932021
AÑO:2022

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLIVAR
Nombre Agente Educativo (a): ___MARTA LEON____
Código CUENTAME UDS: 1300100135028
Direccion UDS: 9 DE ABRIL CALLE 36C # 49C - 28
Centro Zonal HISTORICO Y DEL CARIBE NORTE
CC___45499271___
Municipio: CARTAGENA
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención:__PIEDRA DE BOLIVAR FAMILIAR 2___
Teléfono UDS: 3114339465

Hoja ___ de ___

Nro. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA)		TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1044019886	AARON	STICK	JULIO	CASTRO	0	6	A A I A A	A A A A A	4	1	
02	RC	1235051650	JESUS	DAVID	VELOZ	INAURE	0	7	A A A A A	A A A A A	5		
03	RC	1044018750	MIGUEL	JOSE	ARRIETA	DEL TORO	0	9	A A A A A	A A A A A	5		
04	RC	1044018861	ALANA	SOFIA	ACEVEDO	GOMEZ	0	8	A A A A A	A A A A A	5		
05	RC	1042596892	SAID	SEBASTIAN	SEPULVEDA	MARTINEZ	0	10	A A A A A	A A A A A	5		
06	RC	1142954623	OSCAR	JUNIOR	NIETO	CASTILLO	0	10	A A A A A	I A A A A	4	1	
07	RC	1044018111	JANNA	BELEN	CARDOZO	MENDEZ	0	11	A A A A A	A A A A A	5		
08	RC	1048471550	SAMUEL	DAVID	GONZALEZ	ALMANZA	0	8	A A A A A	A A A A A	5		
09	RC	1044018123	UZIEL	DAVID	SALCEDO	BALAÑO	0	11	A A A A A	A A A A A	5		
10	RC	1044018389	JESIAH		MANJARRES	TORRES	0	10	A A A A A	A A A A A	5		
11	RC	1047520311	ANGEL	DAVID	PITALUA	GARCIA	0	10	A A A A A	A A A I A	4	1	
12	RC	1044017972	IAN	GABRIEL	CARDOZO	PATERNINA	0	11	A A A A A	A A A A A	5		
13	RC	1201288366	JORGE	LUIS	ZUÑIGA	MARTINEZ	0	8	I A A A A	A A A A A	4	1	
14	RC	1235051457	ARIADNA	SOFIA	MURILLO	MONTERO	0	8	A A A A A	A A A A A	5		
15	RC	1048471519	THEYLOR	ANDRES	ARNEDO	CERRA	0	8	A A A A A	A A A A A	5		
16	RC	1247258399	ANGEL	DAVID	PITALUA	NAVAS	0	7	A A A A A	A A A A A	5		
17	RC	1235051380	GENESIS	DE JESUS	WATSON	CASTRO	1	0	A A A A A	A A A A A	5		
18	RC	1044017619	MIA	ISABELL	OTERO	JULIO	1	1	A A A A A	A A A A A	5		
19	RC	1104387523	MARY	ALEXANDRA	MARTINEZ	VARGAS	1	3	I A A A A	A A A A A	4	1	
20	RC	1044019091	VALENTINA	SOFIA	TABARES	ROMERO	1	3	A A A A A	A A A A A	5		
21													
22													
23													
										TOTAL	96	5	

Verificación De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES: 0
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES: 20
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES: 0

RANDY JOSE POMARES GUERRERO
COORDINADOR(A) EA

Marta leon
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

CLINICA GENERAL DEL CARIBE S.A.

Identificación Interna: 900233294
Dirección: La Castellana Sector Contadora Transv. 715 No. 31-67 Cód. Habilitación: 130010204601 Teléfono: 6943373-6932462-6931170

Fecha de Impresión: 25/08/2022 15:25

INFORMACION GENERAL

Centro de atención: 01 - CLINICA GENERAL DEL CARIBE
Fecha de Atencion: 25/08/2022 15:25
Paciente: NS 1001977032-02 - HIJO DE BRENDA VANESSA TELLEZ ASCENCIO
Admisión: AD658195
Fecha de Nacimiento: 24/08/2022
Religión:
Régimen: 2 - Subsidiado
Edad: 0 año(s), 0 mes(es) y 1 días.
Sexo: F
Dirección: CLL 17 JUNIO CRR 48 A# 25 D-32
Creencia:
Estado Civil:
Teléfono: 3043669268
Nivel: 1
Ocupación:
Lugar: Cartagena Bolivar
Carnet:
Acompañante: -
Teléfono Acomp.:
Dirección Acomp.:
Responsable:
Parentesco Acomp.:
Teléfono Resp.:
Dirección Resp.:
Médico Tratante: RAUL MOGOLLON SAKER
Parentesco Resp.:
Administradora: CAJA DE DE COMPENSACION FAMILIAR CAJACOPI ATLANTICO

EPICRISIS

Historia Clínica:
Fecha de Ingreso: Notas de Ingreso a Piso 24/08/2022 08:25
Cama: CM250
Especialidad: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
Tipo Vinculación: Beneficiario

SÍNTESIS DE LA ENFERMEDAD:

ENFERMEDAD ACTUAL:
undefined

EXAMEN FISICO:
undefined

DIAGNÓSTICOS DE ENTRADA:

Diagnóstico Principal: Z321 : EMBARAZO CONFIRMADO

RESUMEN:

PACIENTE NEONATO EN ALOJAMIENTO CONJUNTO EN BUENAS CONDICIONES, ADECUADO PESO PARA EDAD GESTACIONAL, CON BUEN APGAR AL NACER, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA, TOLERANDO VIA ORAL, CON BUEN AGARRE Y BUENA SUCCION, SIN DISTERMIAS, SE CONSIDERA ALTA POR PEDIATRIA Y SE DAN SIGNOS DE ALARMA, SE INSISTE EN LA IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA, SE DA CITA EN 3 DÍAS CON PEDIATRÍA, SE EXPLICA LOS SIGNOS DE ALARMA ASÍ COMO EL CUIDADO DEL ONFALO Y LAS RECOMENDACIONES GENERALES DE FORMA CLARA Y SENCILLA A LA MAMA Y REFIERE ENTENDER.

COMPLICACIONES:

NO

Fecha de Egreso: 25/08/2022 15:23
Motivo de Salida: Alta
Estado a la Salida: Vivo

DIAGNOSTICOS DE SALIDA:

Diagnóstico Principal: Z321 : EMBARAZO CONFIRMADO
Diagnóstico Relacionado 1: Z370 : NACIDO VIVO, UNICO

PLAN ATENCION INTEGRAL POR MEDICINA:

Tratamiento Farmacologico:

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

Observaciones Adicionales:

RECOMENDACIONES DEL RECIÉN NACIDO

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA, DAR DE MAMAR AL NIÑO DE DÍA Y DE NOCHE, LAS VECES QUE EL NIÑO QUIERA, NO LE DE OTRA COMIDA O LÍQUIDOS, LA LECHE CALMA LA SED.
MANTENER LIMPIO Y SECO EL OMBLIGO.
CASO DE PRESENTAR APARIENCIA AMARILLA ACUDIR A URGENCIA
ASEGURE QUE NO PRESENTE ALETEO NASAL O HUNDIMIENTO DE LA PIEL ENTRE LAS COSTILLAS.
ASISTIR AL RECIEN NACIDO A LA CITA CON PEDIATRIA A LOS TRES DIAS (GESTIONAR CON EPS)
ASISTIR A LOS NIÑOS EN LAS FECHAS PREVISTAS A QUE RECIBAN EL ESQUEMA COMPLETO DE VACUNACIÓN
ENSEÑAR LIMPIEZA Y MASAJE DE LAS ENCÍAS AL MENOS UNA VEZ AL DIA, PARA ACOSTUMBRAR AL BEBÉ A LA LIMPIEZA DE LA BOCA E INSTRUIRAR EL HABITO DE LA HIGIENE, HACIENDO USO DE DEDALES DE SILICONA O DE UNA GASA HUMEDECIDA EN AGUA
REMITIR AL ODONTÓLOGO, ANTES DE LA ERUPCIÓN DEL PRIMER DIENTE

SIGNOS DE ALARMA

ACUDIR A URGENCIAS SI NOTA LO SIGUIENTE:
BEBE NO QUIERE MAMAR
BEBE NO QUIERE DESPERTAR
CONVULSIONES? O CONVULSIONES
BEBE TIENE FIEBRE (TEMPERATURA TOMADA CON TERMOMETRO EN AXILA) MAYOR A IGUAL A 38°C
BEBE LLORA SIN LAGRIMAS, ORINA POCO TIENE LA BOCA SECA Y OJOS HUNDIDOS
CUALQUIER TIPO DE SANGRADO
ROJO, CON PUS Y MAL OLOR.
AGITADO Y CON RUIDOS
COLORACIÓN AMARILLENTA O MORADA EN LA PIEL
DIARREA O VOMITOS

Cuidados de Enfermería: No

Generado por SIOS de SYENET

SYENET

EPICRISIS

RAUL MOGOLLON SAKER
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
23-0701-02

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO
ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

2208531005433 3

La información consignada en este certificado se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines estrictamente autorizados.

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DEL NACIMIENTO Departamento BOLÍVAR	Municipio CARTAGENA
ÁREA DEL NACIMIENTO Área Cabecera Municipal	Centro Poblado:(Inspección, corregimiento o caserío)
FECHA DEL NACIMIENTO Año - Mes - Día 2022-08-24	HORA DEL NACIMIENTO Hora - Minutos 10:28:00
SEXO DEL NACIDO VIVO Masculino	HEMOCLASIFICACIÓN DEL NACIDO VIVO Grupo sanguíneo
	Factor RH O POSITIVO

IDENTIFICACIÓN DE LA MADRE Tipo de documento Cédula de ciudadanía	Número de documento 1001977032

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DE LA MADRE (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
TELLEZ	ASCENCIO	BRENDA	VANESSA

DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL NACIDO VIVO ES RECONOCIDO POR SUS PADRES COMO Pertenencia étnica Ninguno de los anteriores	¿A cuál pueblo indígena pertenece?

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA EL NACIDO VIVO

IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR Tipo de documento Cédula de ciudadanía	Número de documento 1047446678

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
LEDESMA	OSPINA	NATALIA	ESTEFANIA

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA EL NACIMIENTO Médico	REGISTRO PROFESIONAL 1047446678
LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO Departamento BOLÍVAR	Municipio CARTAGENA
FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO Año - Mes - Día 2022-08-24	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA EL NACIMIENTO

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones

Fecha de impresión: 2022-08-24 10:50

Código verificación: 551E-A257-670C

Peso 3.520 KGM.

Talla 57 STM.

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.FP	29/05/2018
Versión 5	Pagina 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

Hoja ___ de ___

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Fundacion de la Comunidad Unida Gustavo Martinez Caffyn
NIT: _800189920-5
MES: SEPTIEMBRE
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMIJAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: GIMF
NUMERO DE CONTRATO:13001932021
AÑO:2022

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLIVAR
Nombre Agente Educativo (a): ___ROSA ALVAREZ___
Codigo CUENTAME UDS: 13001001350028
Dirección UDS: 9 DE ABRIL CALLE 35C # 49C - 28

Centro Zonal HISTORICO Y DEL CARIBE NORTE
CC:__22807455__
Municipio: CARTAGENA
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención:__PIEDRA DE BOLIVAR FAMILIAR 2___
Telefono UDS: 3114339405

No. de Orden	TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA: NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS: PRIMERA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	SEGUNDA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	TERCERA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	CUARTA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	QUINTA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1044015576	ABBY	LUCIA	MARTINEZ	ESCOBAR	1	8	A	A	A	A		4		
02	RC	1047520043	ALANA	VALERIA	BARRIOS	ROJAS	0	11	A	I	A	A		3	1	
03	RC	1044017460	IZAN	DAVID	YANES	OSPINO	1	2	A	A	A	A		4		
04	RC	1044015506	DANNAYS	VANESSA	MUÑOZ	VERGARA	1	11	I	A	A	A		3	1	
05	RC	1235051004	GABRIEL	JOSE	CABRERA	GONZALEZ	1	3	A	A	A	A		4		
06	RC	1043340405	YEILANIS	SOFIA	PUELLO	MELENDES	1	1	A	A	A	A		4		
07	RC	1044015036	SAMARA	SOFIA	GRAU	PEREZ	1	11	A	A	A	A		4		
08	RC	1044015978	JAHIR	ANDRES	JULIO	PACHECO	1	11	A	A	A	A		4		
09	RC	1043339824	LUCCAS		ARROYO	GAMARRA	1	4	A	A	A	A		3	1	
10	RC	1044017038	RONALD		RAMIREZ	ARRIETA	1	3	A	I	A	A		4		
11	RC	1044016774	LUZ	DANNA	HERNANDEZ	PEREZ	1	4	A	A	A	A		4		
12	RC	1235050862	JOSELIN	JOHANIS	ARROYO	MARQUEZ	1	4	A	A	A	A		4		
13	RC	1043339834	LIANNYS		MENDOZA	PEREZ	1	5	A	A	A	A		4		
14	RC	1044015542	DIEGO	ANDRES	WILCHES	MOGROVEJO	1	8	I	A	A	A		3	1	
15	RC	1044014982	ALANIS	ZOE	SILGADO	DE AVILA	2	0	A	A	A	I		3	1	
16	RC	1044015099	SHAYRA	SOFIA	JIMENEZ	PUERTA	2	1	A	A	A	A		4		
17	RC	1044015665	BIANCA		MARTINEZ	CHICO	1	8	A	A	A	A		3	1	
18	RC	1044015809	ALISSON	JOHANA	MARQUEZ	OBREGON	1	8	A	A	A	A		4		
19	RC	1044018390	AYSHANE		HERNANDEZ	CORTES	1	0	I	A	A	A				
20	RC	1201289432	YINETH	CAROLINA	IMITOLA	VILLAMIL			A	A						
21																
22																
23																
													TOTAL	77	7	

Verificacion De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES: 0
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES: 20
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES: 5

RANDY JOSE POMARES CUPPERBO
COORDINADOR(A) EA

Rosa Alvarez
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento ... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

FR.M012.PP	29/05/2018
Versión 5	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública	

Hoja ___ de ___

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Fundacion de la Comunidad Unida Gustavo Martinez Caffyn
NIT: _800139920-5
MES: SEPTIEMBRE
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: DINF
NÚMERO DE CONTRATO: 1560/2021
AÑO: 2021

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLIVAR
Nombre Agente Educativo (a): ___ROSA ALVAREZ___
Código CUENTAME UDS: 1980100139028
Dirección UDS: 9 DE ABRIL CALLE 36C # 49C - 28
Centro Zonal: HISTORICO Y DEL CARIBE NORTE
CC: 23397405
Municipio: CARTAGENA
Nombre Unidad de Servicio/Unidad de Atención: PEDRO DE BOLIVAR FAMILIAR 2
Teléfono UDS: 3115594605

INFORMACIÓN DEL USUARIO/USUARIA

No de Orden	TIPO DOC	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO/USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO/USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA)	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1044019815	NEISLY	SOFIA	SANTIAGO	MARTINEZ	0	6	A I A A	3	1	
02	RC	1044019716	JOSHUA	DANIEL	MARIMON	ARCE	0	7	A A A I	3	1	
03	RC	1044018448	ELIAN	DE JESUS	CALVO	LUNA	0	10	A A A A	4		
04	RC	1143420670	YOSNELYS	DANIELA	ARIZA	HERRERA	0	11	A A A A	4		
05	RC	1044019481	JIALI		BORRERO	MEZA	0	7	A A A I	3	1	
06	RC	1247258130	MARIA	BELEN	ZUÑIGA	MORALES	0	9	A A A A	4		
07	RC	1047520287	FIORELLA	ISABEL	SALGADO	CASTRO	0	9	A A A A	4		
08	RC	1044018623	KANNER	JOSE	MENDIVIL	RUIZ	0	7	A A A A	4		
09	RC	1235051594	JHON	FREDY	OSPINO	FLOREZ	0	9	A A A A	4		
10	RC	1235051454	KEILER	MANUEL	VERA	YEPEZ	0	11	I A A A	3	1	
11	RC	1142954613	EMA	ISABEL	DIAZ	ACOSTA	0	11	A A A A	4		
12	RC	1044018089	OSCAR	ANDRES	HOYOS	OLIVEROS	0	11	A A A A	4		
13	RC	1247258016	NATHAN	MIGUEL	RODRIGUEZ	TRESPALACIO	1	0	A A A A	4		
14	RC	1235051491	LUIS	ANGEL	CAMACARO	LOPEZ	1	1	A A A A	4		
15	RC	1044017439	HELENA	ISABELL	BERRIO	JULIO	1	1	A A A A	4		
16	RC	1031187722	SANTIAGO	JOSE	LADEUTH	HERRERA	1	1	A A A A	4		
17	RC	1044017670	VALERIA		MORALES	GORDON	1	1	A A A A	4		
18	RC	1044017671	VICTORIA		MORALES	GORDON	1	2	I A A A	3	1	
19	RC	1044017824	DANNA	SOFIA	CERPA	PABON	1	1	A A A I	3	1	
20	RC	1043470396	DAMIAN		MARMOLEJO	LEIVA						
21												
22												
23												

TOTAL 71 6

Verificación De Cobertura
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES: 0
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES: 20
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES: 0

RAUDY JOSE PONTRES SUAREZ
COORDINADOR(A) EA

Rosa Alvarez
PERSONA RESPONSABLE DEL PC

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PERSONALES SOLICITADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MG12.PP Versión 5	29/05/2018 Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	Hoja ___ de ___

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Fundacion de la Comunidad Unida Gustavo Martinez Caffyn — NÚMERO DE CONTRATO:13001932021
NIT: _800189920-5 — AÑO 2022
MES: SEPTIEMBRE
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: DIMF

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLIVAR
Nombre Agente Educativo (a): ___ROSA ALVAREZ____
Codigo CUENTAME UDS: 1300100135028
Dirección UDS: 9 DE ABRIL CALLE 39C # 49C - 28

Centro Zonal HISTORICO Y DEL CARIBE NORTE — Municipio: CARTAGENA
CC___22897455___
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención:___PIEDRA DE BOLIVAR FAMILIAR 2___
Teléfono UDS: 3114339405

No. de Orden	INFORMACION DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																												TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																													
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA										
	TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	CC	1047427075	DIANA	MARCELA	CASTRO	NAVAS	31	10				A				A				9				A				A									5		
02	CC V	6609485	AILEEN	ALEXANDRA	NAVARRO	ROJAS	19	9				PP				PP				PP				PP				PP										5	
03	CC	1126251966	DEIRYS		ASENCIO	HAWKING	37	1				PP				PP				PP				PP				PP									3	2	
04	TI	1148962548	GLENDYS		ORTEGA	ALTAMIRANDA	17	11				A				A				A				A				A									5		
05	CC	1143392128	XIOMARA		SARAVIA	SIERRA	26	3				A				A				A				A				A									5		
06	RC	1044020292	IKER	ALEJANDRO	MARQUEZ	OBREGON	0	4				A				A				A				A				A									5		
07	RC	1044020377	LUIS	REINER	ZAPATA	RODRIGUEZ	0	5				A				A				A				A				A										5	
08	RC	1235051982	JONATHAN	EMANUEL	SALGADO	FLOREZ	0	1				PP				PP				PP				PP				PP									5		
09	RC	1235051813	RENSO	JOSE	CONTRERAS	GUTIERREZ	0	4				A				A				A				A				P									5		
10	RC	1044020417	JHADINSON	JOSE	PAYARES	PUELLO	0	4				A				A				A				A				A											
11																																						
12																																						
13																																						
14																																						
15																																						
16																																						
17																																						
18																																				TOTAL	33	17	
19																																						
20																																						

Verificación De Cobertura
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES: 5
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES: 0
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES: 5

RANDY JOSE POMARES GUERRERO
COORDINADOR(A) EA

Rosa Alvarez
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

CLINICA DE LA MUJER CARTAGENA S.A.S.
Código del Prestador: 130010314101 Nit: 9010316024
Dirección: AV Pedro de heredia N°35 - 119
Teléfono: 6448161-6624187
Web: www.clinicadelamujer.com
Email: clinicadelamujerctg@clinicadelamujerctg.com

Fecha de Impresión: 2022/07/25 04:53:08

Epicrisis

Datos del Paciente

Identificación:	CC - 1126251966	**Paciente:**	ASENCIO HAWKING DEIRYS
Fecha Ingreso:	2022/07/25	**Hora Ing:**	09:00
Fecha y Hora Atencion:	2022/07/25 09:14:20	**Ingreso:**	273434
		Unidad Funcional:	HOSPITALIZACION 2
Fecha Naci:	1985-08-05	**Edad:**	36 años
Telefono:	3002224791,3153416172,Estrato:		
Dirección:	LA GLORIA 1		
Empresa:	EXENTO DE PAGO	**Sexo:**	F
Contrato:	COOPERATIVA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL DE LA ZONA SUR ORIENTAL DE CARTAGENA LTDA COOSALUD LTDA	**Municipio:**	CARTAGENA
Acompañante:	CONTRATO No 35 : COOSALUD SUBSIDIADO- EPISODIOS	**Tel Acompañante:**	

DATOS HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES

MOTIVO DE CONSULTA: ESTOUY VOTANDO LIQUIDO

ENFERMEDAD ACTUAL: PACIENTE FEMENINA DE 36 AÑOS DE EDAD CON IDX EMBARAZO DE 36.5 SEMANAS POR ECO DE I TRIMESTRE + FUV , QUIEN INGRESA CON CUADRO MAYOR A 24 HORAS DE SALIDA DE LIQUIDO POR GENITALES EXTERNOS , NO REFIERE OTRO TIPO DE SINTOMATOLOGIA EN EL MOMENTO

ANTECEDENTES FAMILIARES: HTA PADRE, MADRE, HERMANO

QUIRURGICOS: NIEGA

ESTADO DE CONCIENCIA: NORMAL

PIEL Y MUCOSA: NORMAL

CABEZA, CARA Y CUERO CABELLUDO: NORMAL

CUELLO: NORMAL

ORGANOS DE LOS SENTIDOS: NORMAL

TORAX: NORMAL

RESPIRATORIO: NORMAL

CARDIACO: NORMAL

VASCULAR PERIFERICO: NORMAL

ABDOMEN: NORMAL

PERIANAL: NORMAL

REGION INGUINAL: NORMAL

GENITALES: NORMAL

EXTREMIDADES: NORMAL

SIST. NERVIOSO CENTRAL NORMAL

OBSERVACION : RESULTADOS DE LABORATORIOS CLINICOS :

OBSERVACIONES: A POSITIVO
VACUNAS (+) VACUNA COVID (+)
COMPLETOS

Scanned with CamScanner

Epicrisis

06-01-22 GLICEMIA 100
01-02-22 TSH: 3.59 T4L: 0.80
08-04-22 PTOG 95.1-192.2-130.3
21-06-22 HB: 11 HTO: 34.9 PLT: 255000 VIH NEGATIVO VDRL NO REACTIVO CULTIVO RECTO VAGINAL NEGATIVO TOXO IGM NEGATIVO
22-06-22 TSH: 0.14

OBSERVACION: RESULTADO DE ECOGRAFIA Y MONITOREO FETAL :

OBSERVACION: 04-02-22 EMB DE 12.3 SEMANAS POR CRL - CRL: 62 mm - BAJO RIESGO DE ANEUPLOIDIAS
19-04-22 EMB DE 23 SEMANAS - PERFIL DE CTO NORMAL
05-07-22 EMB DE 34 SEMANAS PFE 2359 GR ILA NORMAL PLACENTA FUNDICA ANTERIOR DOPPLER FETO PLACENTARIO NORMAL

OBSERVACION. RESULTADO DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS RADIOLOGÍA Y EKG :

CRANEO, CARA Y CUELLO CONCIENTE ALERTA ORIENTADA. BUEN ESTADO GENERAL NORMOCEFALO, CONJUNTIVAS ROSADAS, PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LUZ Y ACOMODACION, MUCOSA ORAL HÚMEDA, CUELLO MÓVIL SIN ADENOPATIAS.
TORAX: TORAX SIMETRICO, EXPANDIBLE. RSCS RITMICOS SIN SOPLOS. RSRS NORMOVENTILADOS SIN AGREGADOS.
ABDOMEN: GLOBOSO POR UTERO GRAVIDO, AU:33 CM, FETO UNICO VIVO, MOV FETALES PRESENTE, FCF:146 LAT X MIN. CEFALICO DORSO IZQUIERDO.
PIEL Y FANERAS: HIDRATADO
GENITO-URINARIO: NORMOCONFIGURADO, NORMOTERMICO. AL TACTO CUELLO CENTRADO, PERMEBALE AL PULPEJO, NO AMNIORREA NI SANGRADO.
EXTREMIDADES: MOVILES, SIMETRICA, SIN EDEMA, BUEN LLENADO CAPILAR
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: SIN DEFICIT SENSITIVO NI MOTOR APARENTE.

PLANES Y TRATAMIENTO

PLAN: - PREPARAR PARA CESAREA
- NADA VIA ORAL
- SSN AL 0.9% 1000 CC AHORA Y CONTINUAR A RAZON DE 100 CC HORA
- AMPICILINA 2 GR IV AHORA
- SS PRUEBAS RAPIDAS VIH VDRL
- MONITOREO FETAL
- PASAR A QUIROFANO
- CSV Y AC

ANALISIS: PACIENTE FEMENINA DE 36 AÑOS DE EDAD CON IDX DE :

1. EMBARAZO DE 36.6 SEMANAS POR ECO DE I TRIMESTRE + FUV
2. RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS + 24 HORAS
3. OLIGOHIDRMANIOS

Scanned with CamScanner

Epicrisis

4. HIPOTIROIDISMOS GESTACIONAL
5. DIABETES GESTACIONAL

PACIENTE FEEMENINA QUEIN INGRESA AL SERVICIO DE PRIORITARIA REMITIDA DE LA CONSULTA EXTERNA POR RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS MAYOR A 24 HORAS , CON RASTREO ECOGRAFICO EL CUAL MUESTRA OLIGOHIDRMANIOS , SE INGRES PACIENTE CON SIGNOS VITALES EN METAS , PREVIO INTERROGATORIO SE INGRESA SE REALIZA EXAMEN FISICO CON CUELLO PERMEABLE AL PULPEJO TARNIER POSITIVO, RASTREO ECOGRAFICO CON OLIGOHIDRMANIOS POR LO QUE SE DECIDE MOTIVAR A CESAREA , SE INICIA PROFILAXIS ANTIBIOTICA POR RPM MAYOR A 24 HORAS. SE LE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIAR CONDUCTA A SEGUIR QUIEN REIFERE ENTENDER Y ACEPTAR

DATOS PERINATALES

PATOLOGIAS DEL EMBARAZO: NO
ESTEROIDES PRENATALES: NO

IMPRESION CLINICA	
Diagnóstico Principal:	O410 - OLIGOHIDRAMNIOS

DATOS HISTORIA CLINICA

OBSERVACION

PACIENTE FEMENINA DE 36 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICOS DE : 1. POP DE CESAREA SEGMENTARIA TARNSPERITONEAL + POMEROY POR OLIGOHIDRAMNIOS + RPM MAYOR A 24 HORAS + DIABETES GESTACIONAL + HIPOTIROIDISMO GESTACIONAL + PARIDAD SATISFECHA (25/07/2022) 2. RECIEN NACIDO VIVO A TERMINO SEXO MASCULINO A LAS 15:00 PESO: 2700 GR TALLA: 51 CM 3. PUERPERIO INMEDIATO. DURANTE SU ESTANCIA PACIENTE CON EVOLUCION SATISFACTORIA, TOLERANDO EL DE CUBITO, TOLERANDO VIA ORAL, DEAMBULANDO SIN COMPLICACIONES, CON DIURESIS ESPONTANEA ADECUADA, HERIDA QUIRURGICA EN BUEN ESTADO SIN SIGNOS DE SANGRADO ACTIVO. RECIEN NACIDO A SU LADO, REACTIVO Y CON BUENA ADAPTACION NEONATAL. EN RONDA MEDICA CON GINECÓLOGO EN TURNO SE ORDENA ALTA MEDICA UNA VEZ RECIEN NACIDO HAYA SIDO VALORADO POR PEDIATRA Y ESTE DE SU AVAL DE EGRESAR CON LA MADRE , SE EXPIDE FORMULA MEDICA LA CUAL DEBE SEGUIR ESTRICTAMENTE, CURACIÓN DE HERIDA QUIRURGICA 2 VECES AL DÍA, CONSULTAR A URGENCIAS SI PRESENTA: FIEBRE, SECRECIÓN GENITAL FÉTIDA, SANGRADO GENITAL ABUNDANTE, DOLOR INTENSO, SIGNOS DE INFECCIÓN EN HERIDA QUIRÚRGICA, DEMAS SIGNOS DE ALARMA EXPLICADOS, CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO, CITA CONTROL CONSULTA EXTERNA GINECOLOGIA EN 7 DÍAS, CITA CONTROL PEDIATRIA EN 3 DÍAS.

DATOS DE EGRESO

Diagnostico egreso:	Z988 - OTROS ESTADOS POSTQUIRÚRGICOS ESPECIFICADOS
Fecha y hora de egreso:	2022/07/26 - 11:00

Scanned with CamScanner

CLINICA DE LA MUJER CARTAGENA S.A.S.
Código del Prestador: 130010314101 NIT: 901051687-4
Dirección: AV Pedro de heredia N°35 - 119
Teléfono: 6448161-6524187
Web: www.clinicadelamujer.com
Email: clinicadelamujercig@clinicadelamujercig.com

Epicrisis

Fecha y hora de muerte:	
Estado egreso:	VIVO

MEDICO
MAI LIDYS QUINTANA HERNANDEZ
Esp: MEDICINA GENERAL
CC: 1047468797
Reg. Med:

MEDICO ESPECIALISTA
ALVARO BELISARIO MARTINEZ RUIZ
CC: 73123762
Reg. Med: 1550196

Copyright 2010-2011 Sisma-Salud. Todos los Derechos Reservados.

Scanned with CamScanner

CLINICA LA ERMITA
900401887
CL 28D 29 A 18 PIE DE LA POPA

1007710996

HISTORIA CLINICA No.: CC 1007710996 -- MICHAEL TATIANA FLOREZ SEPULVEDA
Empresa: UT CLINICA ERMITA - MEDICINA INTEGRAL - PO Afiliado: REGIMEN ESPECIAL
Fec. Nacimiento: 29/09/1999 Edad actual: 22 AÑOS Sexo: F Grupo Sanguineo: Estado Civil: UNION LIBRE
Teléfono: 3205353575 Dirección: BARRIO OLAYA
Barrio: CENTRO Departamento: BOLIVAR
Municipio: CARTAGENA D.TURISTICO Ocupación: No se tiene información
Zona: Ninguno de los Anteriores
Nivel Educativo: NO DEFINIDO
Discapacidad: NINGUNA

Grupo Etnico: Ninguno de los anteriores
Atención Especial: NO APLICA
Grupo Poblacional: MUJER EMBARAZADA

SEDE DE ATENCION: 0005 CLINICA CONCEPCION

FOLIO: 3 FECHA: 25/07/2022 12:03:25 TIPO DE ATENCION: URGENCIAS Edad: 22 AÑOS

TRIAGE (MOTIVO DE CONSULTA)
TRIAGE 3 :
OBSERVACIONES
EMBARAZO DE 39 5 SEMANAS + DOLORES
CLASIFICACION TRIAGE: 3 PRIORIDAD III
DIRECCIONAMIENTO : UPA no acepta esta Gruas

OMAR PINEDA
Reg. 3198
ENFERMERA R

SEDE DE ATENCION: 0005 CLINICA CONCEPCION

FOLIO: 4 FECHA: 25/07/2022 12:35:21 TIPO DE ATENCION: URGENCIAS Edad: 22 AÑOS

SUBJETIVO
MOTIVO DE CONSULTA
TRIAGO DOLORES:
ENFERMEDAD ACTUAL
PACIENTE FEMENINA CON EMBARAZO DE 39,5 SEMANAS QUE ACUDE POR CUADRO CLINICO DE 3 DIA DE EVOLUCION,
CONSULTANTE EN DOLOR ABDOMINOPELVICO, TIPO CONTRACCIONES, INTERMITENTE, CADA 5 MINUTOS, ASOCIADO A SALIDA
DE TAPON MUCOSANGUINOLENTO EN MODERADA CANTIDAD MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES
NEGACION CUADRO GASTROINTESTINAL
G: PARA: 2 P: 0 A: 0 C: 2 FUR: 27/10/2021 EG: 39 SEMANAS 5 X FUR FPP: 28/07/2022
SOLICITACION DE GINECOLOGO
FECHA ULTIMO PARTO: NIEGA
EMBARAZO PLANEADO: NO
EMBARAZO DESEADO Y ACEPTADO: SI
ANTECEDENTES PERSONALES
MEDICOS: NIEGA
QUIRURGICOS: COLPOSCOPIAS (2) CESAREA (1)- CIRUGIA PELVICO/VAGINAL (1) LEGRADO UTERINO(1)
ALERGICOS: NIEGA
TRANSFUSIONES: NIEGA
PSICOLOGICO: NIEGA
HABITOS: NIEGA
HOSPITALIZACIONES: NIEGA
TOXICOS: ALCOHOL (1) TABAQUISMO(-), SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (-)
ANTECEDENTES FAMILIARES:
NEGA
PRECEDENTES PATOLOGICOS EN GESTACION ANTERIOR: NIEGA

CLINICA LA ERMITA
900401887
CL 28D 29 A 18 PIE DE LA POPA

1007710995

HISTORIA CLINICA No.: CC 1007710996 -- MICHAEL TATIANA FLOREZ SEPULVEDA
Empresa: UT Clinica Ermita - MEDICINA INTEGRAL - PO Afiliado: REGIMEN ESPECIAL
Fec. Nacimiento: 29/09/1999 Edad actual: 22 AÑOS Sexo: F Grupo Sanguineo: Estado Civil: UNION LIBRE
Teléfono: 3205353575 Dirección: BARRIO OLAYA
Barrio: CENTRO Departamento: BOLIVAR
Municipio: CARTAGENA D.TURISTICO Ocupación: No se tiene información
Zona: Ninguno de los Anteriores
Nivel Educativo: NO DEFINIDO
Discapacidad: NINGUNA

Grupo Etnico: Ninguno de los anteriores
Atención Especial: NO APLICA
Grupo Poblacional: MUJER EMBARAZADA

SE TRATA DE PRIMIGESTANTE DE 22 AÑOS CON EMBARAZO DE 39,5 SEMANAS, QUIEN ACUDE AL SERVICIO DE URGENCIAS POR CUADRO CLINICO TIPO CONTRACCIONES, AL VALORAR A PACIENTE CONFIRMAMOS VITALIDAD FETAL POR REGISTRO CARDIACO FETAL NORMAL, AUSCULTO ABDOMEN GRAVIDO NORMAL, AL EXAMEN FISICO PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, CURSA CON EMBARAZO UNICO VIVO, ACTUALMENTE ESTABLE, CON DINAMICA UTERINA IRREGULAR Y CON CAMBIOS CERVICALES PROPIOS DEL TRABAJO DE PARTO EN FASE ACTIVA, SE DECIDE INGRESAR PARA TRASLADAR A SALA DE LABOR DE PARTOS, PREVIA REALIZACION DE PRUEBAS DE BIENESTAR FETAL, DE MOMENTO EN EVOLUCION ESPONTANEA DEL TRABAJO DE PARTO, SE EXPLICA ANTE LO ANTERIOR Y CLARAMENTE ESTADO ACTUAL Y CONDUCTA A SEGUIR, PACIENTE ENTIENDE Y ACEPTA.
ORDENES DE PROCEDIMIENTOS NO QX

Cantidad: 1 Descripción: VITALIDAD FETAL ANTEPARTO Via Qx/ Ala:
Fecha y Hora de Anotación: 25/07/2022 15:58:31
Anexos:
DIAGNOSTICO
Observaciones:

PACIENTE POR: LEVELA OSSA MONICA DE LA OSSA ANGULO

INTERPRETACION
INTERPRETADO POR: MONICA DE LA OSSA ANGULO, FECHA: 25/07/2022 19:58:54

ORDENES DE IMAGENES DIAGNOSTICAS
Cantidad: 1 Descripción: ECOGRAFIA OBSTETRICA CON PERFIL BIOFISICO
Fecha y Hora de Anotación: 25/07/2022 20:00:42 Interpretar
Observaciones:
VER HC
REALIZADO POR: ARQ. CARLOS ALFONSO ELIECER RIVERO RASGOS ARQ 2

INTERPRETACION
INTERPRETADO POR: ALFONSO ELIECER RIVERO RASGOS ARQ 2, FECHA: 25/07/2022 20:01:03
VER HC

FORMULA MEDICA ESTANDAR
Cantidad: Descripción:
1 SOLUCION SALINA 0.9% 500 ML SOLUCION INYECTABLE 500 ML
Dosis: 1.00 UNIDAD Via: INTRAVENOSO Frecuencia: Dosis Diaria Estado: NUEVO
Duración:
Observaciones:

PLAN - DIAGNOSTICO
EMBARAZO DE 39,5 SEMANAS + ECO 1 TRIM - FUV

CLINICA LA ERMITA
900401887
CL 28D 29 A 18 PIE DE LA POPA

1007710996

HISTORIA CLINICA No.: CC 1007710996 -- MICHAEL TATIANA FLOREZ SEPULVEDA
Empresa: UT CLINICA ERMITA - MEDICINA INTEGRAL - PO Afiliado: REGIMEN ESPECIAL
Fec. Nacimiento: 29/09/1999 Edad actual: 22 AÑOS Sexo: F Grupo Sanguineo: Estado Civil: UNION LIBRE
Teléfono: 3205353575 Dirección: BARRIO OLAYA
Barrio: CENTRO Departamento: BOLIVAR
Municipio: CARTAGENA D.TURISTICO Ocupación: No se tiene información
Zona: Ninguno de los Anteriores
Nivel Educativo: NO DEFINIDO
Discapacidad: NINGUNA

Grupo Etnico: Ninguno de los anteriores
Atención Especial: NO APLICA
Grupo Poblacional: MUJER EMBARAZADA

[illegible]

ESQUEMA DE VACUNACION: [illegible]
CURSO MATERNO: [illegible]
REVISION POR SISTEMAS
SIGNOS DE ALERTA: [illegible]
ANTECEDENTES
PERSONALES
PATOLOGICOS (S)
QUIRURGICOS: [illegible]
ALERGICOS: [illegible]
OBJETIVO
EXAMEN FISICO
CABEZA Y CUELLO: PACIENTE CONSCIENTE, ALERTA, ORIENTADA,
MUCOSAS ORALES, FARINGEA HIDRATADAS, REACTIVAS A LA LUZ,
CUELLO SIMETRICO, MOVIL, SIN ADENOPATIAS
TORAX: SIMETRICO, CAMPOS CLEAR, EN INMATE,
RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLO, MURMULLO VESICULAR PRESENTE, SIN RALES NI SIBILANCIAS
ABDOMEN GLOBOSO POR UTERO GRAVIDO, AU: 31 CM, MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES, DINAMICA UTERINA IRREGULAR
SOMATO: PRESENTE, DIU: 135 LPM CON DOPPLER SIN FLUJO POR LA ARTERIA DE FEMORAL, LIQUIDO AMNIOTICO
NORMOTERMICO, CANTIDAD NORMAL, SIN SIGNOS DE INFECCION, CLARO, CANTIDAD NORMAL, CERVIX POSTERIOR
INTEGRAL, [illegible]
EXTREMIDADES SIMETRICAS, SIMETRICAS SIN EDEMA,
SNC: EN ESPACIO, TIEMPO Y PERSONA, GLASGOW: 15/15, SIN SIGNOS MENINGEOS
ANÁLISIS Y PLAN
DIAGNÓSTICO
Z34.91 SUPERVISION DE OTRO EMBARAZO NORMAL NO ESPECIFICADO, TRES O MAS EMBARAZOS

CLINICA LA ERMITA
900401887
CL 28D 29 A 18 PIE DE LA POPA

1007710996

HISTORIA CLINICA No.: CC 1007710996 -- MICHAEL TATIANA FLOREZ SEPULVEDA
Empresa: UT CLINICA ERMITA - MEDICINA INTEGRAL - PO Afiliado: REGIMEN ESPECIAL
Fec. Nacimiento: 29/09/1999 Edad actual: 22 AÑOS Sexo: F Grupo Sanguineo: Estado Civil: UNION LIBRE
Teléfono: 3205353575 Dirección: BARRIO OLAYA
Barrio: CENTRO Departamento: BOLIVAR
Municipio: CARTAGENA D.TURISTICO Ocupación: No se tiene información
Zona: Ninguno de los Anteriores
Nivel Educativo: NO DEFINIDO
Discapacidad: NINGUNA

Grupo Etnico: Ninguno de los anteriores
Atención Especial: NO APLICA
Grupo Poblacional: MUJER EMBARAZADA

[illegible]

ALEJANDRO CAMPILLO LOPEZ
Reg. 10243113
MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCION: 0005 CLINICA CONCEPCION

FOLIO: 6 FECHA: 25/07/2022 19:58:30 TIPO DE ATENCION: URGENCIAS Edad: 22 AÑOS

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS
Cantidad: 1 Descripción: VALORACION CLINICA POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
Fecha y Hora de Anotación: 25/07/2022 20:00:00
Observaciones:
Cargos Asignados:
Consecutivo:
Origen Cargo:
Realizado Por: ALEJANDRO CAMPILLO LOPEZ

INTERPRETACION
INTERPRETADO POR: ALFONSO ELIECER RIVERO RASGOS ARQ 2, FECHA: 25/07/2022 20:01:03
VER HC

KAREN LORENA HERNANDEZ GIRONE
Reg. 1143921193
PEDIATRIA Y NEONATOLOGIA

SEDE DE ATENCION: 0005 CLINICA CONCEPCION

Scanned with CamScanner

CLINICA LA ERMITA

900491893

CL 29D 20 A 18 PIE DE LA POPA

1007710996

CLINICA LA ERMITA

900491893

CL 29D 20 A 18 PIE DE LA POPA

1007710996

CLINICA LA ERMITA

900491893

CL 29D 20 A 18 PIE DE LA POPA

1007710996

CLINICA LA ERMITA

900491893

CL 29D 20 A 18 PIE DE LA POPA

1007710996

CLINICA LA ERMITA

900491693

CL 25D 39 A 19 PIE DE LA POPA

1007710996

CC 1007710996 – MICHAEL TATIANA FLOREZ SEPULVEDA

Empresa: LA CLINICA ERMITA - MEDICINA INTEGRAL - PO Afiliado: REGIMEN ESPECIAL

Fec. Nacimiento: 06/06/1999 Edad actual: 22 AÑOS Sexo: F Grupo Sanguíneo: Estado Civil: Unión Libre

Teléfono: 3008159815

Barrio: CENTRO

Municipio: CARTAGENA D TURISTICO Ocupación: No se Sabe/No Informa

Etnia: Ninguno de los Anteriores

Nivel Educativo: NO DEFINIDO

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Etnico: Ninguno de los anteriores

Atención Especial: NO APLICA

Grupo Poblacional: MUJER EMBARAZADA

...ANTE EL SUPUESTO O INICIATO CON PUERPERIO FISIOLOGICO, EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ESTABLE
...CONSCIENTE, CALIENTE, ARSEAL, CON BUEN PATRÓN RESPIRATORIO, CON BOLO DE SEGURIDAD DE PINARD NORMOTONICO E
...UTERINA, LOQUIOS ESCASOS, CON BUENA EVOLUCION POST PARTO , SE ORDENA TIV ELABORA
...ALIZACION EN LUGAR DE PERIODO DE RECUPERACION .
...SIGNOS VITALES PRESTO
...VALUAR A SALA DE HOSPITALIZACION
...LIENTO CONTACTO CON RECIEN NACIDO
...TA CORRIENTE
...EV SOLN 0.9% 1000 CC, PASAR IV A 80 GOTAS/
...AMOXICILINA AMPOLLA 2G UDS EN 500 CC DE SSN 0.9%, PASAR IV EN LAS PRIMERAS 8 HORAS DESPUÉS DE
...PROCEDIMIENTO
...ACETAMINOFEN TABLETA 500MG, DAR 2 TABLETAS VIA ORAL CADA 8 HORAS
...DEXAMETASONA AMPOLLA 2.5 MG, APLICAR 1 AMPOLLA IV CADA 8 HORAS PRN
...VIGILANCIA BOLO DE SEGURIDAD DE PINARD Y SANGRADO POR GENITALES EXTERNOS
...CONTROL DE SIGNOS VITALES LAS 2 PRIMERAS HORAS CADA 15 MINUTOS Y LUEGO CADA 4 HORAS
...ANDAR Y AVISAR CAMBIOS

Creación realizada por: KELLY FERRER MERCADO Fecha: 25/07/22 23:49:45

KELLY FERRER MERCADO
Reg. 4113
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA-ARO

SEDE DE ATENCION: 0005 CLINICA CONCEPCION Edad: 22 AÑOS

FOLIO 35 FECHA 25/07/2022 22:04:38 TIPO DE ATENCION HOSPITALIZACION

CIRUGIAS

CANT CODIGO DESCRIPCION Cod Dx

1 720509 ASISTENCIA DEL PARTO NORMAL Y CONSERVADORA Y O PERINEORRAFIA SOD V3

MEDICO: KELLY FERRER MERCADO Especialidad: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA-ARO Vía: VAGINAL

...SIDO DE CIRUGIA

Medico: 80031 KELLY FERRER MERCADO Esp. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA-ARO

Diagnostico Preoperatorio: 2321 EMBARAZO CONTENIDO

Diagnostico Postoperatorio: 0668 PARTO UNICO ESPONTANEO EN OTRA ESPECIFICACION

Cirugia: LEGRA CONVENCIONAL Hora de Anestesia: Cirugia: Hora de Cirugia: 00:00:00

Tipo de Anestesia: 100 ml. Via: UNICA VIA

Hora Inicio Cirugia: 23/07/2022 Hora Inicio: 31:00:01 Hora Final: 31:20:00

Tiempo Cirugia: 0 min. Tiempo de Cirugia: 0 min.

Complicaciones:

...TRASLADA PACIENTE A SALA PARTO EN FASE EXPULSIVA DEL TRABAJO DE PARTO, SE UBICA EN POSICION DE
...TOCOLISIS, SE EVIDENCIA DILATACION Y BORRAMIENTO COMPLETO CON MEMBRANAS INTEGRAS SE REALIZA AMNIOTOMIA
...ARTIFICIAL OBTENIENDO LIQUIDO AMNIOTICO CLARO NORMOTERMICO EN MODERADA CANTIDAD, MEDIANTE PUJOS
...CONTRACCIONES, SE VISUALIZA PRESENTACION CEFALICA, SE REALIZA EPISIOTOMIA MEDIO LATERAL, SE RECIBE POLO
...CEFALICO, LUEGO SE RECIBE HOMBRO ANTERIOR, SE COLOCAN 10 UNIDADES DE OXITOCINA, HOMBRO POSTERIOR, SE

CLINICA LA ERMITA

900491693

CL 25D 39 A 19 PIE DE LA POPA

1007710996

HISTORIA CLINICA No. CC 1007710996 – MICHAEL TATIANA FLOREZ SEPULVEDA

Dirección: LA CLINICA ERMITA - MEDICINA INTEGRAL - PO Afiliado: REGIMEN ESPECIAL

Fec. Nacimiento: 06/06/1999 Edad actual: 22 AÑOS Sexo: F Grupo Sanguíneo: Estado Civil: Unión Libre

Teléfono: 3008159815

Barrio: CENTRO

Municipio: CARTAGENA D TURISTICO Ocupación: No se Sabe/No Informa

Etnia: Ninguno de los Anteriores

Nivel Educativo: NO DEFINIDO

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Etnico: Ninguno de los anteriores

Atención Especial: NO APLICA

Grupo Poblacional: MUJER EMBARAZADA

...ICA DEL CARMEN AHUMADA RAMIREZ Fecha: 25/07/22 23:49:25

...MEDICO

...ICA DEL CARMEN AHUMADA RAMIREZ

...AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCION: 0005 CLINICA CONCEPCION Edad: 22 AÑOS

FOLIO 37 FECHA 25/07/2022 23:18:37 TIPO DE ATENCION HOSPITALIZACION

...DENES DE LABORATORIO

Cantidad Descripción

1 ...TIPAJE DE ESTUDIANTE DEL PROCESO NEONATAL

1 ...PROGRAMA TIPIFICACION MANUAL

En proceso

Interpretado

COPIA COPIA)

CORRECIONES

INTERPRETACIÓN

...TERPRETADO POR: ALFONSO ELIECER RIVERO RASGOS AÑO 2 FECHA: 25/07/2022 20:00:35

...ICO

1 HEMOCLASIFICACION SISTEMA RH (ANTIGENO RH D EN TUBO

Interpretado

SOMBRE CIONES

CORRECIONES

INTERPRETACIÓN

...TERPRETADO POR: ALFONSO ELIECER RIVERO RASGOS AÑO 2, FECHA: 25/07/2022 20:00:35

...O PIE

1 ...ICO ASOCIACION ANTIGENO ANTICUERPO EN SUERO CLASIFICACION GLOBULAR EN TUBO

Interpretado

...ICO)

CLINICA LA ERMITA

900491693

CL 25D 39 A 19 PIE DE LA POPA

1007710996

HISTORIA CLINICA No. CC 1007710996 – MICHAEL TATIANA FLOREZ SEPULVEDA

Empresa: LA CLINICA ERMITA - MEDICINA INTEGRAL - PO Afiliado: REGIMEN ESPECIAL

Fec. Nacimiento: 06/06/1999 Edad actual: 22 AÑOS Sexo: F Grupo Sanguíneo: Estado Civil: Unión Libre

Teléfono: 3008159815

Barrio: CENTRO

Municipio: CARTAGENA D TURISTICO Ocupación: No se Sabe/No Informa

Etnia: Ninguno de los Anteriores

Nivel Educativo: NO DEFINIDO

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Etnico: Ninguno de los anteriores

Atención Especial: NO APLICA

Grupo Poblacional: MUJER EMBARAZADA

...TA CLINICA No. CC 1007710996 – MICHAEL TATIANA FLOREZ SEPULVEDA

...ESA: LA CLINICA ERMITA - MEDICINA INTEGRAL - PO Afiliado: REGIMEN ESPECIAL

...Nacimiento: 06/06/1999 Edad actual: 22 AÑOS Sexo: F Grupo Sanguíneo: Estado Civil: Unión Libre

...ono: 3008159815

...RMITA

...CENTRO

...Municipio: CARTAGENA D TURISTICO Ocupación: No se Sabe/No Informa

...Etnia: Ninguno de los Anteriores

...Nivel Educativo: NO DEFINIDO

...Discapacidad: NINGUNA

...TO CLINICO DE LOS SIGUIENTES DIAGNOSTICOS: O
...Realizado Por: ALFONSO ELIECER RIVERO RASGOS AÑO 2, FECHA: 25/07/2022 20:00:35

CORRECIONES

...Fecha y Hora de Autorizacion: 25/07/2022 20:00:47
...Diagnostico:
...HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO DIRECTA O
...Realizado Por: ALFONSO ELIECER RIVERO RASGOS AÑO 2, FECHA: 25/07/2022 20:00:35

INTERPRETACIÓN

...INTERPRETADO POR: ALFONSO ELIECER RIVERO RASGOS AÑO 2, FECHA: 25/07/2022 20:00:35
...VERE C

EVOLUCION

EVOLUCION MEDICO

...HISTORIA CLINICA DE ATENCION NEONATAL
NOMBRES: HIJO DE MICHAEL TATIANA FLOREZ SEPULVEDA
FECHA DE NACIMIENTO: 25/07/2022
HORA DE NACIMIENTO: 21:45
DIRECCIÓN: CARTAGENA
ANTECEDENTES MATERNOS:
FUR: 23/10/2021 FPP: 30/07/2022 GESTACIONES: G1C1A0000
PARACLINICOS: 22/07/2022 HCG: 125 , ELF 231609 VIH NEGATIVO , TRIFONEMA: REACTIVO TREPONEMA O NEGATIVO
TOXO IGG E IGM NEGATIVO GLICEMIA: 85 MG/DL 14/04/2022 HGB 11 , PLTE 241 000 G/L 20/07/22 HCG 17,1 PLTS 255000 , TREPONEMA NEGATIVO , VIH NEGATIVO , HEPATITIS B NEGATIVO , COOMBS INDIRECTO NEGATIVO
...ANATOMIA PATOLOGICA DEL PLACENTA GRADO II BALCERVAL POSITIVO EN 01 ZONA , PESO PLACENTA 2305 GRAMOS PESO RECIEN NACIDO 3365 GR , APGAR 8/9 , PESO FETAL
GRADO II ANTERIOR 04/07/2022 EMG DE 36 3 SEMANAS , PESO 2200 GRAMOS CEFALICO , PLACENTA
ANTECEDENTES DEL NACIMIENTO:
VIA DE TERMINACION: VAGINAL
PRESENTACION: CEFALICO
LIQUIDO AMNIOTICO: CLARO
APGAR: 9/9
REANIMACION: NO
INTUBACION: NO
OXIGENO: NO
PESO AL NACER: 3.365 GR
TALLA: 53 CM
PC: 35 CM PT: 34 CM T/A: 32 CM
SEXO: MASCULINO

Scanned with CamScanner

CLINICA LA ERMITA
800491883
CL 29D 20 A 18 PIE DE LA POPA

1007710996

HISTORIA CLINICA No. CC 1007710996 – MICHAEL TATIANA FLOREZ SEPULVEDA
Empresa: UT CLINICA ERMITA - MEDICINA INTEGRAL - PO Afiliado: REGIMEN ESPECIAL
Fec. Nacimiento: 09/03/1999 Edad actual: 22 AÑOS Sexo: F Grupo Sanguineo: Estado Civil: Union Libre
Telefono: 3208355275 Direccion: BARRIO OLAYA
Barrio: CENTRO Departamento: BOLIVAR
Municipio: CARTAGENA D.TURISTICO Ocupación: No se tiene información
Nacionalidad: Ninguno de los Anteriores Grupo Etnico: Ninguno de los anteriores
Nivel Educativo: NO DEFINIDO Atención Especial: NO APLICA
Discapacidad: NINGUNA Grupo Poblacional: MUJER EMBARAZADA

FC: 121 LPM - FR: 44 RPM - T°: 36.5°C - SAO2: 95 %.
PIEL ACEPTABLE ESTADO GENERAL - ROSADO - LLANTO FUERTE
CABEZA: NORMOCEFALO, FONTANELAS NORMOTENSAS, PABELLON AURICULAR CON BUENA IMPLANTACION, PUPILAS
REACTIVAS A LA LUZ, PALADAR INTEGRO, CORNAS Y ESOFAGO PERMEABLES, NO ALETEO NASAL, MUCOSA ORAL
HUMEDA
CUELLO: MOVIL SIMETRICO, SIN ADENOPATIAS PALPABLES.
TORAX: EXPANSIBLE - SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA- CON BUENA ENTRADA DE AIRE BILATERAL, S/H
AGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS.
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NI MEGALIAS, ONFALO PREZADO CON DOS ARTERIAS Y UNA VENA,
GENITALES: NORMOCONFIGURADOS, COLUMNA VERTEBRAL SIN LESIONES EVIDENTES, EXTREMIDADES: EUTROFICAS, PULSOS
SIMETRICOS PRESENTES, LLENADO CAPILAR
< SEGUNDOS,
NEURO: ACTIVO - REACTIVO - REFLEJOS PRIMITIVOS PRESENTE
EDAD: 22 AÑOS (261,5 SEMANAS 3,360 GR)
PIEL:
TURGOR:
TRASO DE PARTO: MATERNO
DIETA:
LECHE MATERNA A LIBRE DEMANDA
FARMACOLOGICOS:
VITAMINA K: APLICADO 1 MILIGRAMO INTRAMUSCULAR EN CARA LATERAL DEL MUSLO DERECHO.
HABITOS:
VOMITO:
TEJIDO CELULAR: NORMAL
PLAN DE HOSPITALIZACION:
UNIDAD: UCI DE ENFERMERIA
CONTROL DE SIGNOS VITALES Y AVISAR CAMBIOS
CONTROL DE ONFALO CADA 8 HORAS.
PUESTA AL DIA DE ESQUEMA DE VACUNACION
ANTIBIOTICOS:
SEGUIR MANEJO POR PEDIATRIA.
REMITIDO: SOLICITADO POR: ALCIDES RAFAEL SANCHEZ CARDA Fecha: 25/07/22 22:16:22

ALCIDES RAFAEL SANCHEZ CARDA
Pediatra
Registro:

SEDE DE ATENCION: 0306 CLINICA CONCEPCION
FOLIO: 33 FECHA: 25/07/2022 22:08:29 TIPO DE ATENCION: HOSPITALIZACION Edad: 22 AÑOS
UNIDAD: ENFERMERIA
PACIENTE FEMENINO MAYOR DE EDAD A SALA DE RECUPERACIÓN, PROVENIENTE DE SALA DE PARTO EN SILLA DE RUEDA, CON DX DE POST PARTO VAGINAL NORMAL TRANQUILA, CONSIENTE, ORIENTADA, SE

CLINICA LA ERMITA
800491883
CL 29D 20 A 18 PIE DE LA POPA

1007710996

HISTORIA CLINICA No. CC 1007710996 – MICHAEL TATIANA FLOREZ SEPULVEDA
Empresa: UT CLINICA ERMITA - MEDICINA INTEGRAL - PO Afiliado: REGIMEN ESPECIAL
Fec. Nacimiento: 09/03/1999 Edad actual: 22 AÑOS Sexo: F Grupo Sanguineo: Estado Civil: Union Libre
Telefono: 3208355275 Direccion: BARRIO OLAYA
Barrio: CENTRO Departamento: BOLIVAR
Municipio: CARTAGENA D.TURISTICO Ocupación: No se tiene información
Nacionalidad: Ninguno de los Anteriores Grupo Etnico: Ninguno de los anteriores
Nivel Educativo: NO DEFINIDO Atención Especial: NO APLICA
Discapacidad: NINGUNA Grupo Poblacional: MUJER EMBARAZADA

MERCEDES DEL ROSARIO RAMIREZ ESCANDON
Reg.
ENFERMERIA II

SEDE DE ATENCION: 0306 CLINICA CONCEPCION
FOLIO: 33 FECHA: 25/07/2022 23:24:34 TIPO DE ATENCION: HOSPITALIZACION Edad: 22 AÑOS
NOTAS ENFERMERIA
SE TRASLADA PACIENTE EN CAMILLA AL SERVICIO DE HOSPITALIZACION DE 4 PISO, TRANQUILA, CONSIENTE,
ON RECIEN NACIDO AL LADO , EN COMPAÑIA DE CAMILLERO EN TURNO Y FAMILIAR, SE ENTREGA HC
, VACUNAS, Y DAU. NO SE ENTREGA DAU POR PROBLEMAS EN SISTEMA. SE DUELCE LE INFORMA A
A DEJE LOS PERTES.
MERCEDES DEL ROSARIO RAMIREZ ESCANDON Fecha: 25/07/22 23:43:26

MERCEDES DEL ROSARIO RAMIREZ ESCANDON
Reg.
ENFERMERIA II

SEDE DE ATENCION: 0306 CLINICA CONCEPCION
FOLIO: 35 FECHA: 26/07/2022 09:22:45 TIPO DE ATENCION: HOSPITALIZACION Edad: 23 AÑOS
FORMULA MEDICA ESTANDAR
DIETA
Cantidad
Via: INTRAVENOSO Frecuencia: 8 Horas Estado: NUEVO

EVOLUCION
EVOLUCION MEDICO
MOTIVO: INGRESO HOSPITALIZACION SALA GENERAL
PACIENTE FEMENINA DE 23 AÑOS DE EDAD QUIEN INGRESA A HOSPITALIZACION DE SALA GENERAL CON LOS SIGUIENTES
DIAGNOSTICO:
POSTPARTO VAGINAL ASISTIDO 25/07/22 21HRS
RECIEN NACIDO VIVO A TERMINO SEXO MASCULINO (PESO: 3260GR)
ALTA CERO INMEDIATO
FOTOTERAPIA MEDIO LATERAL
INFECCION DE VIAS URINARIAS E COLI MULTISENSIBLE NO TRATADA
PACIENTE REFIERE LEVE DOLOR TIPO COLICO EN REGION ABDOMINAL - ESCASO SANGRADO POR GENITALES- HEPICRE
HEMORRAGIAS Y DEPOSICIONES PRESENTES- NIEGA FIEBRE U OTROS SINTOMAS

CLINICA LA ERMITA
800491883
CL 29D 20 A 18 PIE DE LA POPA

1007710996

HISTORIA CLINICA No. CC 1007710996 – MICHAEL TATIANA FLOREZ SEPULVEDA
Empresa: UT CLINICA ERMITA - MEDICINA INTEGRAL - PO Afiliado: REGIMEN ESPECIAL
Fec. Nacimiento: 09/03/1999 Edad actual: 22 AÑOS Sexo: F Grupo Sanguineo: Estado Civil: Union Libre
Telefono: 3208355275 Direccion: BARRIO OLAYA
Barrio: CENTRO Departamento: BOLIVAR
Municipio: CARTAGENA D.TURISTICO Ocupación: No se tiene información
Nacionalidad: Ninguno de los Anteriores Grupo Etnico: Ninguno de los anteriores
Nivel Educativo: NO DEFINIDO Atención Especial: NO APLICA
Discapacidad: NINGUNA Grupo Poblacional: MUJER EMBARAZADA

DE OXITOCINA 10 UNIDADES EN 500 CC DE SSN PASS A 30GOTAS EN TOTAL DE 10 HORAS, SONDA DE FOLEY No 16
PALPABLE INTRAABDOMINAL, UTERO CONTRAIDO, SANGRADO VAGINAL ESCASO, SIN PRESENCIA DE COAGULOS
ENFERMERIA ES UNICA EN CASA DE 1,35 MONITOREADA Y SE VERIFICA FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO FIRMADO
UNICO VIVO DE SEXO MASCULINO SIN ANOMALIAS.
Nota realizada por: MERCEDES DEL ROSARIO RAMIREZ ESCANDON Fecha: 25/07/22 23:43:26

MERCEDES DEL ROSARIO RAMIREZ ESCANDON
Reg.
ENFERMERIA II

SEDE DE ATENCION: 0306 CLINICA CONCEPCION
FOLIO: 33 FECHA: 25/07/2022 23:43:02 TIPO DE ATENCION: HOSPITALIZACION Edad: 22 AÑOS
NOTAS ENFERMERIA
23:40 PACIENTE EN TU UNIDAD TRANQUILA, SE TOMOSA RAFAEL DE ORDENA ENFERMERIA Y AVISO, CASO SE LE
EN PIEDRA RECIEN NACIDO EN MEJOR MOMENTO CONTRACTIL DE LA EDUCACION DE LACTANCIA MATERNA EXITOSA, SE VIDEO POR EN AMBOS
Nota realizada por: MERCEDES DEL ROSARIO RAMIREZ ESCANDON Fecha: 25/07/22 23:43:26

MERCEDES DEL ROSARIO RAMIREZ ESCANDON
Reg.
ENFERMERIA II

SEDE DE ATENCION: 0306 CLINICA CONCEPCION
FOLIO: 33 FECHA: 25/07/2022 23:43:02 TIPO DE ATENCION: HOSPITALIZACION Edad: 22 AÑOS
NOTAS ENFERMERIA
23:40 BUENAS POR CX ENFERMERIA SE PRUEBA SANGRADO VAGINAL Y ESTABLECE EL TONO UTERINO CONTRAIDO Y SANGRADO
VAGINAL ESCASO, DE CAMILLA PARA INICIAR EGRESO AL SEGUIMIENTO DE CRITERIO, ATENTA A CUALQUIER
Nota realizada por: MERCEDES DEL ROSARIO RAMIREZ ESCANDON Fecha: 25/07/22 23:43:26

CLINICA LA ERMITA
800491883
CL 29D 20 A 18 PIE DE LA POPA

1007710996

HISTORIA CLINICA No. CC 1007710996 – MICHAEL TATIANA FLOREZ SEPULVEDA
Empresa: UT CLINICA ERMITA - MEDICINA INTEGRAL - PO Afiliado: REGIMEN ESPECIAL
Fec. Nacimiento: 09/03/1999 Edad actual: 22 AÑOS Sexo: F Grupo Sanguineo: Estado Civil: Union Libre
Telefono: 3208355275 Direccion: BARRIO OLAYA
Barrio: CENTRO Departamento: BOLIVAR
Municipio: CARTAGENA D.TURISTICO Ocupación: No se tiene información
Nacionalidad: Ninguno de los Anteriores Grupo Etnico: Ninguno de los anteriores
Nivel Educativo: NO DEFINIDO Atención Especial: NO APLICA
Discapacidad: NINGUNA Grupo Poblacional: MUJER EMBARAZADA

PRODUCTIVAS NO CONGESTIVAS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, MURMULLO VESICULAR UNIFORME SIN
SOBREAGREGADOS, ABDOMEN: UTERO CONTRAIDO INFRAUMBILICAL DOLOROSO, CON LOQUIOS ESCASOS NO
PROFUNDA EN HIPOGASTRIO NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, PUJO Y EXPULSIVO NEGATIVO, DEJITALES SIN PARA
LOQUIOS HEMATICOS ESCASOS NO PRESOS, TAPA NS EPISIOTOMIA MEDIO LATERAL IZQUIERDA SUTURADA
INFECCION LOCAL, NO DEHISCENCIA DE SUTURA, NO COLECCIONES, CON SIGNOS DE INFLAMACION NO SIGNOS DE
PRESENTES, SUELVE DURO CARNAL, SIN SIGNOS DE INFECCION SEVERA O MORDIDA ASISTENCIAL, NO DEFICITS
PARACLINICO EXTRAINTRAHOSPITALARIO
ANTECEDENTES: NIEGA ENFERMEDADES CRONICAS, NEGATIVO A CIRUGIAS PREVIAS, NEGATIVO A ALERGIAS
ACTUAL: PACIENTE EN DU POST PARTO VAGINAL NORMAL EN ESTADO GINECOOBSTETRICO ESTABLE, INGRESA A SALA GENERAL CONSCIENTE
LEVE DOLOR TIPO COLICO EN REGION HIPOGASTRICA, SANGRA SIN ADICIONALES, CON LOQUIOS HEMATICOS ESCASOS
TOLERANDO DIETA, DEAMBULANTE NORMAL CON SUFICIENTE DE SOLUCIONES ENDOVENOSAS, CON SIGNOS VITALES EN RANGOS FISIOLOGICOS
GENITALES: SE CONSIDERA GENITALES SIN SIGNOS ACTIVOS DE SANGRADO, SIN SIGNOS DE INFECCION, SIN SIGNOS DE
FUNCIONAMIENTO, MANGUERA, COLUMNA OSTEOMUSCULAR ESTABLE, EXTREMIDADES SIMETRICAS, SIN EDEMAS, PULSOS
ESTABLES ATENTA A EVOLUCION CLINICA.
PLAN:
- ESTANCIA EN SALA GENERAL
- DIETA CORRIENTE
- SSN 0.9% 500 CC + 10 UNIDADES DE OXITOCINA PASS A 30 GOTAS
- CEFALOTINA 1GR IV CADA 8 HORAS (DOSIS TOTAL)
- DIPIRONA 2 GR IV CADA 8 HORAS (DOSIS TOTAL)
- ACETAMINOFEN 1 GRAMO CADA 8 HORAS
- VIGILAR SIGNOS DE SEGURIDAD
- VIGILAR SANGRADO POR GENITALES CONTEO
- CSV A 37 AO

NOTA INGRESO A HOSPITALIZACION DE RECIEN NACIDO

RECIEN NACIDO A TERMINO DE SEXO MASCULINO PRODUCTO DE PARTO VAGINAL SIN COMPLICACIONES
PRODUCTO DE PARTO VAGINAL SIN COMPLICACIONES
MADRE REFIERE RECIEN NACIDO TRANQUILO, LACTANDO ADECUADAMENTE
RECIEN NACIDO PORTADO NORMOCEFALO, SIGNOS Y FONTANELAS NORMOTENSAS, CORNEAS, PUPILAS REACTIVAS A LA LUZ
HABITUAL Y FISIOLOGICAS, PALADAR FANTASTICO, CUELLO MOVIL SIN MASAS, TORAX SIMETRICO, NO USO DE MUSCULOS
PULMONES CON BUENA ENTRADA DE AIRE BILATERAL SIN AGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, ABDOMEN
BLANDO, NO MASAS NI MEGALIAS, ONFALO CON BUEN ESTADO, SIN SIGNOS DE INFECCION, GENITALES DE ACUERDO A SEXO
EUTROFICOS, PULSOS, ACTIVO, REACTIVO, REFLEJOS PRIMITIVOS PRESENTES, NO ALTERACIONES NEUROLOGICAS
ATENTOS.
SE TRATA DE PACIENTE QUIEN EN PRIMERAS 24 HORAS DE VIDA, PRESENTE CAMBIOS FISIOLOGICOS DE ADAPTACION, CON ADECUADA
ADAPTACION NEONATAL, FAVORABLE PARA LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN CASA, SIN SIGNOS VITALES
DENTRO DE PARAMETROS NORMALES, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CON ADECUADA SUCCION Y REFLEJO
ATENTOS.
ALOJAMIENTO CONJUNTO
LACTANCIA MATERNA A LIBRE DEMANDA
DA REPOSO RESTO DE TURNO

Scanned with CamScanner

CLINICA LA ERMITA
800481883
CL 29D 20 A 18 PIE DE LA POPA

Pag. 17
Fecha: 26/07/22
1007710996

HISTORIA CLINICA No. CC 1007710996 – MICHAEL TATIANA FLOREZ SEPULVEDA
Empresa: UT CLINICA ERMITA - MEDICINA INTEGRAL - PO Afiliado: REGIMEN ESPECIAL
Fec. Nacimiento: 02/02/1999 Edad actual: 22 AÑOS Sexo: F Grupo Sanguíneo: Estado Civil: Union Libre
Teléfono: 3502252375 Dirección: BARRIO OLAYA
Barrio: CENTRO Departamento: BOLIVAR
Municipio: CARTAGENA D.TURISTICO Ocupación: No se tiene información
Etnia: Ninguna de las Anteriores Grupo Etnico: Ninguno de los anteriores
Nivel Educativo: NO DEFINIDO Atención Especial: NO APLICA
Discapacidad: NINGUNA Grupo Poblacional: MUJER EMBARAZADA

CUIDADOS GENERALES DEL RECIEN NACIDO
Evolución realizada por: MALKA ESPINOSA ORTIZ-Fecha: 26/07/22 09:23:56

MALKA ESPINOSA ORTIZ
Reg. 3748
MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN 0304 CLINICA CONCEPCION Edad: 22 AÑOS
FOLIO 36 FECHA 26/07/2022 09:25:58 TIPO DE ATENCION HOSPITALIZACION

FORMULA MEDICA ESTANDAR

Cantidad Descripción
1.00 MEDROXIPROGESTERONA ACETATO 150 MG SUSPENSION INYECTABLE 150 mg
Dosis: 1.00 AMPOLLA Vía: INTRAMUSCULAR Frecuencia: Dosis Única Estado: NUEVO
Esquema:
Observación: PREVIO EGRESO

EVOLUCION
EVOLUCION MEDICO
SE CARGA ANTICONCEPTIVO
Evolución realizada por: MALKA ESPINOSA ORTIZ-Fecha: 26/07/22 09:25:58

MALKA ESPINOSA ORTIZ
Reg. 3748
MEDICINA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN 0304 CLINICA CONCEPCION Edad: 22 AÑOS
FOLIO 38 FECHA 26/07/2022 07:05:17 TIPO DE ATENCION HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA
13:20 INGRESA PACIENTE DE SEXO FEMENINO TRANQUILA CONSIENTE ORIENTADA PROCEDENTE DE SALA DE PARTO EN COMPAÑÍA DE FAMILIAR CAMILLERO Y AUXILIAR, TURNO EN SILLA DE RUEDA CON RN NACIDO VIVO DE SEXO MASCULINO EN BRAZOS CON ID ANOTADO EN HISTORIA CLINICA GINECOLOGO, AL SALUDO DICE SENTIRSE BIEN, SE OBSERVA RESPIRANDO OXIGENO A MEDIO AMBIENTE, VENA CANALIZADA EN MSI CON LÍQUIDOS CERRADOS SE UBICA EN CAMA [illegible] DE IDENTIFICACION EN LA QUE COINCIDEN LOS DATOS DE LA PACIENTE, MAMAS APTAS PARA LACTANCIA MATERNA, ABDOMEN BLANDO AL PALPAR, SE REVISA PAÑAL TIENE SANGRADO VAGINAL EN REGULAR CANTIDAD SE [illegible] INMEDIATAMENTE POR LA MEDICO EN TURNO QUIEN LE HACE MASAJES EXTRAENDOLE COAGULOS [illegible] CARACTERISTICAS ANORMALES, CAMA CON BARANDAS LEVANTADAS PROPORCIONANDO SEGURIDAD Y PREVENCION DE CAIDAS, ORINA CLARA ESPONTANEA MIEMBROS INFERIORES SIMÉTRICOS, SIN EDEMA CON RECIEN NACIDO AL LADO MATERNO EN BRAZOS DE SU MADRE EN BUEN ESTADO GENERAL, CON MANEJO POR PEDIATRÍA, SE OBSERVA APEGO Y [illegible] A LA LACTANCIA MATERNA EN BRAZOS DE LA MADRE PESO ADECUADO PARA LA EDAD GESTACIONAL COLOR [illegible] CON MANILLA DE IDENTIFICACIÓN EN MSD QUE COINCIDE CON LA MADRE [illegible]

CLINICA LA ERMITA
800481883
CL 29D 20 A 18 PIE DE LA POPA

Pag. 18
Fecha: 26/07/22
1007710996

HISTORIA CLINICA No. CC 1007710996 – MICHAEL TATIANA FLOREZ SEPULVEDA
Empresa: UT CLINICA ERMITA - MEDICINA INTEGRAL - PO Afiliado: REGIMEN ESPECIAL
Fec. Nacimiento: 02/02/1999 Edad actual: 22 AÑOS Sexo: F Grupo Sanguíneo: Estado Civil: Union Libre
Teléfono: 3502252375 Dirección: BARRIO OLAYA
Barrio: CENTRO Departamento: BOLIVAR
Municipio: CARTAGENA D.TURISTICO Ocupación: No se tiene información
Etnia: Ninguna de los Anteriores Grupo Etnico: Ninguno de los anteriores
Nivel Educativo: NO DEFINIDO Atención Especial: NO APLICA
Discapacidad: NINGUNA Grupo Poblacional: MUJER EMBARAZADA

- MANEJO DEL DOLOR
- MEDIOS FISICOS EN GENITALES EXTERNOS
- VIGILAR BOLO DE SEGURIDAD DE PINARD
- VIGILAR SANGRADO POR GENITALES EXTERNOS
- CSV Y AC
Evolución realizada por: NATALY PAOLA GONZALEZ MARRUGO-Fecha: 26/07/22 09:39:12

NATALY PAOLA GONZALEZ MARRUGO
Reg. 1047410330
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

ANALISIS Y PLAN

SEDE DE ATENCIÓN 0304 CLINICA CONCEPCION Edad: 22 AÑOS
FOLIO 41 FECHA 26/07/2022 11:27:23 TIPO DE ATENCION HOSPITALIZACION

RECOMENDACIONES
ACUDIR A CITA DE CONTROL CON PEDIATRIA EN 3-5 DIAS
OBSERVACION EVOLUCION ENFERMERIA:

EVOLUCION
EVOLUCION MEDICO
EGRESO DEL RECIEN NACIDO
HEMOCLASIFICACION: O POSITIVO VDRL: NO REACTIVO,
SUCCION ADECUADA: X DEPOSICIONES: X DIURESIS: X
RECIEN NACIDO CON DIAGNOSTICOS DE:
-RECIEN NACIDO DE 39.3 SEMANAS DE GESTACION.
-PESO, TALLA Y PERIMETRO CEFALICO ADECUADO PARA LA EDAD GESTACIONAL.
-NEONATO SIN DISMORFIA APARENTE.
*SUBJETIVO: MADRE REFIERE QUE RECIEN NACIDO HA TOLERANDO APORTES ENTERALES POR SUCCION, DIURESIS, RECIBIENDO LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA A LIBRE DEMANDA.
*SIGNOS VITALES
- FRECUENCIA CARDIACA: 140 LATIDOS POR MINUTO
- FRECUENCIA RESPIRATORIA: 35 RESPIRACIONES POR MINUTO
- TEMPERATURA: 35.5° CENTIGRADOS
- SATURACION DE OXIGENO: 99% AL AIRE AMBIENTE
*EXAMEN FISICO:
- CABEZA: NORMOCEFALO, GLOBOS OCULARES PRESENTES, REFLEJO ROJO SIMETRICO Y PRESENTE EN AMBOS OJOS, APERTURA OCULAR ESPONTANEA, NARINAS PERMEABLES, FOSAS NASALES Y TABIQUE SIMÉTRICO, COANAS PERMEABLES, PALADAR DURO INTEGRO, OREJAS DE ADECUADA IMPLANTACION, CONDUCTOS AUDITIVOS EXTERNOS PERMEABLES.
- CUELLO: MÓVIL, SIMÉTRICO, RANGOS DE MOVIMIENTOS CONSERVADOS, SIN ADENOPATÍAS, ESOFAGO PERMEABLE.
- TORAX: EXPANSIBLE, SIMETRICO, SIN TIRAJES, PULMONES CLAROS CON BUENA ENTRADA DE AIRE BILATERAL, SIN AGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULSOS CENTRALES PALPABLES, PERFUSION DISTAL INMEDIATA.
- ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, SIN MASAS NI VISCEROMEGALIAS, PERISTALSIS POSITIVA, ONFALO CLAMPEADO Y

CLINICA LA ERMITA
800481883
CL 29D 20 A 18 PIE DE LA POPA

1007710996

HISTORIA CLINICA No. CC 1007710996 – MICHAEL TATIANA FLOREZ SEPULVEDA
Empresa: UT CLINICA ERMITA - MEDICINA INTEGRAL - PO Afiliado: REGIMEN ESPECIAL
Fec. Nacimiento: [illegible] Edad actual: 22 AÑOS Sexo: F Grupo Sanguíneo: Estado Civil: [illegible]
Teléfono: 3502252375 Dirección: BARRIO OLAYA
Barrio: CENTRO Departamento: BOLIVAR
Municipio: CARTAGENA D.TURISTICO Ocupación: No se tiene información
Etnia: Ninguna de los Anteriores Grupo Etnico: Ninguno de los anteriores
Nivel Educativo: NO DEFINIDO Atención Especial: NO APLICA
Discapacidad: NINGUNA Grupo Poblacional: MUJER EMBARAZADA

CONTROL DE SIGNOS VITALES ANOTADOS [illegible]
[illegible] RONDA DE ENFERMERIA PACIENTE RECIBE TTO ORDENADO
ACETAMINOFEN 1GR VO + CEFAZOLINA DE 1GR IV SIN NOVEDAD
[illegible] SE OBSERVA PTE ESTABLE [illegible] ALIMENTACION POR SENO MATERNO [illegible]
07:00 SE OBSERVA PTE ESTABLE DORMIDA PTE QUE MEJORA EL SANGRADO
04:30 RONDA DE ENFERMERIA PACIENTE EN LA UNIDAD CON FAMILIAR
05:00 SE LE HACE ARREGLO DE LA UNIDAD ASEO PERSONAL CAMBIO DE SABANAS
06:00 SE LE HACE CONTROL DE SV RECIBE TTO ACETAMINOFEN [illegible]
[illegible] QUEDA PTE EN LA UNIDAD ESTABLE BAJO OBSERVACION MEDICA [illegible]
[illegible]
Nota realizada por: [illegible]

[illegible]
Reg.
AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN 0304 CLINICA CONCEPCION Edad: 22 AÑOS
FOLIO [illegible] FECHA 26/07/2022 [illegible] TIPO DE ATENCION HOSPITALIZACION

EVOLUCION
EVOLUCION MEDICO
*****EVOLUCION MEDICA GINECOLOGIA*****
PACIENTE FEMENINA DE 22 AÑOS DE EDAD CON DX DE:
1. POSTPARTO VAGINAL ASISTIDO + EPISIORRAFIA MEDIO-LATERAL [illegible]
2. RECIEN NACIDO ÚNICO VIVO AL CASO
3. PUERPERIO FISIOLÓGICO MEDIATO
4. INFECCION DE VIAS URINARIAS POR E COLI [illegible]
[illegible]

PLAN
- HOSPITALIZACION [illegible]
- DIETA [illegible]

CLINICA LA ERMITA
800481883
CL 29D 20 A 18 PIE DE LA POPA

1007710996

HISTORIA CLINICA No. CC 1007710996 – MICHAEL TATIANA FLOREZ SEPULVEDA
Empresa: UT CLINICA ERMITA - MEDICINA INTEGRAL - PO Afiliado: REGIMEN ESPECIAL
Fec. Nacimiento: [illegible] Edad actual: 22 AÑOS Sexo: F Grupo Sanguíneo: Estado Civil: Union Libre
Teléfono: 3502252375 Dirección: BARRIO OLAYA
Barrio: CENTRO Departamento: BOLIVAR
Municipio: CARTAGENA D.TURISTICO Ocupación: No se tiene información
Etnia: Ninguna de los Anteriores Grupo Etnico: Ninguno de los anteriores
Nivel Educativo: NO DEFINIDO Atención Especial: NO APLICA
Discapacidad: NINGUNA Grupo Poblacional: MUJER EMBARAZADA

-NEUROLOGICO: [illegible]
- EXTREMIDADES: [illegible]
NORMAL.
- PIEL: ROSADA [illegible]
PLAN
1. EGRESO
2. LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA A LIBRE DEMANDA
3. CONTROL POR [illegible]
4. ACUDIR AL SERVICIO DE URGENCIAS EN CASO DE LOS SIGUIENTES SIGNOS DE ALARMA:
- FIEBRE CUANTIFICADA (TEMPERATURA AXILAR IGUAL O MAYOR A 38°C)
- VÓMITOS O INTOLERANCIA A LA VÍA ORAL
- RECHAZO A LA ALIMENTACIÓN
- EXCESIVA COLORACIÓN AMARILLA EN LA PIEL [illegible]
- SI RESULTADO PARA RESPIRAR, SE OBSERVAN [illegible] O RESPIRE DE FORMA [illegible]
- SI PRESENTA [illegible]
- IRRITABILIDAD
- SOMNOLENCIA
- FONTANELA ABOMBADA O TENSA
5. RECOMENDACIONES:
- DAR AL RECIEN NACIDO LECHE MATERNA EXCLUSIVA A LIBRE DEMANDA [illegible]
- CURACION DE OMBLIGO CADA [illegible] HORAS CON AGUA Y JABON [illegible]
- CAMBIAR PAÑAL DESPUES DE CADA DEPOSICION
- MANTENER AL RECIEN NACIDO ABRIGADO.
- EVITAR CONTACTO CERCANO CON ADULTOS O NIÑOS ENFERMOS
- EVITAR CONTACTO CERCANO CON OTROS NIÑOS [illegible]
- LAVADO FRECUENTE DE MANOS DE ADULTOS QUE INTERACTUAN CON EL RECIEN NACIDO.
- INSCRIBIR EN EL PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO
- CONTINUAR ESQUEMA DE VACUNACION
- SOLICITAR [illegible]
- SE INDICA [illegible]
- CITA CON PEDIATRIA EN 3-5 DIAS
Evolución realizada por: [illegible]

[illegible]
Reg. [illegible]
PEDIATRIA [illegible]

SEDE DE ATENCIÓN [illegible] CLINICA CONCEPCION Edad: 22 AÑOS
FOLIO [illegible] FECHA 26/07/2022 [illegible] TIPO DE ATENCION HOSPITALIZACION

Scanned with CamScanner

CLINICA LA ERMITA

900491693

CL 25D 26 A 16 PIE DE LA POPA

Pag 21 de 23

Fecha: 26/07/22

Ordenes: 6

1007710996

HISTORIA CLINICA No. CC 1007710996 -- MICHAEL TATIANA FLOREZ SEPULVEDA

Entidad: CLINICA LA ERMITA -MEDICINA INTEGRAL - PO Afiliado: REGIMEN ESPECIAL

Fec. Nacimiento: 05/09/1999 Edad actual:22 AÑOS Sexo: F Grupo Sanguíneo: Estado Civil: Unión Libre

Teléfono: 3205535312 Dirección: BARRIO OLAYA

Barrio: CENTRO Departamento: BOLIVAR

Ocupación: CONTADURIA O TURISTICO Ocupación: No se tiene información

Grupo Etnico: Ninguno de los anteriores

Atención Especial: NO APLICA

Grupo Poblacional: MUJER EMBARAZADA

ADMISION DE URGENCIAS

MOTIVO DE CONSULTA

PACIENTE FEMENINO DE 22 AÑOS EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION TRANQUILA CONSCIENTE ORIENTADA CON PATRON VAGINAL NORMAL +FUCION NACIDO DE SEXO MASCULINO+PULMONAL EN HISTORIA CLINICA CON MANEJO SOLO AL SALUDO DICE SENTIRSE MEJOR SE OBSERVA RECIBIENDO OXIGENO A MEDIO AMBIENTE, VENA CANALIZADA MEDIO A SU FLUJO DERECHO + PULSERA DE IDENTIFICACIÓN EN LA QUE COINCIDEN LOS DATOS DE LA PACIENTE, CONVERSANDO AL PALPAR , CAMA CON BARANDAS LEVANTADAS PROPORCIONANDO SEGURIDAD Y PREVENCION DE CAIDAS CUIDADO DE MANERA PERMANENTE MIEMBROS INFERIORES SIMETRICOS BAJO OBSERVACION MEDICA Y CUIDADOS DE ENFERMERIA 27 20 SE REALIZA RONDA DE ENFERMERIA SE OBSERVA PACIENTE ESTABLE AL SALUDO MANIFIESTA "ESTOY BIEN" + PACIENTE ES VALORADA EN RONDA MEDICA QUIENES DEJAN ORDEN MEDICA A SEGUIR RECIBE A CONFORME VIA ORAL SIN NOVEDAD 10:00 SE TOMAN SIGNOS VITALES Y SE REGISTRAN +12:00 RECIBE ALMUERZO ORDENADO ACETAMINOFEN 1 GR VO +CEFAZOLINA 1 GR IV POR JEFE EN TURNO 13:30 RECIBE DIETA VIA L CONFORME 15:00 SE ORDENA PACIENTE LACTANDO A LIBRE DEMANDA 17:00 RECIBE DIETA VIA ORAL CONFORME 18:00 RECIBE TRATAMIENTO ORDENADO ACETAMINOFEN 1 GR VO +CEFAZOLINA 1 GR IV POR JEFE EN TURNO 18:00 QUEDA EN BUEN CUIDADO MEDICO Y AUXILIAR

Realizado por: MILDREDO DEL CARMEN MARRIAGA TROCHA Fecha: 26/07/22 18:18:12

MILDREDO DEL CARMEN MARRIAGA TROCHA

ENFERMERA

SEDE DE ATENCIÓN: 0309 CLINICA CONCEPCION Edad 22 AÑOS

FOLIO: 45 FECHA: 26/07/2022 20:00:15 TIPO DE ATENCION: HOSPITALIZACION

ANALISIS Y PLAN

IDENTIFICACION

21 DIAS, PARTO CONFIRMADO Tipo: PRINCIPAL

DIAGNOSTICO

O80 PARTO UNICO ESPONTANEO Sin OTRA ESPECIFICACION Tipo: RELACIONADO

EVOLUCION NOTAS

EVOLUCION MEDICA POR: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA Fecha de Orden: 25/07/2022

Observación: En la valoración de hoy realizada en la fecha: 03/08/22

PRESCRIPCIONES

1 EPISIOTOMIA VAGINAL + EPISIORRAFIA MEDIO LATERAL 25/07/2022 - 21:20 HRS)

1 ACETAMINOFEN

2 CEFAZOLINA

3 OXITOCINA 20 UI MULTIDOSIS/NIVEL SIN TTO

4 ATENCION

EVOLUCION MEDICA POR: GINECOLOGIA GENERAL Fecha de Orden: 28/07/2022

Observación: En la valoración de hoy realizada en la fecha: 03/08/22

PRESCRIPCIONES

1 EPISIOTOMIA VAGINAL + EPISIORRAFIA MEDIO LATERAL 25/07/2022 - 21:20 HRS)

ADMISION DE URGENCIAS

CLINICA LA ERMITA

900491693

CL 25D 26 A 16 PIE DE LA POPA

Pag 22 de 23

Fecha: 26/07/22

Ordenes: 6

1007710996

HISTORIA CLINICA No. CC 1007710996 -- MICHAEL TATIANA FLOREZ SEPULVEDA

Entidad: CLINICA LA ERMITA -MEDICINA INTEGRAL - PO Afiliado: REGIMEN ESPECIAL

Fec. Nacimiento: 05/09/1999 Edad actual:22 AÑOS Sexo: F Grupo Sanguíneo: Estado Civil: Unión Libre

Teléfono: 3205535312 Dirección: BARRIO OLAYA

Barrio: CENTRO Departamento: BOLIVAR

Ocupación: CONTADURIA O TURISTICO Ocupación: No se tiene información

Grupo Etnico: Ninguno de los anteriores

Atención Especial: NO APLICA

Grupo Poblacional: MUJER EMBARAZADA

PAUTA MEDICA CON:

ACETAMINOFEN 500 MG VIA ORAL CADA 8 HORAS POR DOLOR

HIERRO 300 MG VIA ORAL CADA 24 HORAS

ESPORINA DIGESTERONA AMP APLICAR INTRAMUSCULAR A LOS 21 DÍAS POST PARTO Y CONTINUAR CADA 3 MESES

CITA CONTROL CONSULTA EXTERNA DE GINECOLOGIA EN 7 DIAS

CITA A PLANIFICACION FAMILIAR

RECOMENDACIONES GENERALES: LAVADO DE GENITALES CON AGUA Y JABON DE BAÑO, EN CASO DE SUTURA EN GENITALES LIMPIAR CON GASA MATERIAL ABSORBIBLE, PUERPERIO NORMAL, LACTANCIA MATERNA A LIBRE DEMANDA, DIETA BALANCEADA.

SIGNOS DE ALARMA, ACUDIR A URGENCIAS EN CASO DE: DOLOR ABDOMINAL INTENSO QUE NO CEDE A ANALGESICO, SANGRADO VAGINAL ACTIVO Y ABUNDANTE, FIEBRE, SINTOMATOLOGIA URINARIA, DOLOR DE CABEZA INTENSO PERSISTENTE, CAMBIOS EN OIDOS, PRESION ARTERIAL MAYOR O IGUAL A 140/90.

Realizado por: ALFONSO ALFREDO RIVERO RAGOS MD 2 Fecha: 28/07/22 20:01:49

ALFONSO ALFREDO RIVERO RAGOS MD

MEDICO

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Scanned with CamScanner

CLINICA DE LA MUJER CARTAGENA S.A.S.
Código del Prestador: 130010314101 Nit: 901031682-4
Dirección: AV Pedro de heredia N°35 - 119
Teléfono: 6448161-6624187
Web: www.clinicadelamujer.com
Email: clinicadelamujerctg@clinicadelamujerctg.com

Fecha de Impresión: 2022/08/13 06:20:30

Epicrísis

Datos del Paciente

Identificación:	PT - 6609485	Paciente:	NAVARRO ROJAS AILEEN ALEXANDRA		
Fecha Ingreso:	2022/08/13	Hora Ing:	00:01	Ingreso:	[illegible]
				Unidad Funcional:	HOSPITALIZACION 2
Fecha y Hora Atencion: 2022/08/13 00:42:26					
Fecha Naci:	2002-11-20	Edad:	19 años	Sexo:	F
Telefono:	3158317112,	Estrato:	EXENTO DE PAGO	Municipio:	CARTAGENA
Dirección:	CALLE 30E				
Empresa:	COOPERATIVA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL DE LA ZONA SUR ORIENTAL DE CARTAGENA LTDA COOSALUD LTDA				
Contrato:	CONTRATO No 35 : COOSALUD SUBSIDIADO- EPISODIOS				
Acompañante:			Tel. Acompañante:		

DATOS HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES

MOTIVO DE CONSULTA: TEGO DOLOR
ENFERMEDAD ACTUAL: PACIENTE FEMENIAN DE 19 AÑOS DE EDAD QUEI NGRESA PRO CUADRO CLINICO DE MAS O MENOS 12 HORAS DE EVOLUCION CONSITENTE EM DOLOR TIPO COLICO EN HIPOGASTRIO DE MODERADA ITNESIDAD QUE SE IRRISDIA REGION LUBMAR ASOCIAO A EXPULSION DE TAPON MUOSO POR LO QUE INGRESA
ANTECEDENTES FAMILIARES: NIEGA
QUIRURGICOS: NIEGA
ESTADO DE CONCIENCIA: NORMAL
PIEL Y MUCOSA: NORMAL
CABEZA, CARA Y CUERO CABELLUDO: NORMAL
CUELLO: NORMAL
ORGANOS DE LOS SENTIDOS: NORMAL
TORAX: NORMAL
RESPIRATORIO: NORMAL
CARDIACO: NORMAL
VASCULAR PERIFERICO: NORMAL
ABDOMEN: NORMAL
PERIANAL: NORMAL
REGION INGUINAL: NORMAL
GENITALES: NORMAL
EXTREMIDADES: NORMAL
SIST. NERVIOSO CENTRAL NORMAL
OBSERVACION : RESULTADOS DE LABORATORIOS CLINICOS :

OBSERVACIONES: 05-05-22 EMB DE 24.6 SEMANAS POR DBP - DBP: 61 mm
12-05-22 EMB DE 26.1 SEMANAS - NO SE OBSERVAN MALFORMACIONES FETALES
08-07-22 EMB DE 34 SEMANAS PFE 2000 GR ILA NORMAL PLACENTA ANTERIOR PBF 8/8
OBSERVACION: RESULTADO DE ECOGRAFIA Y MONITOREO FETAL :

Scanned with CamScanner

Epicrisis

OBSERVACION: O NEGATIVO
VACUNAS (+) VACUNA COVID (+) INMUNOGLOBULINA ANTI D (+)
COMPLETOS
01-06-22 VDRL: NO REACTIVO VIH NEGATIVO (VISUALIZADO EN HC PREVIA NO TRAE FISICO)

OBSERVACION. RESULTADO DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS RADIOLOGÍA Y EKG :

CRANEO, CARA Y CUELLO CCCC: NORMOCEFALO, CONJUNTIVAS ROSADAS, PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, MUCOSA ORAL HÚMEDA, CUELLO MÓVIL SIN ADENOPATIAS.
TORAX: C/P: TORAX SIMETRICO, EXPANDIBLE. RSCS RITMICOS SIN SOPLOS. RSRS NORMOVENTILADOS SIN AGRADOS.
ABDOMEN: ABD: GLOBOSO POR UTERO GRAVIDO. AU:33 CM, FETO UNICO VIVO. MOV FETALES PRESENTE, FCF:146 LAT X MIN. CEFALICO DORSO IZQUIERDO.
PIEL Y FANERAS: PIEL: HIDRATADO
GENITO-URINARIO: NORMOCONFIGURADO, NORMOTERMICO, AL TACTO CUELLO ANTERIOR BLANDO, ACORTADO, DILATADO EN 9 CM, CON BORRAMIENTO DE 90%. SE EVIDENCIA SALIDA DE TAPON MUCOSO. MEMMBRANAS ROTAS LIQUIDO AMNIOTIOC CLAOR NORMOTEMRICO DE MODERADACANTIDAD NO FETIDO
EXTREMIDADES: EXT: MOVILES, SIMETRICA, SIN EDEMA, BUEN LLENADO CAPILAR.
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: SNC: SIN DEFICIT SENSITIVO NI MOTOR APARENTE.

PLANES Y TRATAMIENTO

PLAN: HOSPITALIZAR
- DIETA BLANDA
-SSN 0.9 % 1000CC A GOTEO RAPIDO, LUEGO A 60CCC/H
SS PRUEBAS RAPIDAS VIH VDR
-MONITOREO FETAL
-VIGILAR ACTIVIDAD UTERINA Y FCF
-PREPARAR PARA ATENCION DEL PARTO
-SEGUIMIENTO POR GINECOLOGO Y/O MEDICO GENERAL DE TURNO
-CSV. AC
ANALISIS: FEMENINA DE 19 AÑOS DE EDAD:
EMBARAZO DE 39.1 SEMANAS POR ECO DEL I TRIMESTRE + FUV
TRABAJO DE PARTO EN FASE ACTIVA
MEMORIA PARA RUBÉOLA
RIMGIESTANTE

INGRESA POR DOLOR TIPO CONTRACCIÓN. ACTUALMENTE CLINICAMENTE ESTABLE, HEMODINAMICAMENTE COMPENSADA, SIGNOS VITALES EN METAS, AFEBRIL SIN SIGNOS DE SIRS, TOLERANDO VIA ORAL Y OXIGENO AMBIENTE, DEAMBULANDO SIN COMPLICACIONES. ÚTERO GRÁVIDO CON ALTURA UTERINA DE 33 CM CON ACTIVIDAD UTERINA PALPABLE REGULAR MOV FETALES PRESENTES FCF ADECUADA. AL TV CUELLO CERVICAL CENTRADO BLANDO DILATADO EN 9 CM BORRAMIENTO DEL 90% ESTACIÓN 0 MEMBRANAS ROTAS . SE INGRESA PARA TRASLADO A SAL DE PARTO EVOLUCION ESPONTANEA DE SU TRABAJODE PARTOSE LE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIAR

Scanned with CamScanner

Epicrisis

ESTADO ACTUAL Y CONDUCTA A SEGUIR QUIENES REFIEREN ENTENDER Y ACEPTAR. ATENTOS A EVOLUCIÓN.

DATOS PERINATALES

PATOLOGIAS DEL EMBARAZO: NO
ESTEROIDES PRENATALES: NO

IMPRESION CLINICA

Diagnóstico Principal:	R102 - DOLOR PELVICO Y PERINEAL

RESUMEN DE EVOLUCIONES

Fecha evolucion: 2022-08-13

Paciente:	PT - 6609485 NAVARRO ROJAS AILEEN ALEXANDRA
Diagnóstico:	06:26: **********ALTA MEDICA********** PACIENTE FEMENINA DE 19 AÑOS DE EDAD CON DX DE: 1. POSPARTO VAGINAL EUTOCICO. 2. RECIEN NACIDO VIVO A TERMINO SEXO FEMENINA A LAS 00:13 HR PESO: 3300 GR TALLA: 54 CM 3. PUERPERIO INMEDIATO 4. PERINEORRAFIA 02:31: **********INGRESO A HOSPITALIZACION********** PACIENTE FEMENINA DE 19 AÑOS DE EDAD CON DX DE: 1. POSPARTO VAGINAL EUTOCICO. 2. RECIEN NACIDO VIVO A TERMINO SEXO FEMENINA A LAS 00:13 HR PESO: 3300 GR TALLA: 54 CM 3. PUERPERIO INMEDIATO 4. PERINEORRAFIA 01:01: ::::::::::::::::::ATENCION DEL PARTO:::::::::::::::::::: PACIENTE FEMENINA DE 19 AÑOS DE EDAD CON DX DE: 1. PARTO VAGINAL EUTOCICO. 2. RECIEN NACIDO VIVO A TERMINO SEXO FEMENINA A LAS 00:13 HR PESO: 3300 GR TALLA: 54 CM 3. PUERPERIO INMEDIATO 4. PERINEORRAFIA
Subjetivos:	06:26: REFIERE SENTIRSE BIEN. MANIFIESTA PASAR BUENA NOCHE. ADECUADO MANEJO DEL DOLOR. 02:31: REFIERE DOLOR EN REGION DE PERINEORRAFIA 01:01: REFIERE DOLOR EN REGION DE PERINEORRAFIA

Scanned with CamScanner

Epicrisis

Descripción Física:	06:26: CONSCIENTE ORIENTADO HIDRATADO CARDIOPULMONAR NORMAL NO AGREGADOS ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOR, SE PALPA UTERO INVOLUCIONADO NORMOTONICO BUEN BOLO DE SEGURIDAD DE PINARD, GENITALES EXTERNOS NORMOCONGIGURADOS CON ESCASO SANGRADO VAGINAL NO FETIDO NO EDEMA NO DEFICIT RESTO NORMALO 02:31: FC: 85 LPM FR: 16 RPM PA: 120/80 mmHg T: 36.5 SATO2 99 PACIENTE TRANQUILA, ESTABLE, CONSCIENTE, AFEBRIL. NORMOCEFALO, CONJUNTIVAS NORMALES, PUPILAS ISONORMOREACTIVAS A LA LUZ, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO SIN ADENOPATIAS. TORAX: SIMETRICO, EXPANSIBLE, RUIDOS SIN SOBREAGREGADOS, RsCsRs SIN SOPLO. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, BOLO UTERINO PALPABLE INFRAUMBILICAL DE BUEN TONO, PERISTALSIS ADECUADA. GENITALES: FEMENINOS LOQUIOS HEMATICOS ESCASOS. EXTREMIDADES: SIMETRICAS LLENADO CAPILAR ADECUADO, NO EDEMAS. NEUROLÓGICO: SIN DÉFICIT MOTOR O SENSITIVO. RECIEN NACIDO: FC: 140 LPM FR: 40 RPM PA: 70/40 mmHg T: 36.5 °C SATO2 98 % NORMOCEFALO, FONTANELAS NORMOTENSAS, CONJUNTIVAS Y ESCLERAS NORMOCROMICAS Y LIMPIAS, PUPILAS ISONORMOREACTIVAS A LA LUZ, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO SIN ADENOPATIAS. TORAX: SIMETRICO, A LA AUSCULTACIÓN CARDIOPULMONAR SIN AGREGADOS. ABDOMEN: BLANDO DEPRESIBLE, ONFALO NORMAL, PERISTALSIS ADECUADA. GENITALES: NORMOCONFIGURADOS EXTERNAMENTE. EXTREMIDADES: EUTROFICAS LLENADO CAPILAR ADECUADO. NEUROLÓGICO: REFLEJOS PRIMITIVOS PRESENTES. 01:01: FC: 80 LPM FR: 16 RPM PA: 120/70 mmHg T: 36.5 SATO2 99 PACIENTE TRANQUILA, ESTABLE, CONSCIENTE, AFEBRIL. NORMOCEFALO, CONJUNTIVAS NORMALES, PUPILAS ISONORMOREACTIVAS A LA LUZ, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO SIN ADENOPATIAS. TORAX: SIMETRICO, EXPANSIBLE, RUIDOS SIN SOBREAGREGADOS, RsCsRs SIN SOPLO. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, BOLO UTERINO PALPABLE INFRAUMBILICAL DE BUEN TONO, PERISTALSIS ADECUADA. GENITALES: FEMENINOS LOQUIOS HEMATICOS ESCASOS. EXTREMIDADES: SIMETRICAS LLENADO CAPILAR ADECUADO, NO EDEMAS. NEUROLÓGICO: SIN DÉFICIT MOTOR O SENSITIVO. RECIEN NACIDO: FC: 140 LPM FR: 40 RPM PA: 70/40 mmHg T: 36.5 °C SATO2 98 % NORMOCEFALO, FONTANELAS NORMOTENSAS, CONJUNTIVAS Y ESCLERAS NORMOCROMICAS Y LIMPIAS, PUPILAS ISONORMOREACTIVAS A LA LUZ, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO SIN ADENOPATIAS. TORAX: SIMETRICO, A LA AUSCULTACIÓN CARDIOPULMONAR SIN AGREGADOS. ABDOMEN: BLANDO DEPRESIBLE, ONFALO NORMAL, PERISTALSIS ADECUADA. GENITALES: NORMOCONFIGURADOS EXTERNAMENTE. EXTREMIDADES: EUTROFICAS LLENADO CAPILAR ADECUADO. NEUROLÓGICO: REFLEJOS PRIMITIVOS PRESENTES.
Paraclínicos:	06:26: 02:31: 01:01: P// LAB RECIEN NACIDO
Procedimientos:	06:26: 02:31: P/ LABORATORIOS DEL RECIEN NACIDO 01:01: -

Scanned with CamScanner

Epicrisis

Tratamiento:

06:26: ALTA MÉDICA CON: - CEFRADINA CAP 500 MG #28 USO: TOMAR 1 CAP VO CADA 6 HORAS POR 7 DÍAS - ACETAMINOFEN TAB 500 MG #20 USO: TOMAR 1 TAB VO CADA 6 HORAS POR 5 DÍAS 1. CITA CONTROL CON GINECOLOGIA EN 7 DIAS. 2. RECIEN NACIDO CITA CONTROL CON PEDIATRIA EN 7 DIAS 3. CITA CON PLANIFICACION FAMILIAR.
02:31: ORDENES MATERNAS - TRASLADAR A SALA DE PUERPERIO - DIETA CORRIENTE - SSN 0.9% 500 CC + 10U DE OXITOCINA A 20 GOTAS/MIN ,CONTINUAR CON SSN 0.9% 500 CC A 83CC HORA - CEFRADINA 1 GR TAB VO CADA 6 HORAS - ACETAMINOFEN 1GR VO CADA 6 HORAS - VIGILAR BOLO DE SEGURIDAD Y LOQUIOS HEMATICOS - CUIDADOS DE PERINEORRAFIA - CONTROL DE SIGNOS VITALES Y AVISAR CAMBIOS - SEGUIMIENTO GINECOLOGIA ORDENES DEL RN - TRASLADAR AL LADO MATERNO - CONTACTO PIEL A PIEL CON LA MADRE - LACTANCIA MATERNA A LA PRIMERA HORA DE VIDA - LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA A LIBRE DEMANDA - VIGILAR SUCCION DEL RN - MANTENER EUTERMICO - VITAMINA K 1MG IM EN ADAPTACION NEONATAL - PROFILAXIS OCULAR (CON YODOPODIVONA AL 2.5% - CUIDADOS DEL ONFALO (MANTENER LIMPIO Y SECO) - INMUNIZACION CON BCG Y HEPATITIS B - SE SOLICTA HEMOCLASIFICACION, TSH,VDRL - CUIDADOS GENERALES PARA RECIÉN NACIDO - VALORACIÓN POR PEDIATRÍA - CONTROL DE SIGNOS VITALES CADA 6 HORAS (TA, FC, FR TEMPERATURA Y SAT 02) Y AVISAR CAMBIOS - TAMIZAJE DE CARDIOPATIA CONGENITA (OXIMETRIA DE PULSO PRE DUCTAL EN MIEMBBRO SUPERIOR DERECHO Y POST DUCTAL EN MIEMBROS INFERIORES) - SE SOLICITA TAMIZAJE AUDITIVO Y OCULAR - VIGILAR DIURESIS
01:01: ORDENES MATERNAS - TRASLADAR A SALA DE PUERPERIO - DIETA CORRIENTE - SSN 0.9% 500 CC + 10U DE OXITOCINA A 20 GOTAS/MIN ,CONTINUAR CON SSN 0.9% 500 CC A 83CC HORA - CEFRADINA 1 GR TAB VO CADA 6 HORAS - ACETAMINOFEN 1GR VO CADA 6 HORAS - VIGILAR BOLO DE SEGURIDAD Y LOQUIOS HEMATICOS - CUIDADOS DE PERINEORRAFIA - CONTROL DE SIGNOS VITALES Y AVISAR CAMBIOS - SEGUIMIENTO GINECOLOGIA ORDENES DEL RN - TRASLADAR AL LADO MATERNO - CONTACTO PIEL A PIEL CON LA MADRE - LACTANCIA MATERNA A LA PRIMERA HORA DE VIDA - LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA A LIBRE DEMANDA - VIGILAR SUCCION DEL RN - MANTENER EUTERMICO - VITAMINA K 1MG IM EN ADAPTACION NEONATAL - PROFILAXIS OCULAR (CON YODOPODIVONA AL 2.5% - CUIDADOS DEL ONFALO (MANTENER LIMPIO Y SECO) - INMUNIZACION CON BCG Y HEPATITIS B - SE SOLICTA HEMOCLASIFICACION, TSH,VDRL - CUIDADOS GENERALES PARA RECIÉN NACIDO - VALORACIÓN POR PEDIATRÍA - CONTROL DE SIGNOS VITALES CADA 6 HORAS (TA, FC, FR TEMPERATURA Y SAT 02) Y AVISAR CAMBIOS - TAMIZAJE DE CARDIOPATIA CONGENITA (OXIMETRIA DE PULSO PRE DUCTAL EN MIEMBBRO SUPERIOR DERECHO Y POST DUCTAL EN MIEMBROS INFERIORES) - SE SOLICITA TAMIZAJE AUDITIVO Y OCULAR - VIGILAR DIURESIS

Scanned with CamScanner

CLINICA DE LA MUJER CARTAGENA S.A.S.
Código del Prestador: 130010314101 Nit: 901031602-4
Dirección: AV Pedro de heredia N°35 - 110
Teléfono: 6448161-6624187
Web: www.clinicadelamujer.com
Email: clinicadelamujerctg@clinicadelamujerctg.com

Fecha de Impresión: 2021/08/13 06:26:10

Epicrisis

Analisis:

06:26: DURANTE SU ESTANCIA HOSPITALARIA PACIENTE CON EVOLUCION SATISFACTORIA TOLERANDO VIA ORAL Y DAMBULACION, SIN MAREOS, NIEGA SINTOMATOLOGIA TOXEMICA, SANGRADO VAGINAL ESCASO NO FETIDO, LACTANDO A SU RECIEN NACIDO REACTIVO CON BUENA SUCCION, EN RONDA MEDICA SE DECIDE EGRESO CON RECOMENDACIONES SE EXPIDE FORMULA MEDICA LA CUAL DEBE SEGUIR ESTRICTAMENTE, CONSULTAR A URGENCIAS SI PRESENTA: FIEBRE, SECRECION GENITAL FETIDA, SANGRADO GENITAL ABUNDANTE, DOLOR INTENSO, DEMAS SIGNOS DE ALARMA EXPLICADOS, CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO, CITA CONTROL CONSULTA EXTERNA MEDICINA GENERAL EN 7 DIAS, CITA CONTOL PEDIATRIA EN 3 DIAS.
02:31: INGRESA A HOSPITALIZACION PACIENTE FEMENINA CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS DE SALA DE PARTO. ACTUALMENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE TOLERANDO OXIGENO AMBIENTE SIN COMPLICACIONES, SIGNOS VITALES DENTRO DE RANGO NORMAL, AL EXAMEN FISICO CON ABDOMEN CON BUEN BOLO DE SEGURIDAD DE PINARD INFRAUMBILICAL. GENITALES CON ESCASOS LOQUIOS HEMATICOS, SE EVIDENCIA EPISIORRAFIA EN BUEN ESTADO. RECIEN NACIDO A SU LADO, REACTIVO, CON BUENA ADAPTACION NEONATAL, LACTANCIA MATERNA CON BUENA SUCCION. SE INDICA POR GINECOLOGA DE TURNO DRA RIOS HOSPITALIZAR PARA CONTINUAR MANEJO MEDICO, VIGILAR DURANTE PUERPERIO INMEDIATO Y CUMPLIR PERIODO EN RECIEN NACIDO SEGUN LO ESTABLECIDO EN ESTRATEGIA AIEPI.
01:01: PACIENTE FEMENINA QUIEN EGRESA DE SALA DE PARTO ESTABLE HEMODINAMICAMENTE ALERTA TOLERANDO VIA ORAL Y TRATAMIENTO ORDENADO. ACTUALMENTE SIGNOS VITALES DENTRO DE METAS HIDRATADA CARDIPULMONAR SIN ALTERACIONES. ABDOMEN CON BUEN BOLO DE SEGURIDAD DE PINARD INFRAUMBILICAL. GENITALES CON ESCASOS LOQUIOS HEMATICOS EPISIORRAFIA EN BUEN ESTADO. EXTREMIDADES SIMETRICAS EUTROFICAS. SNC SIN DEFICIT MOTOR O SENSITIVO. RECIEN NACIDO A SU LADO, REACTIVO, CON BUENA ADAPTACION NEONATAL, LACTANCIA MATERNA CON BUENA SUCCION. SE ORDENA POR GINECOLOGIA HOSPITALIZAR PARA CONTINUAR MANEJO MEDICO, VIGILAR DURANTE PUERPERIO INMEDIATO Y CUMPLIR PERIODO EN RECIEN NACIDO SEGUN LO ESTABLECIDO EN ESTRATEGIA AIEPI.

Firma:

Datos del Medico:
CATHERINE BANQUEZ MERCADO
Especialida: MEDICINA GENERAL
Registro Medico: 1047442511

DATOS HISTORIA CLINICA

OBSERVACION

DURANTE SU ESTANCIA HOSPITALARIA PACIENTE CON EVOLUCION SATISFACTORIA TOLERANDO VIA ORAL Y DAMBULACION, SIN MAREOS, NIEGA SINTOMATOLOGIA TOXEMICA, SANGRADO VAGINAL ESCASO NO FETIDO, LACTANDO A SU RECIEN NACIDO REACTIVO CON BUENA SUCCION, EN RONDA MEDICA SE DECIDE EGRESO CON RECOMENDACIONES SE EXPIDE FORMULA MEDICA LA CUAL DEBE SEGUIR ESTRICTAMENTE, CONSULTAR A URGENCIAS SI PRESENTA: FIEBRE, SECRECION GENITAL FETIDA, SANGRADO GENITAL ABUNDANTE, DOLOR INTENSO, DEMAS SIGNOS DE ALARMA EXPLICADOS, CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO, CITA CONTROL CONSULTA EXTERNA MEDICINA GENERAL EN 7 DIAS, CITA CONTOL PEDIATRIA EN 3 DIAS.

DATOS DE EGRESO

Scanned with CamScanner

CLINICA DE LA MUJER CARTAGENA S.A.S.
Código del Prestador: 130010314101 Nit: 901031602-4
Dirección: AV Pedro de heredia N°35 - 119
Teléfono: 6440161-6624187
Web: www.clinicadelamujer.com
Email: clinicadelamujerctg@clinicadelamujerctg.com

Fecha de
Impresión: 2022/08/13
06:28:30

Epicrisis

Diagnostico egreso:	R102 - DOLOR PELVICO Y PERINEAL
Fecha y hora de egreso:	2022/08/13 - 06:27
Fecha y hora de muerte:	
Estado egreso:	VIVO

MEDICO
DANIELA PAOLA GUZMAN GELIZ
Esp: MEDICINA GENERAL
CC: 1102875945
Reg. Med:

MEDICO ESPECIALISTA
EVELYN . RIOS CHAVEZ
CC: 73098101
Reg. Med: 011

Copyright 2010-2011 Sisma-Salud. Todos los Derechos Reservados.

Scanned with CamScanner

Fecha de Impresión: 17/09/2022 12:47:23 p. m. Admisión: AD477153

Administradora: NUEVA EPS Paciente: GLENDYS ORTEGA ALTAMIRANDA

EPICRISIS

EXAMEN FISICO:

Apariencia a su llegada:
EN BUENAS CONDICIONES GENERALES ALERTA

Cabeza, cara y órganos de los sentidos:
NORMOCEFALO, PUPILAS ISOCORICAS, MUCOSA ORAL HÚMEDA, CUELLO MÓVIL, SIMÉTRICO

Tórax:
TÓRAX SIMÉTRICO, NORMOEXPANSIBLE, SE AUSCULTA MURMULLO VESICULAR UNIVERSAL EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, SIN AGREGADOS, RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS, BIEN TIMBRADOS SIN AGREGADOS

Abdomen:
ABDOMEN GLOBOSO POR ÚTERO GRÁVIDO AU 34 CM SE PALPA FETO ÚNICO LONGITUDINAL CEFÁLICO DORSO IZQUIERDA FCF LPM DINÁMICA UTERINA 2X25X10 TONO NORMAL MOVIMIENTOS FETALES PRESENTE

Piel y faneras:
HIDRATADA

Genito-Urinario:
GENITALES EXTERNOS NORMOCONFIGURADOS A LA ESPECULOSCOPIA CUELLO DE ASPECTO SANO, TARNIER NEGATIVO, SIN ESTIGMAS DE SANGRADO, CUELLO POSTERIOR LARGO BLANDO DIL 1 CM BTO 60%

Extremidades:
SIMÉTRICAS, EUTROFICES, SIN EDEMA, FUERZA MUSCULAR CONSERVADA, REFLEJOS PRESENTES

Sistema nervioso central:
CONSCIENTE ORIENTADA SIN DÉFICIT MOTOR O SENSITIVO APARENTE GLASGOW 15/15

Análisis:
PACIENTE DE 17 AÑOS DE EDAD CON EMBARAZO DE 38,5 SEMANAS POR ECO III + FUV + PREPARTO + ARO CAPACITARON TARDÍA CONTROL PRENATAL; ACTUALMENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE AFEBRIL CON DINÁMICA UTERINA IRREGULAR SE ADMITE PARA PRUEBAS DE BIENESTAR FETAL Y ACTUALIZAR VIH , SE EXPLICA SITUACIÓN CLÍNICA SE ACLARAN DUDAS.

DIAGNÓSTICOS DE ENTRADA:

Diagnóstico Principal: O479 : Preparto
Diagnóstico Relacionado 1: Z358 : SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO
Servicio de Egreso: 04|HOSP. QUIRURGICA
Fecha de Egreso: 17/09/2022 10:28
Estado a la Salida: Vivo
Motivo de Salida: Alta

DIAGNÓSTICOS DE SALIDA:

Diagnóstico Principal: Z392 : SEGUIMIENTO POSTPARTO, DE RUTINA
Diagnóstico Relacionado 1: Z988 : OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS

PLAN ATENCIÓN INTEGRAL POR MEDICINA:

Tratamiento Farmacologico:
-ALTA MEDICA
-ACETAMINOFEN 500 MG VO CADA 6 HORAS DURANTE 5 DIAS

Recomendaciones Adicionales:
-LICENCIA DE MATERNIDAD POR 126 DIAS.
- CITA CONTROL GINECOLOGIA
- SIGNOS DE ALARMA Y RECOMENDACIONES: LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA, RECONSULTAR SI FIEBRE, SANGRADO, EDEMA

Aplica Cuidados de Enfermería: No

HERNANDO CASTRO SOLENO
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
051/7883096

Scanned with CamScanner

FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA
GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
Nit: 800189920-5

ACTA DE SELECCIÓN DE BENEFICIARIOS

CIUDAD Y FECHA: Cartagena de Indias 23 de septiembre de 2022
DIMF: **SIETE DE AGOSTO**
PROFESIONAL A CARGO: Auxiliar administrativo
NOMBRE: Gina Vanegas

OBJETIVO:

Realizar el proceso de selección de beneficiarios nuevos del Grupo Territorial GT Siete de Agosto para el año 2022.

DESCRICIÓN DEL DIA:

Siendo las 8: 00 a.m. se inician el proceso de selección de usuarios nuevos para el presente año teniendo en cuenta los criterios para la identificación y priorización de los niños, niñas y mujeres gestantes en la modalidad familiar de educación inicial en el marco de la atención integral, criterios que se anexa a este documento.
Todo esto en presencia de todo el equipo interdisciplinario de la unidad.

EVALUACION

Se logró cumplir el objetivo propuesto con la participación activa de todo el equipo y de los seleccionados.

Responsables

ANA HERRERA
Coordinadora Pedagógica

GINA VANEGAS
Auxiliar Administrativa

FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA
GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
Nit: 800189920-5

LISTADO DE BENEFICIARIOS SELECCIONADOS

Nombre y Apellidos

MANASES GOHITER ARNEDO	RC- 1051453050
ASHLEY SOFIA PUERTA DE LA PEÑA	RC- 1142954943
MARIANA SIMANCA MONTOYA	RC- 1048470932
DARLIN BLANCO BLANQUICETT	RC- 1048470932
THYANA RESTREPO PAJARO	RC- 1048471343
LUIS ALEXANDER SIERRA ARAUJO	RC- 1238347431

Criterios generales de la focalización [1]

Criterios de focalización

Para la identificación, priorización y selección de los usuarios en los diferentes servicios, la atención a prestar a los potenciales usuarios está dada en función de parámetros de elegibilidad e inclusión con los cuales se puedan brindar un servicio de primera infancia a las niñas y niños que más lo necesitan. Los parámetros establecidos responden a criterios técnicos y operativos ajustados a la misión de la Dirección de Primera Infancia y el ICBF, que priorizan la atención de población de acuerdo con el grado de derechos vulnerados, inobservados y/o amenazas, y que adicionalmente contempla el modelo de enfoque diferencial de derechos adoptado por el ICBF a través de la resolución 1264 de 2017 y un modelo de prelación de territorios.

Nota aclaratoria: El orden en el que se presentan los criterios de focalización establecidos en esta guía no representan un orden de prioridad o de ponderación:

Criterios de focalización poblacional

a. Sisbén

De acuerdo con la resolución 8413 de 2021 del Instituto Colombiano de Bienestar familiar, durante los dos primeros años de entrada de dicha resolución, el Sisbén III también será utilizado como criterio de ingreso a los programas o servicios del ICBF teniendo en cuenta los siguientes puntos de corte:

Tabla 1. Puntajes máximos del Sisbén III según categoría

Nivel	14 ciudades (*)	Resto urbano	Rural disperso
Único	57,21	56,32	40,75

Fuente: Resolución 8413 de 2021

*Las 14 principales ciudades son: Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla, Cartagena, Cúcuta, Bucaramanga, Ibagué, Pereira, Villavicencio, Pasto, Montería, Manizales y Santa Marta, sin sus áreas metropolitanas. Incluye la zona urbana diferente a las de las 14 principales ciudades, los centros poblados y la zona rural dispersa de las 14 principales ciudades.

Esta atención de carácter transitorio se brindará a la población que no cuente con la encuesta Sisbén IV ni cumpla con otro criterio poblacional o territorial de ingreso, sin embargo, es de aclarar que, una vez vencido el periodo de transición, se entenderá de manera automática que el criterio de ingreso para acceder a la oferta del ICBF será el Sisbén IV, razón por la cual, desde las entidades administradoras del servicio y las unidades de atención se debe invitar a las personas a solicitar la encuesta en las oficinas de cada entidad territorial para acelerar la transición hacia la versión IV.

b. Adoptar los grupos y niveles de Sisbén IV relacionados con el área misional de Primera Infancia, conforme los criterios de selección de grupos poblacionales de atención establecidos por el ICBF en la Resolución No. 8413 de 202118. Los grupos a los que hace mención el Sisbén se organizan de la siguiente manera:

[1] Tomado de, MANUAL OPERATIVO PARA LA ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA - MODALIDAD FAMILIAR; versión 3, 14/03/2018. Pág. 18

Tabla 2. Grupos de clasificación del Sisbén IV

Grupo A	Grupo B	Grupo C	Grupo D
Pobreza extrema	Pobreza moderada	Vulnerable	No pobre/vulnerable
A1 hasta A5	B1 hasta B7	C1 hasta C18	D1 hasta D21

Fuente: Página web del Sisbén

Frente a lo anterior, en lo que respecta a los procesos de focalización para la dirección de Primera Infancia aplican los niveles que van del A01 al C18:

Tabla 3. Grupos de atención para Primera Infancia según Sisbén IV

Nivel inferior	Nivel superior
A01	C18

Fuente: Resolución 8413 de 2021

b. Pertenecientes a familias identificadas a través de la Estrategia para la Superación de la Pobreza Extrema – Red UNIDOS.
c. Niñas, niños y mujeres gestantes pertenecientes al programa Familias en Acción de Prosperidad Social.
d. Niñas y niños egresados de la estrategia de atención y prevención de la desnutrición aguda (Centros de Recuperación Nutricional -CRN- y 1000 días para cambiar el mundo y unidades de búsqueda activa).
e. Remitidos por las entidades del Sistema Nacional de Bienestar Familiar -SNBF- que se encuentren en situación de vulnerabilidad, riesgo de vulneración de derechos o programas de protección del ICBF.
f. Víctimas de hechos violentos asociados al conflicto armado interno, de acuerdo con las directrices establecidas en la Ley 1448 de 2011 y los Decretos ley 4633, 4634 y 4635 de 2011, así como la Sentencia T-025 de 2004 proferida por la Corte Constitucional y demás desarrollos jurisprudenciales

en torno a la existencia de un estado de cosas inconstitucional; para lo cual se considerarán aquellos cuyo estado se encuentre incluido dentro del RUV.
g. Pertenecientes a comunidades étnicas (indígenas, comunidades negras, afrocolombianas, Palenqueros, Raizales19 y Rrom) que demanden el servicio, así como, aquellas que se encuentren en el marco de las disposiciones legales (autos, sentencias y tutelas) e instrumentos de política pública que reconocen la protección reforzada para la pervivencia de estas poblaciones.
h. Niños, niñas y mujeres gestantes con discapacidad que requieren diversos tipos e intensidad de apoyos para su participación efectiva y que demandan acompañamiento en las actividades de cuidado y acciones de carácter pedagógicos para garantizar su derecho impostergable a la educación inicial ; así como los que sean remitidos por las entidades del SNBF con base en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad del Ministerio de Salud y Protección Social, como de los comités territoriales y locales de discapacidad y las entidades territoriales en salud.
i. Usuarios del subsidio en especie para población vulnerable, del que trata el artículo 12 de la Ley 1537 de 2012 (Vivienda de Interés Social y Vivienda de Interés Prioritario), y el Decreto 1921 de 2012 o el que reglamente la materia.
j. Niñas y niños cuyos padres estén en establecimientos de reclusión.
k. Población migrante, refugiada o apátrida que cumpla con alguno de los criterios de focalización poblacional de la presente guía.
l. Niñas y niños remitidos del servicio HCB FAMI y DIMF que al cumplir los dos (2) años deben transitar a otros servicios de educación inicial de atención permanente.
m. Niñas y niños remitidos del servicio Desarrollo Infantil en Establecimiento de Reclusión - DIER que egresa del servicio por situaciones como: cumplimiento de la edad máxima permitida (3 años), por libertad de la madre, por traslado de la madre del establecimiento de reclusión, por enfermedad grave de la madre o fallecimiento u otra debidamente soportada.

n. Niñas y niños remitidos del servicio Educación Inicial Rural - EIR quienes por circunstancias de movilidad voluntaria o involuntaria requieran continuar vinculados a los servicios de primera infancia del ICBF.
o. Niñas y niños cuyos padres estén activos en la ruta de reincorporación e identificados en las bases de datos remitidas de forma oficial al ICBF por la Agencia para la Reincorporación y la Normalización – ARN.
p. Para el servicio de Hogar Infantil se atenderá prioritariamente niños y niñas hijos de trabajadores que evidencien vinculación laboral y demás requisitos establecidos en la Resolución 1740 de 2010.

Parágrafo 1:
Si algún usuario no cumple con al menos uno de los criterios de focalización, pero requiere atención de acuerdo a lo manifestado por el padre/madre, cuidador o un tercero, se podrá realizar una visita domiciliaria por parte de la EAS o el ICBF con el talento humano idóneo el cual será determinado por la EAS de acuerdo a la pertinencia y necesidad de las familias; para ello, en esta visita, se revisarán los soportes que demuestren que el ingreso familiar no supera 1,5 SMMLV, además de verificar y documentar las condiciones de vida, tipo de familia y demás evidencias de las características sociofamiliares que permitan determinar la priorización de atención de estos. El acta de la visita debe reposar en la carpeta del usuario.

Parágrafo 2:
Para los casos de madres y padres que cumplan con criterios relacionados con algún hecho victimizante a causa del conflicto interno armado, se considera que esta calidad se transfiere a los hijos e hijas, teniendo en cuenta la importancia de priorizar este criterio dentro de la identificación al momento de asignar un cupo o acceso a los servicios de primera infancia, de madres gestantes, niñas y niños que soliciten o se identifiquen dentro del proceso de registro y focalización. Lo anterior aplica igualmente para mujeres gestantes que se encuentren siendo atendidas en algún servicio del ICBF, las cuales transfieren su criterio de atención a su hijo o hija recién nacido. Es importante mencionar que lo señalado no desliga el hecho de que padres o cuidadores deben realizar los trámites de registro de niñas y niños ante las instituciones del gobierno colombiano a que haya lugar para velar por el reconocimiento de derechos y la protección ante posibles vulnerabilidades y/o amenazas.

Parágrafo 3:

Sin perjuicio de lo anteriormente señalado, la Dirección de Primera Infancia, acoge los lineamientos del CONPES Social 100 de 2006, que contempla los lineamientos para la focalización del gasto público social.

Criterios prevalentes
Cuando la demanda de beneficiarios que cumplen los criterios antes referidos supera la oferta (cupos disponibles), se dará prioridad para la asignación de cupos, así:
• Potenciales usuarios que cumplan con los criterios de focalización poblacional de los literales (b), (d), (e) y (i).
• Potenciales usuarios que cumplan con el criterio de focalización poblacional del literal (h) con énfasis en las familias de grupos étnicos contempladas en las sentencias y autos de la Corte Constitucional.
• Potenciales usuarios que cumplan con los criterios de focalización poblacional del literal (j) con énfasis en niños y niñas egresados de los programas que hacen parte del Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos - PARD.
• Niños y niñas egresados del servicio de Desarrollo Infantil en Establecimientos de Reclusión.

• Niños y niñas que cumplan con el criterio de focalización del literal (k) con énfasis en niños y niñas migrantes, refugiados o apátridas en situación migratoria irregular y con ausencia de vivienda o condiciones de hacinamiento, que no cuenten con acceso a servicios públicos domiciliarios o que no cuenten con ningún tipo de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Parágrafo 4:
La base de búsqueda activa de potenciales usuarios del módulo de reportes del sistema de información CUÉNTAME o donde la entidad haya definido publicarla, generada a partir de la plataforma BETTO, establecerá un puntaje de priorización con base a la convergencia de los criterios de focalización poblacional relacionados en el anterior numeral; esto debe verificarse en el momento de la asignación de cupos disponibles, con el fin de que sea asignado al niño o niña que mayor porcentaje de priorización refleje.

BIENESTAR FAMILIAR

FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA
GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
Nit: 800189920-5

V.9-PF FORMATO DE RETIRO

DIMF: Siete de Agosto **MODALIDAD:** familiar

FECHA:

Datos del beneficiario/a

Tipo de beneficiario.

Niño /a [X] madres gestantes [ ] madres lactantes [ ]

Nombre del beneficiario (a) Jeikd Yesid Piñeres Morelo. edad Tres 4 Meses.

Tipo de documento de identificación R.C [X] C.C [ ] T.I [ ]

N° Documento de identificación 1041999745

Nombre del cuidador y/o responsable Eliana Maria Piñeres Morelos

N° de documento de identificación: 1007980558.

CAUSAS DE RETIRO:

Accidentes	[ ]	muerte	[ ]
Enfermedad	[ ]	inasistencia prolongada	[X]
Falta de interés de los padres O cuidadores	[ ]	transición a la educ. Formal	[ ]
Cambio de domicilio	[ ]	voluntario	[ ]

Otros [ ] cual? _____

TIEMPO DE PERMANENCIA EN EL CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL

A partir de 18/07/2022. hasta 31/08/2022

Observaciones _____

x _____ _____

Firma del padre y/o cuidador Firma del profesional

BIENESTAR FAMILIAR

FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA
GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
Nit: 800189920-5

V.9-PF FORMATO DE RETIRO

DIMF: Siete de Agosto **MODALIDAD:** Familiar

FECHA: 31-08-2022

Datos del beneficiario/a

Tipo de beneficiario.

Niño /a [X] madres gestantes [ ] madres lactantes [ ]

Nombre del beneficiario (a) Junior A. Medrano Ayala. edad_____

Tipo de documento de identificación R.C [X] C.C [ ] T.I [ ]

N° Documento de identificación 1048471279.

Nombre del cuidador y/o responsable Elis fabiana Ayala Martinez

N° de documento de identificación: 1101441539

CAUSAS DE RETIRO:

Accidentes	[ ]	muerte	[ ]
Enfermedad	[ ]	inasistencia prolongada	[ ]
Falta de interés de los padres O cuidadores	[ ]	transición a la educ. Formal	[ ]
Cambio de domicilio	[ ]	voluntario	[X]

Otros [ ] cual? _____

TIEMPO DE PERMANENCIA EN EL CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL

A partir de 18-07-2022 hasta 31-08-2022

Observaciones _____

Elis Ayala Martinez
Firma del padre y/o cuidador

Firma del profesional

BIENESTAR FAMILIAR

FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA
GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
Nit: 800189920-5

V.9-PF FORMATO DE RETIRO

DIMF: Siete de Agosto **MODALIDAD:** Familiar

FECHA: 7-09-2022.

Datos del beneficiario/a

Tipo de beneficiario.

Niño /a [X] madres gestantes [ ] madres lactantes [ ]

Nombre del beneficiario (a) Mateo del Rio de la Puente edad 1-8 meses

Tipo de documento de identificación R.C [X] C.C [ ] T.I [ ]

N° Documento de identificación 1142933968

Nombre del cuidador y/o responsable Katia de la Puente

N° de documento de identificación: 1001833205

CAUSAS DE RETIRO:

Accidentes	[ ]	muerte	[ ]
Enfermedad	[ ]	inasistencia prolongada	[ ]
Falta de interés de los padres O cuidadores	[ ]	transición a la educ. Formal	[ ]
Cambio de domicilio	[ ]	voluntario	[X]

Otros [ ] cual? _____

TIEMPO DE PERMANENCIA EN EL CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL

A partir de 18-07-2022 hasta 7-09-2022.

Observaciones _____

Katia De la Puente.

Firma del padre y/o cuidador

Firma del profesional

FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA
GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
Nit: 800189920-5

V.9-PF FORMATO DE RETIRO

DIMF: Siete de Agosto **MODALIDAD:** Familiar

FECHA: 12-09-2022

Datos del beneficiario/a

Tipo de beneficiario.

Niño /a [X] madres gestantes [ ] madres lactantes [ ]

Nombre del beneficiario (a) Diego Lorea Amador edad ____

Tipo de documento de identificación R.C [X] C.C [ ] T.I [ ]

N° Documento de identificación 1048471776

Nombre del cuidador y/o responsable Yusnaidis Amador

N° de documento de identificación: 1042443744

CAUSAS DE RETIRO:

Accidentes	[ ]	muerte	[ ]
Enfermedad	[ ]	inasistencia prolongada	[ ]
Falta de interés de los padres O cuidadores	[ ]	transición a la educ. Formal	[ ]
Cambio de domicilio	[ ]	voluntario	[X]

Otros [ ] cual? ____

TIEMPO DE PERMANENCIA EN EL CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL

A partir de 18-07-2022 hasta 12-09-2022

Observaciones ____

Yusnaidis Amador.
Firma del padre y/o cuidador

Firma del profesional

BIENESTAR FAMILIAR

FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA
GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
Nit: 800189920-5

V.9-PF FORMATO DE RETIRO

DIMF: Siete de Agosto **MODALIDAD:** Familiar

FECHA: 1 - 09 - 2022

Datos del beneficiario/a

Tipo de beneficiario.

Niño /a ☐ madres gestantes ☒ madres lactantes ☐

Nombre del beneficiario (a) Fulvia Ruth Castro López edad 22

Tipo de documento de identificación R.C ☐ C.C ☒ T.I ☐

N° Documento de identificación 1007742954

Nombre del cuidador y/o responsable _____

N° de documento de identificación: _____

CAUSAS DE RETIRO:

Accidentes	☐	muerte	☐
Enfermedad	☐	inasistencia prolongada	☐
Falta de interés de los padres O cuidadores	☐	transición a la educ. Formal	☐
Cambio de domicilio	☐	voluntario	☐

Otros ☒ cual? Perdida del bebé

TIEMPO DE PERMANENCIA EN EL CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL

A partir de 18 de Julio hasta 01 de Septiembre

Observaciones _____

Fulvia Castro Lopez.
Firma del padre y/o cuidador

Firma del profesional

FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA
GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
NIT: 800189920 – 5

FORMATO DE MATRICULA

SERIVICIO: DIMF MODALIDAD Familiar

DATOS DEL BENEFICIARIO
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31-Agosto-2022
NOMBRES: Mariana
APELLIDOS Simanca Montoya
IDENTIFICACION: RC X TI___ CC___ N° 1048470931 EXPEDIDO EN: C/gena
TIPO DE BENEFICIARIO: NIÑO___ NIÑA X
FECHA DE NACIMIENTO: 30-Ago-2021 EDAD 1 AÑO LUGAR NACIMIENTO C/gena
CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN
DESPLAZADO:___ VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO_____ REMITIDO CENTRO ZONAL___
REMITIDO POR PARD_____ RED UNIDOS_____ REMITIDO POR SNBF_____
PERTENECIENTE A COMUNIDAD ETNICA_____ CON DISCAPACIDAD Y CUMPLA ALMENOS UNO DE LOS CRITERIOS____ EXTRANJERO CARENTE DE RED FAMILIAR EXTENSA O VINCULAR_____ PUNTAJE SISBEN NO MAYOR A 57,21
DIRECCION DE LA RECIDENCIA: x Siete de Agosto cl 74 #15-85
TELEFONOS DE CONTACTO: 3127407053.
DATOS DE LA MADRE
NOMBRES Feliciada Montoya
APELLIDOS Montoya.
IDENTIFICACIÓN: TI___ CC X N° 21.585.414
EDAD: 38 FECHA DE NACIMIENTO 04-Jun-84 OCUPACION: Ama de Casa
TELEFONOS: 312-7407053
DATOS DEL PADRE
NOMBRES Donald
APELLIDOS Simanca Gomez
IDENTIFICACIÓN: TI___ CC X N° 73.184.686
EDAD: 41 FECHA DE NACIMIENTO 18/oct/1981 OCUPACIÓN Pensionado.
TELEFONOS: 3008813297
DATOS OTRO ACUDIENTE
NOMBRES Evaristo
APELLIDOS Simanca Fuentes
IDENTIFICACIÓN: TI___ CC X N° 7094751
EDAD: 66 FECHA DE NACIMIENTO 31-Enero-1956 OCUPACIÓN Pensionado

BIENESTAR FAMILIAR

FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA
GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
NIT:800189920-5

FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN

REGISTRO DE NOVEDADES Y SITUACIONES ESPECIALES	
DATOS PERSONALES	
Tipo de beneficiario	Gestante.
Nombres y apellidos	Sylvia ruth Castro Lopez
No. De Identificación	1007742954
Fecha de Nacimiento	5/09/2000
Edad	22 años.
Nombres y Apellidos del Acudiente	Jose Riz Amaran.
No. De Identificación del Acudiente	1047386829.
Teléfono de Contacto	3042182397 - 3004376404
Dirección de Contacto	Sanfrancisco Mz 2 Lt 3
DOCENTE A CARGO	Nataly Guzman Amador
FECHA:	31-08-2022

MOTIVO DE LAS NOVEDADES Y SITUACIONES ESPECIALES	
Accidentes	
Cambios en los estados de salud	X
Cambio en el estado emocional	
Razones de inasistencia y/o llegadas tarde	
Incapacidades	
No está Vinculado al Sisben	
Administración de medicamentos	
No cuenta con registro civil con documento de identidad	
No cuenta con soporte de afiliación en salud	
No cuenta con certificación de asistencia a la valoración integral o controles prenatales	
No cuenta con el soporte de aplicación del esquema de vacunación de acuerdo a la edad	

DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD

La madre manifiesta Antojos en el embarazo y la posible intervencion del mismo.

ACUERDOS Y COMPROMISOS

Seguir recomendaciones dadas por los Profesionales de Salud y Atender Oportunamente el Proceso Institucional Planeado de la Modalidad.

Nombre Profesional: Ana Hernandez
Cargo: Apoyo Psicosocial
T.P o cedula: 1044422425

NombreResponsable: Sylvia Castro
Parentesco: Beneficiaria.
Cédula de Ciudadanía: 1007742954

FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA
GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
Nit: 800189920-5
DIMF 7 DE AGOSTO

INFORME DEL CASO

1.Fecha de Informe	06/09/2022
2. Regional	Bolívar
3.Nombre Beneficiario	FULVIA RUTH CASTRO LOPEZ
4. Documento	1007742954
5.Municipio/Corregimiento	Cartagena
6.Modalidad	DIMF Siete de agosto
7. Tipo de beneficiaria	Gestante
8.Operador	Fundación de la comunidad unida Gustavo Martínez Caffyn.
9.Asuto	Reporte de pérdida del bebe
10.Nombre del Representante Legal	ROSA MARTINEZ
11.Nombre del Supervisor del Contrato	IVONNE ESQUIVIA GONZALEZ
12. Responsable elaboración del Informe	Equipo interdisciplinario

Criterio de ingreso y atenciones según manual operativo

Fulvia Ruth Castro López, ingresa al servicio DIMF del siete de agosto, en mayo del 2022 cumpliendo el criterio de ingreso: *mujer gestante atendida en la modalid[1], y cuyo acudiente es el señor José Luis Amaranto Valencia identificado con C.C 1047384829, actual pareja sentimental.*

Antropometría

Edad	Peso Kg	Talla cm	Edad gestacional	Diagnostico nutricional
22	71.9	159.9	**19.3 semanas**	Sobre peso para la edad gestacional

Descripción de los hechos

La beneficiaria el día 31 de agosto del presente año, se presento a la unidad de servicio manifestando que luego de un control médico y la realización de una ecografía obstétrica, en la que se encontraron anomalías en el feto, el medico considera interrupción voluntaria del embarazo.

Posteriormente se realiza el procedimiento con previo consentimiento de la usuaria y su familia, se realiza cesaría de emergencia, de la cual logra salir sin mayores afectaciones.

Acciones realizadas

- ✓ Atención psicosocial atención en crisis
- ✓ Visita equipo interdisciplinario en el centro hospitalario
- ✓ Seguimiento telefónico
- ✓ Visita domiciliaria

Estado actual de la situación

- ✓ Luego de una visita domiciliaria se evidencia que la usuaria se encuentra física y emocionalmente estable, se encuentra orientada en tiempo espacio y persona.
  Se evidencia acompañamiento por parte de la familia y padre de su hijo. Expresa tener buen estado de ánimo y no manifiesta alteraciones en el sueño ni otro tipo de situaciones.
  La usuaria debe realzarse unos seguimientos médicos desde su EPS, acudir a cita de planificación familiar, de igual manera cita psicología desde el área de la salud.

Plan

- ✓ Brindar apoyo psicosocial a la familia para el manejo de duelo
- ✓ Seguimiento al estado de salud física y control medico

Fuente:

Historia de atención
Epicrisis Clínica de la mujer Cartagena

Responsable

Ana P. Herrera M.

Coordinadora

FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA
GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
Nit: 800189920-5

ESTUDIO DE CASO

DIRECCIÓN: Primera infancia
DIMF SIETE DE AGOSTO
CIUDAD: Cartagena de Indias D.T y C.
LOCALIDAD: Histórica y del caribe norte
FECHA: 7 de septiembre del 2022
REFERENCIA: reporte caso de pérdida de embarazo
INFORMACION PERSONAL DEL BENEFICIARIO (A)
TIPO DE BENEFICIARIO: gestante
NOMBRE DEL BENEFICIARIO: FULVIA RUTH CASTRO LOPEZ
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: CARTAGENA –5 de septiembre del 2000
EDAD: 22 años
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1007742954
DIRECCION: Barrio San francisco Mz 12 Lt 171
NOMBRE DE ACUDIENTE: José Luis Amaranto Valencia
PARENTESCO: pareja sentimental
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1047384829
EDAD: 35 años
TELEFONO DE CONTACTO: 3042102397
TECNICAS RECOLECION DE INFORMACIÓN: Entrevista semi estructurada a la familia del beneficiario
OBJETIVO:
Realizar reporte del caso perdida del bebe durante la gestación, verificando condiciones nutricionales, familiares y sociales que rodea actualmente a la beneficiaria.

ANTECEDENTES DE LA SITUACION
SITUACION ENCONTRADA

La beneficiaria el día 31 de agosto del presente año, se presentó a la unidad de servicio manifestando que luego de un control médico y la realización de una ecografía obstétrica, en la que se encontraron anomalías en el feto y el médico tratante considera necesario interrumpir el embarazo.

COMPOSICION FAMILIAR:
Familia nuclear, conformada por la gestante, su pareja y su hijo de dos años de edad, el cual también se encuentra vinculado al programa.
Conviven en unión libre.

CONCEPTO DE DINAMICA FAMILIAR

La familia de tipología nuclear, frente a las relaciones se evidencia que existe conflicto al interior de la familia, principalmente por que la pareja de la usuaria tiene otra pareja alterna. Lo que ocasiona conflictos y episodios de agresiones verbales.

Se evidencia dificultad para la comunicación y poca afectividad. La autoridad esta representada principalmente en la pareja de la beneficiaria, de igual manera algunas dificultades para la crianza del niño.

La beneficiaria cuenta con la capacidad de realizar procesos cognitivos, mantiene un lenguaje claro y coherente, en cuanto al área emocional y afectiva presenta dificultades para la demostración del afecto y el manejo adecuado de emociones como la ira y la tristeza. Se encuentra orientada en tiempo y espacio.

SALUD Y NUTRICION:

La usuaria con 18 semanas de gestación, vinculada a la eps Coosalud; quien asiste a control prenatal donde se realizan algunos estudios, entre ellos una ecografía, donde se pudo determinar que feto presentaba algunos padecimientos en su salud como ENFERMEDAD DE POTER POLIQUISTICO INFANTIL, por lo que el médico tratante (perinatologo) considera necesario interrumpir el embarazo, según información suministrada por la usuaria sra FULVIA RUTH CASTRO LOPEZ, la situación fue consultada con su grupo familiar quienes finalmente accedieron a realizar la interrupción del embarazo, el cual fue realizado el día 01-09-2022 en la clínica de la mujer a través de una cesárea, en la actualidad la usuaria se encuentra, aparente buen estado de salud físico y emocional.

:

Reporte nutricional

Edad	Peso Kg	Talla cm	Edad gestacional	Diagnostico nutricional
22	71.9	159.9	**18 semanas**	Sobre peso para la edad gestacional

FACTORES DE GENERATIVIDAD:

- Red vincular, Actualmente la usuaria cuenta con el apoyo de su abuela materna, quien ejerce el rol de madre, y con red familiar suficiente con vínculos afectivos significativos.
- Acceso a vivienda.
- . Acceso a salud

FACTORES DE VULNERABILIDAD:

- Dificultad en la relación de pareja
- Conflicto con familia del conyugue
- Baja autoestima.

FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA
GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
Nit: 800189920-5

Responsable

Apoyo Psicosocial
TP. 269041006-1

Apoyo salud y nutrición

NOTA ACLARATORIA

Todos los datos e información aquí consignada fueron aportados por la(s) Persona(s) que atendieron la visita y permanecen sujetos a su respectiva confirmación o cambio. Este informe es de carácter descriptivo y se fundamenta en los principios que consagra el Código de Infancia y adolescencia Ley 1098 de 2006

Epicrisis

Datos del Paciente

Identificacion	CC - 1007742954	**Paciente**	CASTRO LOPEZ TULVIA RUTH		
Fecha Ingreso	2022/09/01	**Hora Ing**	06:49	**Ingreso:**	382178
				Unidad Funcional:	HOSPITALIZACION 2
Fecha y Hora Atencion	2022/09/01 06:55:31				
Fecha Nacl	2000-09-05	**Edad**	21 años	**Sexo:**	F
Telefono	3042102397	**Estrato**	EXENTO DE PAGO	**Municipio:**	CARTAGENA
Direccion	CRA 17 MZ 2 LOTE 3				
Empresa	COOPERATIVA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL DE LA ZONA SUR ORIENTAL DE CARTAGENA LTDA COOSALUD LTDA				
Contrato	CONTRATO No 35 COOSALUD SUBSIDIADO- EPISODIOS				
Acompañante			**Tel Acompañante**		

DATOS HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES

MOTIVO DE CONSULTA: "DIRRECCIONADA DE CONSULTA EXTERNA"
ENFERMEDAD ACTUAL: PACIENTE FEMENINA DE 21 AÑOS, GESTANTE, QUIEN INGRESA CON REPORTE DE ECOGRAFIA 25/08/22 EMBARAZO DE 28 3 SEM + ENFERMEDAD DE POTTER I (POLIQUISTICO INFANTIL) MAS ANHIDRAMNIOS POR LO CUAL ES DIRRECIONADA CONSULTA EXTERNA CON PERINATOLOGIA DR. JORGE CANAVERA QUIEN CONSIDERADA INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO BAJO LA SENTENCIA C 355 DEL 2006 PACIENTE NIEGA FIEBRE SINTOMAS RESPIRATORIOS Y/O GASTROINTESTINALES ASI MISMO NIEGA CONTACTO ESTRECHO CON CASOS SOSPECHOSOS O CONFIRMADO DE COVID -19

PACIENTE ATENDIDA CON EPP DEBIDO A LA PANDEMIA POR COVID 19
ANTECEDENTES FAMILIARES: MADRE DIABETICA
QUIRURGICOS: CESAREA POR DCP
ESTADO DE CONCIENCIA: NORMAL
PIEL Y MUCOSA: NORMAL
CABEZA, CARA Y CUERO CABELLUDO: NORMAL
CUELLO: NORMAL
ORGANOS DE LOS SENTIDOS: NORMAL
TORAX: NORMAL
RESPIRATORIO: NORMAL
CARDIACO: NORMAL
VASCULAR PERIFERICO: NORMAL
ABDOMEN: NORMAL
PERIANAL: NORMAL
REGION INGUINAL: NORMAL
GENITALES: NORMAL
EXTREMIDADES: NORMAL
SIST. NERVIOSO CENTRAL NORMAL

Escaneado con CamScanner

Epicrisis

OBSERVACION : RESULTADOS DE LABORATORIOS CLINICOS :

OBSERVACIONES: 08/07/22 UROCULTIVO NEGATIVO TOXOPLASMA IGG POSITIVO TOXOLASMA IGM NEGATIVO RUBEOLA IGG NEGATIVO RUBEOLA IGM NEGATIVO
08/06/22 HEMOGRAMA HB 11.5 HTC 35 LEU 9.64 PLA 460VIH NEGATIVO VDRL: NO REACTIVO HEPAITIS B NEGATIVO

OBSERVACION: RESULTADO DE ECOGRAFIA Y MONITOREO FETAL :

OBSERVACION: ECON 25/08/22 EMB DE 18.3 SEM + ENFERMEDAD DE POTTER I (POLIQUISTICO INFANTIL) + ANHIDRMANIOS PARA HOY 19.3 SEM

OBSERVACION. RESULTADO DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS RADIOLOGÍA Y EKG :

CRANEO, CARA Y CUELLO CONCIENTE ALERTA ORIENTADA. BUEN ESTADO GENERAL
CCCC: NORMOCEFALO, CONJUNTIVAS ROSADAS, PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, MUCOSA ORAL HÚMEDA, CUELLO MÓVIL SIN ADENOPATIAS.
TORAX: C/P: TORAX SIMETRICO, EXPANDIBLE. RSCS RITMICOS SIN SOPLOS, RSRS NORMOVENTILADOS SIN AGREGADOS.
ABDOMEN: ABD: BLANDO DEPRESIBLE, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, SE PALPA UTERO LEVEMENTE AUMENTADO DE TAMAÑO, NO DOLOROSO A LA PALPACION.
PIEL Y FANERAS: SIN LESIONES APARENTES.
GENITO-URINARIO: GU: NORMOCONFIGURADO, NORMOTERMICO, AL TACTO CUELLO LARGO POSTERIOR CERRADO, SIN CAMBIOS CERVICALES. , NO AMNIORREA NI SANGRADO.
EXTREMIDADES: EXT: MOVILES, SIMETRICA, SIN EDEMA, BUEN LLENADO CAPILAR.
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: SNC: SIN DEFICIT SENSITIVO NI MOTOR APARENTE.

PLANES Y TRATAMIENTO

PLAN: ORDENES MEDICAS
- HOSPITALIZAR
- DIETA LIQUIDA
- HARTMAN PASAR ARAZON 80CC/HRS
- MISOPROSTOL TAB 200 MCG APLCIAR 200 MCG INTRAVAGINAL / 200 MCG SUBLINGUAL CADA 4 HRS
- SE SOLICITA VAL POR TRABAJO SOCIAL Y PSICOLOGIA
- SGTO POR GINECOLOGIA
- VIGILAR SANGRADO VAGINAL
- CVS Y AC

ANALISIS: PACIENTE FEMENINA DE 21 AÑOS CON IX DE:
- EMBARAZO DE 19.3 SEM POR ECO I TRIMESTRES + ENFERMEDAD DE POTTER I (POLIQUISTICO INFANTIL) + ANHIDRMANIOS
- CESAREA ANTERIOR
- SEGUNDIGESTANTE

REPORTE DE ECOGRAFIA 25/08/22 EMBARAZO DE 18.3 SEM + ENFERMEDAD DE POTTER I (POLIQUISTICO

Escaneado con CamScanner

Epicrisis

INFANTIL) MAS ANHIDRAMNIOS, POR LO CUAL EN DIRRECIONADA CONSULTA EXTERNA CON PERINATOLOGIA DR. JORGE CAÑAVERA QUIEN CONSIDERADA INTERRUPCCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO BAJO LA SENTENCIA C-355 DEL 2006. ACTUALMENTE HEMODICAMENTE ESTABLE, SIGNOS VITALES EN METAS, AFEBRIL, SIN SIGNOS DE SIRS, NI SINTOMAS TOXEMICOS, ABDOMEN UTERO AUMENTADO DE TAMAÑO, GENITALES AL TACTO SIN CAMBIOS CERVICALES, PACIENTE VALORADA POR GINECOLOGO EN TURNO QUIEN ORDENA INICIAR MADURACION CERVICAL, PREVIA VALOACION POR TRABAJO SOCIAL Y PSICOLOGIA, SE LE EXPLICA A LA PACIENTE QUIEN REFIERE ENTEDNER Y ACEPTAR.

DATOS PERINATALES

PATOLOGIAS DEL EMBARAZO: NO
ESTEROIDES PRENATALES: NO

IMPRESION CLINICA

Diagnóstico Principal: O351 - ATENCION MATERNA POR (PRESUNTA) ANORMALIDAD CROMOSOMICA EN EL FETO

DATOS HISTORIA CLINICA

OBSERVACION

PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, QUIEN ACTUALMENTE SE ENCUENTRA CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, SIN SIRS, TOLERANDO VIA ORAL Y OXIGENO AMBIENTE, DEAMBULANDO SIN INCONVENIENTES Y CON DIURESIS ESPONTANEA POSITIVA. AL MOMENTO DE LA VALORACION PACIENTE CON SIGNOS VITALES EN METAS; ABDOMEN CON UTERO CON ADECUADA INVOLUCION A NIVEL INFRAUMBILICAL CON BUEN BOLO DE SEGURIDAD DE PINNARD, SE EVIDENCIA HERIDA QUIRURGICA SECA, SIN EVIDENCIA DE SANGRADO O SECRECIONES, SE RECIBE REPORTE DE HEMOGRAMA POSTRANSFUSIONAL CON EVIDECIA DE ASCENSO DE VALORES DE HEMOGLOBINA POSTRANSFUSIONAL POR LO QUE SE CONSIDERA PACIENTE CON EVOLUCION CLINICA FAVORABLE POR PARTE DE GINECÓLOGO DE TURNO SE DA ALTA MEDICADANDO SIGNOS DE ALARMA Y RECOMENDACIONES SE EXPIDE FORMULA MEDICA, LA CUAL DEBE SER CUMPLICA A CABALIDAD. SE EXPLICA CLARAMENTE A LA PACIENTE Y FAMILIAR CONDICION CLINICA Y CONDUCTA MEDICA A SEGUIR, QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

DATOS DE EGRESO

Diagnostico egreso: Z988 - OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS

Fecha y hora de egreso: 2022/09/03 - 12:00

Fecha y hora de muerte:

Estado egreso: VIVO

Escaneado con CamScanner

Epicrisis

MEDICO

LAURA MARGARITA VILORIA GOMEZ
Esp: MEDICINA GENERAL
CC: 1143385938
Reg. Med:

MEDICO ESPECIALISTA

MAYERLIN PETRO UTRIA
CC:
Reg. Med:

Copyright 2010-2011 Sisma-Salud Todos los Derechos Reservados.

Escaneado con CamScanner

Epicrisis

OBSERVACION : RESULTADOS DE LABORATORIOS CLINICOS :

OBSERVACIONES: 08/07/22 UROCULTIVO NEGATIVO TOXOPLASMA IGG POSITIVO TOXOLASMA IGM NEGATIVO RUBEOLA IGG NEGATIVO RUBEOLA IGM NEGATIVO
08/06/22 HEMOGRAMA HB 11.5 HTC 35 LEU 9.64 PLA 460VIH NEGATIVO VDRL: NO REACTIVO HEPAITIS B NEGATIVO

OBSERVACION: RESULTADO DE ECOGRAFIA Y MONITOREO FETAL :

OBSERVACION: ECON 25/08/22 EMB DE 18.3 SEM + ENFERMEDAD DE POTTER I (POLIQUISTICO INFANTIL) + ANHIDRMANIOS PARA HOY 19.3 SEM

OBSERVACION. RESULTADO DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS RADIOLOGÍA Y EKG :

CRANEO, CARA Y CUELLO CONCIENTE ALERTA ORIENTADA. BUEN ESTADO GENERAL
CCCC: NORMOCEFALO, CONJUNTIVAS ROSADAS, PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, MUCOSA ORAL HÚMEDA, CUELLO MÓVIL SIN ADENOPATIAS.
TORAX: C/P: TORAX SIMETRICO, EXPANDIBLE. RSCS RITMICOS SIN SOPLOS, RSRS NORMOVENTILADOS SIN AGREGADOS.
ABDOMEN: ABD: BLANDO DEPRESIBLE, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, SE PALPA UTERO LEVEMENTE AUMENTADO DE TAMAÑO, NO DOLOROSO A LA PALPACION.
PIEL Y FANERAS: SIN LESIONES APARENTES.
GENITO-URINARIO: GU: NORMOCONFIGURADO, NORMOTERMICO, AL TACTO CUELLO LARGO POSTERIOR CERRADO, SIN CAMBIOS CERVICALES. , NO AMNIORREA NI SANGRADO.
EXTREMIDADES: EXT: MOVILES, SIMETRICA, SIN EDEMA, BUEN LLENADO CAPILAR.
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: SNC: SIN DEFICIT SENSITIVO NI MOTOR APARENTE.

PLANES Y TRATAMIENTO

PLAN: ORDENES MEDICAS
- HOSPITALIZAR
- DIETA LIQUIDA
- HARTMAN PASAR ARAZON 80CC/HRS
- MISOPROSTOL TAB 200 MCG APLCIAR 200 MCG INTRAVAGINAL / 200 MCG SUBLINGUAL CADA 4 HRS
SE SOLICITA VAL POR TRABAJO SOCIAL Y PSICOLOGIA
SGTO POR GINECOLOGIA
- VIGILAR SANGRADO VAGINAL
- CVS Y AC

ANALISIS: PACIENTE FEMENINA DE 21 AÑOS CON IX DE:
- EMBARAZO DE 19.3 SEM POR ECO I TRIMESTRES + ENFERMEDAD DE POTTER I (POLIQUISTICO INFANTIL) + ANHIDRMANIOS
- CESAREA ANTERIOR
- SEGUNDIGESTANTE

REPORTE DE ECOGRAFIA 25/08/22 EMBARAZO DE 18.3 SEM + ENFERMEDAD DE POTTER I (POLIQUISTICO

Escaneado con CamScanner

Epicrisis

INFANTIL) MAS ANHIDRAMNIOS, POR LO CUAL EN DIRRECIONADA CONSULTA EXTERNA CON PERINATOLOGIA DR. JORGE CAÑAVERA QUIEN CONSIDERADA INTERRUPCCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO BAJO LA SENTENCIA C-355 DEL 2006. ACTUALMENTE HEMODICAMENTE ESTABLE. SIGNOS VITALES EN METAS, AFEBRIL, SIN SIGNOS DE SIRS, NI SINTOMAS TOXEMICOS, ABDOMEN UTERO AUMENTADO DE TAMAÑO, GENITALES AL TACTO SIN CAMBIOS CERVICALES, PACIENTE VALORADA POR GINECOLOGO EN TURNO QUIEN ORDENA INICIAR MADURACION CERVICAL, PREVIA VALOACION POR TRABAJO SOCIAL Y PSICOLOGIA, SE LE EXPLICA A LA PACIENTE QUIEN REFIERE ENTEDNER Y ACEPTAR.

DATOS PERINATALES

PATOLOGIAS DEL EMBARAZO: NO
ESTEROIDES PRENATALES: NO

IMPRESION CLINICA

Diagnóstico Principal: O351 - ATENCION MATERNA POR (PRESUNTA) ANORMALIDAD CROMOSOMICA EN EL FETO

DATOS HISTORIA CLINICA

OBSERVACION

PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, QUIEN ACTUALMENTE SE ENCUENTRA CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, SIN SIRS, TOLERANDO VIA ORAL Y OXIGENO AMBIENTE, DEAMBULANDO SIN INCONVENIENTES Y CON DIURESIS ESPONTANEA POSITIVA. AL MOMENTO DE LA VALORACION PACIENTE CON SIGNOS VITALES EN METAS; ABDOMEN CON UTERO CON ADECUADA INVOLUCION A NIVEL INFRAUMBILICAL CON BUEN BOLO DE SEGURIDAD DE PINNARD, SE EVIDENCIA HERIDA QUIRURGICA SECA, SIN EVIDENCIA DE SANGRADO O SECRECIONES, SE RECIBE REPORTE DE HEMOGRAMA POSTRANSFUSIONAL CON EVIDECIA DE ASCENSO DE VALORES DE HEMOGLOBINA POSTRANSFUSIONAL POR LO QUE SE CONSIDERA PACIENTE CON EVOLUCION CLINICA FAVORABLE POR PARTE DE GINECÓLOGO DE TURNO SE DA ALTA MEDICADANDO SIGNOS DE ALARMA Y RECOMENDACIONES SE EXPIDE FORMULA MEDICA, LA CUAL DEBE SER CUMPLICA A CABALIDAD. SE EXPLICA CLARAMENTE A LA PACIENTE Y FAMILIAR CONDICION CLINICA Y CONDUCTA MEDICA A SEGUIR, QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

DATOS DE EGRESO

Diagnostico egreso: Z988 - OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS

Fecha y hora de egreso: 2022/09/03 - 12:00

Fecha y hora de muerte:

Estado egreso: VIVO

Escaneado con CamScanner

CLINICA DE LA MUJER CARTAGENA S.A.S.
Código del Prestador: 130010314101 NIt: 901031682-4
Dirección: AV Pedro de heredia N°35 - 119
Teléfono: 6448161-6624187
Web: www.clinicadelamujer.com
Email: clinicadelamujercrtg@clinicadelamujercrtg.com

Fecha de Impresión: 2022/09/03 11:26:58

Epicrisis

MEDICO
LAURA MARGARITA VILORIA GOMEZ
Esp: MEDICINA GENERAL
CC: 1143385938
Reg. Med:

MEDICO ESPECIALISTA
MAYERLIN PETRO UTRIA
CC:
Reg. Med:

Copyright 2010-2011 Sisma-Salud. Todos los Derechos Reservados.

Escaneado con CamScanner

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre: ALVIS SANTOS YOELIS **CC:** 1006743088 **Fecha nac.** 2000-03-09 **Edad:** 22 años **Sexo:** F

Direccion: SANTA MARIA **Estrato:** EXENTO DE PAGO **Municipio:** CARTAGENA **Telefono:** 3003328141

Acompañante: **Tel:**

Empresa: COOPERATIVA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL DE LA ZONA SUR ORIENTAL DE CARTAGENA LTDA COOSALUD LTDA **Contrato:** CONTRATO No 45 : COOSALUD-SUBSIDIADO - PAGO POR SERVICIO

Ingreso: 378228 **Fecha:** 2022/08/17 **Hora:** 07:00 **Fecha y Hora Atencion:** 2022/08/17 07:23:42 **Unidad funcional:** CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA

DATOS HISTORIA CLINICA

PERINATOLOGIA

MOTIVO DE CONSULTA
*** CONTROL MEDICINA MATERNO FETAL ***

EDAD: 22 AÑOS
OCUPACIÓN: ESTUDIANTE (ENFERMERÍA 2° SEMESTRE)
ESTADO CIVIL: SOLTERA
DIRECCIÓN: SANTA MARIA
CELULAR: 301-546-1512
HC: A POSITIVO
FUM: 07/01/2022
FUM AJUSTADA POR ECOGRAFÍA: 05/01/2022 (POR LCC)
FORMULA OBSTETRICA:
G2P0C0A1V0
G1: HACE 1 AÑO, ABORTO ESPONTANEO APROXIMADAMENTE DE 8 SEMANAS, REQUIRIO LEGRADO OBSTETRICO, NO COMPLICACIONES.
G2: ACTUAL, EMBARAZO PLANEADO: NO, DESEADO: SI, CONSULTA PRECONCEPCIONAL: NO, PRIMIPATERNIDAD: POSITIVA, EDAD: 28 AÑOS.

ENFERMEDAD ACTUAL
EMBARAZO DE 32 SEMANAS POR FUR AJUSTADA POR LCC.
MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES NIEGA SANGRADO O AMNIORREA NIEGA SÍNTOMAS PREMONITORIOS DE AFECTACIÓN NEUROLÓGICA, HEPÁTICA Y/O CARDIOVASCULAR. REMITIDA POR HALLAZGO ANORMAL EN ECOGRAFÍA.

ANTECEDENTES PERSONALES
PARACLÍNICOS
PARACLÍNICOS DE I TRIMESTRE VIH, TREPONEMA, HBSAG, NEGATIVOS
06/04/2022 - UROCULTIVO POSITIVO E COLI MÁS DE 100.000 UFC: TRATADO CON CEFALEXINA POR 7 DÍAS - HB: 12.3 - HTO: 35% - PLT: 401.000
25/05/2022 - HB: 12.4 - HTO: 38% - PLT: 354.000
23/06/2022 Ã‚Â CTOG: 76/101/85 (NORMAL)
28/06/2022 Ã‚Â TSH: 2.7

ECOGRAFÍAS
13/04/2022 - TAMIZAJE - EMB 14 SEM (LCC: 80mm) - BAJO RIESGO DE ANEUPLOIDÍAS
31/05/2022 - DETALLE - EMB 20.6 SEM, PFE: 379 GR - P57% - DILATACIÓN AURICULAR IZQUIERDA
06/07/2022 Ã‚Â DETALLE Ã‚Â EMB 25.5 SEM, PFE: 919 GR Ã‚Â CAMARA GASTRICA DISMINUIDA DE TAMAÑO + DOMINANCIA DE CAVIDADES DERECHAS + ASIMETRIA VENTRICULAR
16/08/2022 Ã‚Â ECOCARDIOGRAMA Ã‚Â ORIGEN AISLADO DE ARTERIA PULMONAR DERECHA DE LA AORTA + VENTRICULO DERECHO DE DOBLE SALIDA + ASIMETRIA DE CAVIDADES CON DOMINANCIA DE CAVIDADES DERECHAS + RIÑONES FETALES AUMENTADOS DE TAMAÑO

REVISION POR SISTEMAS
MOVIMIENTOS FETALES: PRESENTES
SANGRADO: NIEGA
CEFALEA: NIEGA
TINNITUS: NIEGA
FOSFENOS: NIEGA
EPIGASTRALGIA: NIEGA
SINTOMAS URINARIOS: NIEGA
FLUJO: NIEGA

EXAMEN FISICO :
PESO: 52 KG - TALLA: 1.65 - TA: 110/65 mmHg - FC: 97 x min - FR: 20 x min - SPO2: 99%
PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, CONSCIENTE, AFEBRIL, HIDRATADA, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA
CARA Y CUELLO: MUCOSAS ROSADAS HÚMEDAS, TIROIDES NORMAL
CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS, MURMULLO SIN AGREGADOS, MAMAS NORMALES.
ABDOMEN: GLOBOSO POR ÚTERO GRÁVIDO, AU: 30cm, BLANDO, DEPRESIBLE, FETOCARDIA: 140 x min, MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES, LÍQUIDO AMNIÓTICO NORMAL, CEFÁLICO, DERECHO CON ECÓGRAFO.
GENITOURINARIO: GENITALES EXTERNOS NORMOCONFIGURADOS,
EXTREMIDADES: SIN EDEMAS, PERFUSIÓN 2 s
NEUROLÓGICO: ALERTA, ORIENTADA, GLASGOW 15/15

ANALISIS
DIAGNÓSTICOS
EMBARAZO DE 32 SEMANAS POR FUR AJUSTADA POR LCC
ASIMETRIA DE CAVIDADES CON DOMINANCIA DE CAVIDADES DERECHAS + FIBROELASTOSIS SUBENDOCARDICA DEL VENTRICULO DERECHO + PERDIDA DEL OFFSET VALVULAR + SOSPECHA DE VASO PULMONAR EMERGENTE DE LA AORTA + SOSPECHA DE COARTACION DE LA AORTA + RIÑONES FETALES AUMENTADOS DE TAMAÑO
ANTECEDENTE DE LEGRADO # 1
PRIMIPATERNIDAD
PLANIFICACIÓN FAMILIAR: DESEA IMPLANTE SUBDÉRMICO.

RIESGO OBSTÉTRICO: ALTO
RIESGO PSICOSOCIAL: ALTO
RIESGO TROMBÓTICO: BAJO
RIESGO HEMORRÁGICO: BAJO

PACIENTE ACTUALMENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, ACTUALMENTE ASINTOMÁTICA.
PARACLÍNICOS DE CONTROL PRENATAL: DENTRO DE LÍMITES NORMALES, NO TRAE SEROLOGÍA PARA TOXOPLASMA.

ECOGRAFÍAS: TAMIZAJE DE I TRIMESTRE DE BAJO RIESGO, TAMIZAJE DE II TRIMESTRE DENTRO DE RANGOS DE NORMALIDAD, CAMARA GASTRICA DISMINUIDA DE TAMAÑO + DOMINANCIA DE CAVIDADES DERECHAS + ASIMETRIA VENTRICULAR, PERFIL DE CRECIMIENTO NORMAL

PACIENTE ACTUALMENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, CON DIAGNÓSTICOS ANOTADOS.
PACIENTE ACTUALMENTE EN BUENAS CONDICIONES, REMITIDA POR HALLAZGOS DESCRITOS.
ECO DE DETALLE QUE REPORTA CAMARA GASTRICA DISMINUIDA DE TAMAÑO + DOMINANCIA DE CAVIDADES DERECHAS + ASIMETRIA VENTRICULAR, SIN OTROS HALLAZGOS IMPORTANTES.
SE REALIZA RASTREO ECOGRÁFICO ENCONTRANDO: ASIMETRIA DE CAVIDADES CON DOMINANCIA DE CAVIDADES DERECHAS + FIBROELASTOSIS SUBENDOCARDICA DEL VENTRICULO DERECHO + PERDIDA DEL OFFSET VALVULAR + SOSPECHA DE VASO PULMONAR EMERGENTE DE LA AORTA + SOSPECHA DE COARTACION DE LA AORTA + RIÑONES FETALES AUMENTADOS DE TAMAÑO.
TIENE PENDIENTE NUEVO DETALLE ANATOMICO + ECOCARDIOGRAMA FETAL.
SE CONSIDERA QUE EL NACIMIENTO SE DEBE DAR A TERMINO (SEMANA 38 ÀDÂ□ 39)EN CENTRO QUE CUENTE CON UNIDAD DE CARDIOLOGIA PEDIATRICA CON DISPONIBILIDAD DE CARDIOLOGO PEDIATRA Y CIRUJANO CARDIOVASCULAR PEDIATRICO.
CONTROL CON DOPPLER FETOPLACENTARIO
CONTROL EN 3 SEMANAS.

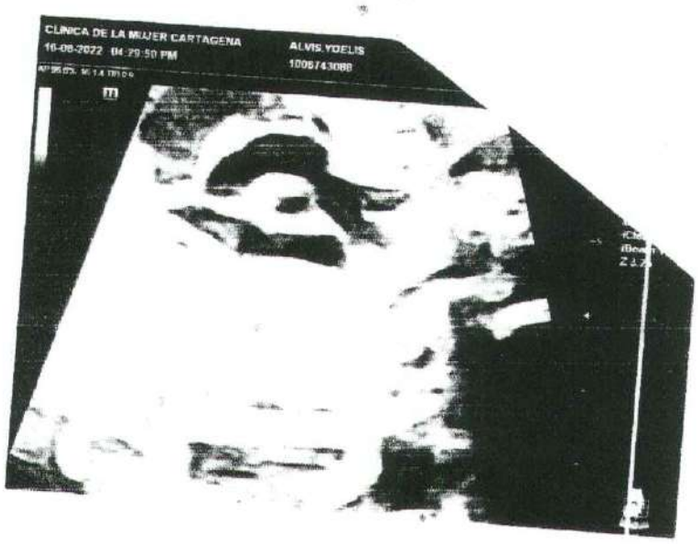
SE LE EXPLICA DE FORMA AMPLIA Y CLARA A LA PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

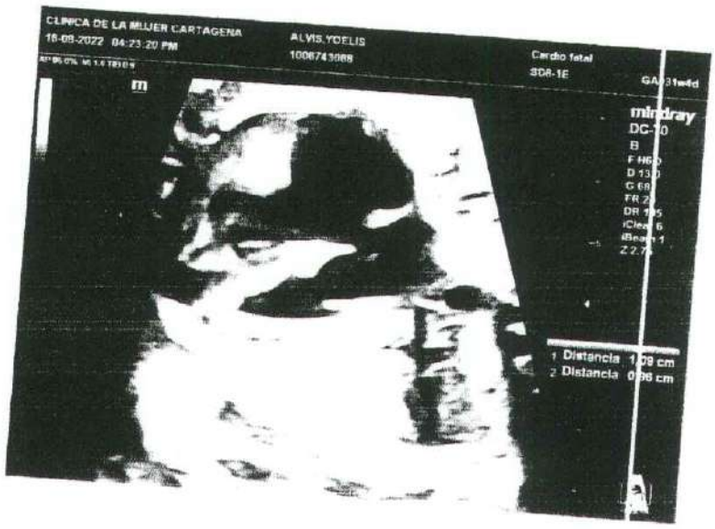
PLAN
PLAN DE INTERVENCIÓN:
CONTROL EN 3 SEMANAS CON PERINATOLOGÍA
S/S DOPPLER FETOPLACENTARIO
REMISION A CENTRO QUE CUENTE CON: UNIDAD DE CARDIOLOGIA PEDIATRICA CON DISPONIBILIDAD DE CARDIOLOGO PEDIATRA Y CIRUJANO CARDIOVASCULAR PEDIATRICO
CONTINUAR CONTROLES CON GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DE ALTO RIESGO
RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA

SIGNOS DE ALARMA: ASISTIR POR URGENCIAS SI PRESENTA DISMINUCION DE MOVIMIENTOS FETALES, SANGRADO GENITAL, SALIDA DE LÍQUIDO POR VAGINA, CONTRACCIONES CADA 10 MIN DURANTE UNA HORA, DOLOR DE CABEZA INTENSO O ASOCIADO A VISIÓN BORROSA, LUCES O PITOS POR LOS OÍDOS, DOLOR EN LA BOCA DEL ESTÓMAGO INTENSO, FIEBRE MAYOR DE 38ºC, TENSION MAYOR O IGUAL DE 140/90 O CUALQUIER COSA QUE CONSIDERE UNA URGENCIA

SE RECOMIENDA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA POR 6 MESES, SE REALIZA CONSEJERÍA

SE INFORMA SOBRE SENTENCIA C 355 RESPETANDO DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LA MUJER: TOMAR DECISIONES LIBRES Y SIN DISCRIMINCACION SOBRE LA POSIBILIDAD DE PROCREAR O NO, DE REGULAR LA FECUNDIDAD Y DE DISPONER DE LA INFORMACIÓN Y MEDIOS PARA ELLO. TAMBIÉN IMPLICA EL DERECHO DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA QUE GARANTICEN UNA MATERNIDAD SEGURA, LA PREVENCIÓN DE EMBARAZOS NO DESEADOS, LA DECISIÓN LIBRE DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN LOS SIGUIENTES CASOS: CUANDO SE TRATE DE PRODUCTO DE VIOLACIÓN O ACCESO CARNAL, CUANDO EXISTAN MALFORMACIONES FETALES INCOMPATIBLES CON LA VIDA POSTNATAL, CUANDO EL EMBARAZO PONGA EN RIESGO LA SALUD FÍSICA O MENTAL DE LA MADRE.


CLINICA DE LA MUJER CARTAGENA
16-09-2022 04:29:50 PM
ALVIS,YDELIS
1006743088


CLINICA DE LA MUJER CARTAGENA
16-09-2022 04:23:20 PM
ALVIS,YDELIS
1006743088
Cardio fetal
SD8-1E
mindray
1 Distancia
2 Distancia


CLINICA DE LA MUJER CARTAGENA
16-09-2022 04:18:39 PM
ALVIS,YDELIS
1006743088
Cardio fetal
SD8-1E
mindray

Clínica de la Mujer Cartagena

ECOCARDIOGRAFIA FETAL- DR JEZID MIRANDA QUINTERO

IDENTIFICACION

CARTAGENA, martes, 16 de agosto de 2022

Nombre: YOELIS ALVIS SANTOS
Edad: 22 años.
FUR: 07/01/2022

H.C.: 1006743088

Edad Gestacional: 31 4/7 semanas

TIPO DE EXAMEN

Mediante transductor convex transabdominal multifrecuencia se practicó ecocardiografía fetal encontrando:
Feto único, vivo, en situación longitudinal, presentación CEFALICO CON EL DORSO A LA IZQUIERDA al momento del examen. Movimientos fetales activos. Actividad cardiaca rítmica.

Frecuencia Cardiaca Fetal: 133 /min

SITUS SOLLITUS

EJE CARDIACO 30 ° Izquierdo

INDICE CARDIOTORACICO

Tórax:	DAPT	73,3	Corazón	Longitudinal	56,5	INDICE 0,5
	DTT	63,0		Transverso	68,3	CARDIOTORÁCICO
	Circunferencia	28,6		Circunferencia	12,9	

EXAMEN ANATOMICO DEL CORAZON

Corazón situs sollitus, ocupando un 1/3 del area del tóroax con la mayoría del corazón en el hemitórax izquierdo. Corte de cuatro cámaras con ventrículos simétricos de morfología normal y concordantes, banda moderadora en el ápex del ventrículo derecho, septum interventricular integro en su porción muscular y membranosa. Aurículas simétricas, foramen oval con apertura hacia la arícula izquierda, septum primun atrial presente. Conexiones aurículo ventriculares con cruz cordis normal, apertura de las válvulas mitral y tricuspide libre y normal. Valva medial de la válvula tricúspide insertada en el septum interventicular más cerva del ápex que la de la válvula mitral.

Tracto de salida del ventículo izquierdo hacia la aorta. Tracto de salida del ventículo derecho hacia la arteria pulmonar. Grandes vasos cruzados. cayado aortico normal, arco del ductus normal, corte de tres vasos (aorta, arteria pulmonar, vena cava superior y tráquea) normales. Venas pulmonares drenando a la aurícula izquierda. Venas cavas superior e inferior drenando a la aurícula derecha.

OBSERVACIONES VALORACION HEMODINAMICA

PEF : 1,946 gramos P : 66 diametro del anillo de la valvula pulmonar 9,8 mm y de la aorta 6,2 ventriculo derecho 10,9 mm e izquierdo 9,6 mm. Se identifica aorta con bifurcacion, que parece corresponder a la AP derecha surge de forma anómala de la aorta ascendente que se origina cerca de la base de la arteria braquiocefálica.

CONCLUSIONES

1. EMBARAZO DE 31 SEMANAS. 4 DIAS
2. CARDIOPATIA CONGENITA COMPLEJA:

A. ORIGEN ANOMALO FETAL AISLADO DE ARTERIA PULMONAR DERECHA DE LA AORTA

B. VENTRICULO DERECHO DE DOBLE SALIDA

3. ASIMETRIA DE CAVIDADES, CON DOMINANCIA CAVIDADES DERECHAS
4. RIÑONES FETALESA UMENTADOS DE TAMAÑO

ATENDIDO POR

JEZID ENRIQUE MIRANDA QUINTERO - (MÃister en Medicina Materno-fetal-CirugÃa Fetal) - 1047375191

Cedula: 1047375191

Reg. med: 1047375191

Copyright 2010-2011 Sirma-Salud. Todos los Derechos Reservados

FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA
GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
Nit: 800189920-5

ACTA DE SELECCIÓN DE BENEFICIARIOS

CIUDAD Y FECHA: Cartagena de Indias 22 de septiembre de 2022
DIMF: **PIEDRA DE BOLÍVAR FAMILIAR**
PROFESIONAL A CARGO: Auxiliar administrativo
NOMBRE: Brenda Llorente

OBJETIVO:

Realizar el proceso de selección de beneficiarios nuevos del Grupo Territorial GT Piedra de Bolívar Familiar 2 para el año 2022.

DESCRICIÓN DEL DIA:

Siendo las 8: 00 a.m. se inician el proceso de selección de usuarios nuevos para el presente año teniendo en cuenta los criterios para la identificación y priorización de los niños, niñas y mujeres gestantes en la modalidad familiar de educación inicial en el marco de la atención integral, criterios que se anexa a este documento.
Todo esto en presencia de todo el equipo interdisciplinario de la unidad.

EVALUACION

Se logró cumplir el objetivo propuesto con la participación activa de todo el equipo y de los seleccionados.

Responsables

Randy Pomares.
RANDY JOSE POMARES GUERRERO
Coordinador Pedagógico

Brenda Lucia Llorente Z.
Brenda Llorente Zapata
Auxiliar Administrativa

BIENESTAR FAMILIAR

FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA
GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
Nit: 800189920-5

FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN

LISTADO DE BENEFICIARIOS SELECCIONADOS

Nombre y Apellidos

KELIANYS MARGARITA LLANOS CABALLERO	1137543025
YESICA PAOLA HEREDIA MARTELO	1007230733
ARIADNA SOFIA MURILLO MONTERO	1235051457
THEYLOR ANDRES ARNEDO CERRA	1048471519
ANGEL DAVID PITALUA NAVAS	1247258399
GLENDYS ORTEGA ALTAMIRANDA	1148962548
XIOMARA SARAVIA SIERRA	1143392128
ABBY LUCIA MARTINEZ ESCOBAR	1044015576
HEILEEN ALEXA NAVARRO ROJAS	1044021145
JUAN FELIPE TELLEZ ASCENCIO	1044021179
VERONICA MARTINEZ CAMPO	1235045995

Criterios generales de la focalización [1]

Criterios de focalización

Para la identificación, priorización y selección de los usuarios en los diferentes servicios, la atención a prestar a los potenciales usuarios está dada en función de parámetros de elegibilidad e inclusión con los cuales se puedan brindar un servicio de primera infancia a las niñas y niños que más lo necesitan. Los parámetros establecidos responden a criterios técnicos y operativos ajustados a la misión de la Dirección de Primera Infancia y el ICBF, que priorizan la atención de población de acuerdo con el grado de derechos vulnerados, inobservados y/o amenazas, y que adicionalmente contempla el modelo de enfoque diferencial de derechos adoptado por el ICBF a través de la resolución 1264 de 2017 y un modelo de prelación de territorios.

Nota aclaratoria: El orden en el que se presentan los criterios de focalización establecidos en esta guía no representan un orden de prioridad o de ponderación:

Criterios de focalización poblacional

a. Sisbén

De acuerdo con la resolución 8413 de 2021 del Instituto Colombiano de Bienestar familiar, durante los dos primeros años de entrada de dicha resolución, el Sisbén III también será utilizado como criterio de ingreso a los programas o servicios del ICBF teniendo en cuenta los siguientes puntos de corte:

Tabla 1. Puntajes máximos del Sisbén III según categoría

Nivel	14 ciudades (*)	Resto urbano	Rural disperso
Único	57.21	56.32	40.75

Fuente: Resolución 8413 de 2021

*Las 14 principales ciudades son: Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla, Cartagena, Cúcuta, Bucaramanga, Ibagué, Pereira, Villavicencio, Pasto, Montería, Manizales y Santa Marta, sin sus áreas metropolitanas. Incluye la zona urbana diferente a las de las 14 principales ciudades, los centros poblados y la zona rural dispersa de las 14 principales ciudades.

Esta atención de carácter transitorio se brindará a la población que no cuente con la encuesta Sisbén IV ni cumpla con otro criterio poblacional o territorial de ingreso, sin embargo, es de aclarar que, una vez vencido el periodo de transición, se entenderá de manera automática que el criterio de ingreso para acceder a la oferta del ICBF será el Sisbén IV, razón por la cual, desde las entidades administradoras del servicio y las unidades de atención se debe invitar a las personas a solicitar la encuesta en las oficinas de cada entidad territorial para acelerar la transición hacia la versión IV.

b. Adoptar los grupos y niveles de Sisbén IV relacionados con el área misional de Primera Infancia, conforme los criterios de selección de grupos poblacionales de atención establecidos por el ICBF en la Resolución No. 8413 de 202118. Los grupos a los que hace mención el Sisbén se organizan de la siguiente manera:

[1] Tomado de, MANUAL OPERATIVO PARA LA ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA - MODALIDAD FAMILIAR; versión 3, 14/03/2018. Pág. 18

Tabla 2. Grupos de clasificación del Sisbén IV

Grupo A	Grupo B	Grupo C	Grupo D
Pobreza extrema	Pobreza moderada	Vulnerable	No pobre/vulnerable
A1 hasta A5	B1 hasta B7	C1 hasta C18	D1 hasta D21

Fuente: Página web del Sisbén

Frente a lo anterior, en lo que respecta a los procesos de focalización para la dirección de Primera Infancia aplican los niveles que van del A01 al C18:

Tabla 3. Grupos de atención para Primera Infancia según Sisbén IV

Nivel inferior	Nivel superior
A01	C18

Fuente: Resolución 8413 de 2021

b. Pertenecientes a familias identificadas a través de la Estrategia para la Superación de la Pobreza Extrema – Red UNIDOS.
c. Niñas, niños y mujeres gestantes pertenecientes al programa Familias en Acción de Prosperidad Social.
d. Niñas y niños egresados de la estrategia de atención y prevención de la desnutrición aguda (Centros de Recuperación Nutricional -CRN- y 1000 días para cambiar el mundo y unidades de búsqueda activa).
e. Remitidos por las entidades del Sistema Nacional de Bienestar Familiar -SNBF- que se encuentren en situación de vulnerabilidad, riesgo de vulneración de derechos o programas de protección del ICBF.
f. Víctimas de hechos violentos asociados al conflicto armado interno, de acuerdo con las directrices establecidas en la Ley 1448 de 2011 y los Decretos ley 4633, 4634 y 4635 de 2011, así como la Sentencia T-025 de 2004 proferida por la Corte Constitucional y demás desarrollos jurisprudenciales

en torno a la existencia de un estado de cosas inconstitucional; para lo cual se considerarán aquellos cuyo estado se encuentre incluido dentro del RUV.
g. Pertenecientes a comunidades étnicas (indígenas, comunidades negras, afrocolombianas, Palenqueros, Raizales19 y Rrom) que demanden el servicio, así como, aquellas que se encuentren en el marco de las disposiciones legales (autos, sentencias y tutelas) e instrumentos de política pública que reconocen la protección reforzada para la pervivencia de estas poblaciones.
h. Niños, niñas y mujeres gestantes con discapacidad que requieren diversos tipos e intensidad de apoyos para su participación efectiva y que demandan acompañamiento en las actividades de cuidado y acciones de carácter pedagógicos para garantizar su derecho impostergable a la educación inicial ; así como los que sean remitidos por las entidades del SNBF con base en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad del Ministerio de Salud y Protección Social, como de los comités territoriales y locales de discapacidad y las entidades territoriales en salud.
i. Usuarios del subsidio en especie para población vulnerable, del que trata el artículo 12 de la Ley 1537 de 2012 (Vivienda de Interés Social y Vivienda de Interés Prioritario), y el Decreto 1921 de 2012 o el que reglamente la materia.
j. Niñas y niños cuyos padres estén en establecimientos de reclusión.
k. Población migrante, refugiada o apátrida que cumpla con alguno de los criterios de focalización poblacional de la presente guía.
l. Niñas y niños remitidos del servicio HCB FAMI y DIMF que al cumplir los dos (2) años deben transitar a otros servicios de educación inicial de atención permanente.
m. Niñas y niños remitidos del servicio Desarrollo Infantil en Establecimiento de Reclusión - DIER que egresa del servicio por situaciones como: cumplimiento de la edad máxima permitida (3 años), por libertad de la madre, por traslado de la madre del establecimiento de reclusión, por enfermedad grave de la madre o fallecimiento u otra debidamente soportada.

n. Niñas y niños remitidos del servicio Educación Inicial Rural - EIR quienes por circunstancias de movilidad voluntaria o involuntaria requieran continuar vinculados a los servicios de primera infancia del ICBF.
o. Niñas y niños cuyos padres estén activos en la ruta de reincorporación e identificados en las bases de datos remitidas de forma oficial al ICBF por la Agencia para la Reincorporación y la Normalización – ARN.
p. Para el servicio de Hogar Infantil se atenderá prioritariamente niños y niñas hijos de trabajadores que evidencien vinculación laboral y demás requisitos establecidos en la Resolución 1740 de 2010.

Parágrafo 1:
Si algún usuario no cumple con al menos uno de los criterios de focalización, pero requiere atención de acuerdo a lo manifestado por el padre/madre, cuidador o un tercero, se podrá realizar una visita domiciliaria por parte de la EAS o el ICBF con el talento humano idóneo el cual será determinado por la EAS de acuerdo a la pertinencia y necesidad de las familias; para ello, en esta visita, se revisarán los soportes que demuestren que el ingreso familiar no supera 1,5 SMMLV, además de verificar y documentar las condiciones de vida, tipo de familia y demás evidencias de las características sociofamiliares que permitan determinar la priorización de atención de estos. El acta de la visita debe reposar en la carpeta del usuario.

Parágrafo 2:
Para los casos de madres y padres que cumplan con criterios relacionados con algún hecho victimizante a causa del conflicto interno armado, se considera que esta calidad se transfiere a los hijos e hijas, teniendo en cuenta la importancia de priorizar este criterio dentro de la identificación al momento de asignar un cupo o acceso a los servicios de primera infancia, de madres gestantes, niñas y niños que soliciten o se identifiquen dentro del proceso de registro y focalización. Lo anterior aplica igualmente para mujeres gestantes que se encuentren siendo atendidas en algún servicio del ICBF, las cuales transfieren su criterio de atención a su hijo o hija recién nacido. Es importante mencionar que lo señalado no desliga el hecho de que padres o cuidadores deben realizar los trámites de registro de niñas y niños ante las instituciones del gobierno colombiano a que haya lugar para velar por el reconocimiento de derechos y la protección ante posibles vulnerabilidades y/o amenazas.

Parágrafo 3:

Sin perjuicio de lo anteriormente señalado, la Dirección de Primera Infancia, acoge los lineamientos del CONPES Social 100 de 2006, que contempla los lineamientos para la focalización del gasto público social.

Criterios prevalentes
Cuando la demanda de beneficiarios que cumplen los criterios antes referidos supera la oferta (cupos disponibles), se dará prioridad para la asignación de cupos, así:
• Potenciales usuarios que cumplan con los criterios de focalización poblacional de los literales (b), (d), (e) y (i).
• Potenciales usuarios que cumplan con el criterio de focalización poblacional del literal (h) con énfasis en las familias de grupos étnicos contempladas en las sentencias y autos de la Corte Constitucional.
• Potenciales usuarios que cumplan con los criterios de focalización poblacional del literal (j) con énfasis en niños y niñas egresados de los programas que hacen parte del Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos - PARD.
• Niños y niñas egresados del servicio de Desarrollo Infantil en Establecimientos de Reclusión.
• Niños y niñas que cumplan con el criterio de focalización del literal (k) con énfasis en niños y niñas migrantes, refugiados o apátridas en situación migratoria irregular y con ausencia de vivienda o condiciones de hacinamiento, que no cuenten con acceso a servicios públicos domiciliarios o que no cuenten con ningún tipo de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Parágrafo 4:
La base de búsqueda activa de potenciales usuarios del módulo de reportes del sistema de información CUÉNTAME o donde la entidad haya definido publicarla, generada a partir de la plataforma BETTO, establecerá un puntaje de priorización con base a la convergencia de los criterios de focalización poblacional relacionados en el anterior numeral; esto debe verificarse en el momento de la asignación de cupos disponibles, con el fin de que sea asignado al niño o niña que mayor porcentaje de priorización refleje.

BIENESTAR FAMILIAR

FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA
GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
NIT: 800189920 – 5

FUNDACIÓN DE LA COMUNIDAD UNIDA

FORMATO DE MATRICULA

SERVICIO: DIMF

DATOS DEL BENEFICIARIO
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 01. septiembre. 2022
NOMBRES: Keliarys Yolgarito
APELLIDOS Llanos caballero
IDENTIFICACION: RC X TI___ CC___ N°: 1137543075 EXPEDIDO EN: Cartagena
TIPO DE BENEFICIARIO: MUJER GESTANTE_____SEMANAS DE GESTACION_____
NIÑO____NIÑA X
FECHA DE NACIMIENTO: 07. DIC. 2021 EDAD 9M LUGAR NACIMIENTO Cartagena
CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN
DESPLAZADO:____ VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO_____ REMITIDO CENTRO ZONAL____
REMITIDO POR PARD_____ RED UNIDOS_____ REMITIDO POR SNBF_____
PERTENECIENTE A COMUNIDAD ETNICA_____ CON DISCAPACIDAD Y CUMPLA ALMENOS UNO DE LOS CRITERIOS_____ EXTRANJERO CARENTE DE RED FAMILIAR EXTENSA O VINCULAR_____ PUNTAJE SISBEN_____
DIRECCION DE LA RECIDENCIA: la campiña tr. 44 cl 22-4
TELEFONOS DE CONTACTO: 3145203916
DATOS DE LA MADRE
NOMBRES Nayelu
APELLIDOS Caballero Yolambao
IDENTIFICACIÓN: TI___ CC X N° 1193596368
EDAD: 19 años FECHA DE NACIMIENTO 02. 04. 2003 OCUPACION:_____
TELEFONOS:
DATOS DEL PADRE
NOMBRES Jesus David
APELLIDOS Llanos Tous
IDENTIFICACIÓN: TI___ CC X N°:_____
EDAD: 21 años FECHA DE NACIMIENTO 09. jul. 2001 OCUPACIÓN_____
TELEFONOS:
DATOS DEL CUIDADOR DURANTE LOS ENCUENTROS GRUPALES(debe ser mayor de edad)
NOMBRES Nayelu
APELLIDOS Caballero Yolambao
IDENTIFICACIÓN: TI___ CC X N° 1193596368
EDAD: 19 años FECHA DE NACIMIENTO 02. 04. 2003 OCUPACIÓN_____

Barrio Los Alpes Trv 72# 31D - 66
Teléfonos: 5-6813382 – E- mail: cdiskinner@gmail.com
@Fungusmarca

Scanned with CamScanner

FIRMADO REGIS

BIENESTAR FAMILIAR

FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA
GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
NIT: 800189920 – 5

FUNDACIÓN DE LA COMUNIDAD UNIDA

COMPROMISOS TUTORES Y CUIDADORES DEL BENEFICIARIO

Al firmar la presente matricula me hago responsable y acepto los términos y condiciones que se requieren al recibir el servicio DIMF y que se enuncian a continuación:

- presentar todos los documentos exigidos para la vinculación de mi hijo, hija o mujer gestante si es el caso y a actualizar dichos documentos siempre que me sean solicitados.
- Colaborar activamente con el equipo de atención psicosocial presentando todos los soportes de identificación y datos de contacto de los acudientes del menor.
- Atender los acompañamientos telefónicos pedagógicos, priorizados, de seguimiento al desarrollo infantil y/o Asistir a los educativos grupales en los días y horarios establecidos, de igual forma participar de actividades extra curriculares programadas en la UDS.
- Mantener la buena salud e higiene de mi hijo/a siempre, en aras de su bienestar y buen desarrollo.
- Asistir a las reuniones con la nutricionista en caso que mi hijo/a presente diagnóstico de malnutrición. De igual forma asistir a las citas o remisiones otorgadas por la EPS para el tratamiento del estado de malnutrición.
- Recibir y permitir de adecuado desarrollo de los encuentros educativos en el hogar.
- Compartir con mi grupo familiar todo lo aprendido en los encuentros grupales, replicando esos conocimientos y mejorando la vida familiar y los vínculos afectivos.

Nota aclaratoria: los encuentros grupales tiene una duración de 3 horas de trabajo efectivo. Un usuario no puede reemplazar su inasistencia a jun encuentro, participando de otro encuentro programado. Solo se tendrán en cuenta las incapacidades médicas. La inasistencia de un usuario a dos encuentros en el mismo mes, sin justificación genera el reemplazo del cupo.

En caso de existir alguna situación eventual o extraordinaria, como por ejemplo dificultades de orden público, desastres naturales, dificultades de desplazamiento, entre otras, es probable realizar el ajuste de tiempo y frecuencia de los encuentros educativos grupales Segú necesidades de las familias y de la comunidad.

Para su validez se firma en la ciudad de Cartagena Bolívar a los 01 días, del mes de Sep. del año 2022

Naydú Caballero

Firma y cedula del cuidador Y/o mujer gestante

Firma de la coordinadora

Barrio Los Alpes Trv 72# 31D - 66
Teléfonos: 5-6813382 – E- mail: cdiskinner@gmail.com
@Fungusmarca

Scanned with CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA
GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
NIT: 800189920 – 5

FUNDACIÓN DE LA COMUNIDAD UNIDA

FORMATO DE MATRICULA

SERVICIO: DIMF

DATOS DEL BENEFICIARIO
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 1.09.2022
NOMBRES: Glendys
APELLIDOS Ortega Altamiranda
IDENTIFICACION: RC___ TI___ CC X N°: 1148.962.548 EXPEDIDO EN: Soledad.
TIPO DE BENEFICIARIO: MUJER GESTANTE X SEMANAS DE GESTACION_____
NIÑO____NIÑA_____
FECHA DE NACIMIENTO: 2004-09-24 EDAD 17 · LUGAR NACIMIENTO Soledad.
CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN
DESPLAZADO:____ VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO_____ REMITIDO CENTRO ZONAL____
REMITIDO POR PARD_____ RED UNIDOS_____ REMITIDO POR SNBF_____
PERTENECIENTE A COMUNIDAD ETNICA_____ CON DISCAPACIDAD Y CUMPLA ALMENOS UNO DE LOS CRITERIOS_____ EXTRANJERO CARENTE DE RED FAMILIAR EXTENSA O VINCULAR_____ PUNTAJE SISBEN_____
DIRECCION DE LA RECIDENCIA: Las Lomas Mz O Ct 9.
TELEFONOS DE CONTACTO: 302 2422474.
DATOS DE LA MADRE
NOMBRES
APELLIDOS
IDENTIFICACIÓN: TI____ CC_____ N°_____
EDAD:_____ FECHA DE NACIMIENTO_____OCUPACION:_____
TELEFONOS:
DATOS DEL PADRE
NOMBRES
APELLIDOS
IDENTIFICACIÓN: TI____ CC_____ N°_____
EDAD:_____ FECHA DE NACIMIENTO_____OCUPACIÓN_____
TELEFONOS:
DATOS DEL CUIDADOR DURANTE LOS ENCUENTROS GRUPALES(debe ser mayor de edad)
NOMBRES Glendys
APELLIDOS Ortega Altamiranda
IDENTIFICACIÓN: TI X CC____ N°1148962.548.
EDAD: 17 años FECHA DE NACIMIENTO 24-09-2004 OCUPACIÓN Ama de casa

Barrio Los Alpes Trv 72# 31D - 66
Teléfonos: 5-6813382 – E- mail: cdiskinner@gmail.com
@Fungusmarca

Scanned with CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA
GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
NIT: 800189920 – 5

FUNDACIÓN DE LA COMUNIDAD UNIDA

COMPROMISOS TUTORES Y CUIDADORES DEL BENEFICIARIO

Al firmar la presente matricula me hago responsable y acepto los términos y condiciones que se requieren al recibir el servicio DIMF y que se enuncian a continuación:

- presentar todos los documentos exigidos para la vinculación de mi hijo, hija o mujer gestante si es el caso y a actualizar dichos documentos siempre que me sean solicitados.
- Colaborar activamente con el equipo de atención psicosocial presentando todos los soportes de identificación y datos de contacto de los acudientes del menor.
- Atender los acompañamientos telefónicos pedagógicos, priorizados, de seguimiento al desarrollo infantil y/o Asistir a los educativos grupales en los días y horarios establecidos, de igual forma participar de actividades extra curriculares programadas en la UDS.
- Mantener la buena salud e higiene de mi hijo/a siempre, en aras de su bienestar y buen desarrollo.
- Asistir a las reuniones con la nutricionista en caso que mi hijo/a presente diagnóstico de malnutrición. De igual forma asistir a las citas o remisiones otorgadas por la EPS para el tratamiento del estado de malnutrición.
- Recibir y permitir de adecuado desarrollo de los encuentros educativos en el hogar.
- Compartir con mi grupo familiar todo lo aprendido en los encuentros grupales, replicando esos conocimientos y mejorando la vida familiar y los vínculos afectivos.

  Nota aclaratoria: los encuentros grupales tiene una duración de 3 horas de trabajo efectivo. Un usuario no puede reemplazar su inasistencia a jun encuentro, participando de otro encuentro programado. Solo se tendrán en cuenta las incapacidades médicas. La inasistencia de un usuario a dos encuentros en el mismo mes, sin justificación genera el reemplazo del cupo.

  En caso de existir alguna situación eventual o extraordinaria, como por ejemplo dificultades de orden público, desastres naturales, dificultades de desplazamiento, entre otras, es probable realizar el ajuste de tiempo y frecuencia de los encuentros educativos grupales Segú necesidades de las familias y de la comunidad.

Para su validez se firma en la ciudad de Cartagena Bolívar a los 1 días, del mes de 09 del año 2022.

Firma y cedula del cuidador Y/o mujer gestante

Firma de la coordinadora

Barrio Los Alpes Trv 72# 31D - 66
Teléfonos: 5-6813382 – E- mail: cdlskinner@gmail.com
@Fungusmarca

Scanned with CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA
GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
NIT: 800189920 – 5

FUNDACIÓN DE LA COMUNIDAD UNIDA

FORMATO DE MATRICULA

SERVICIO: DIMF

DATOS DEL BENEFICIARIO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 09. Septiembre. 2022
NOMBRES: Heileen Alexa
APELLIDOS Navarro Rojas
IDENTIFICACION: RC X TI ___ CC ___ N°: 1044021145 EXPEDIDO EN: Cartagena
TIPO DE BENEFICIARIO: MUJER GESTANTE _____ SEMANAS DE GESTACION _____

NIÑO ___ NIÑA X
FECHA DE NACIMIENTO: 13. Ago. 2022 EDAD 1 M LUGAR NACIMIENTO Cartagena

CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN

DESPLAZADO: ___ VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO ___ REMITIDO CENTRO ZONAL ___

REMITIDO POR PARD _____ RED UNIDOS _____ REMITIDO POR SNBF _____

PERTENECIENTE A COMUNIDAD ETNICA _____ CON DISCAPACIDAD Y CUMPLA ALMENOS UNO DE LOS CRITERIOS _____ EXTRANJERO CARENTE DE RED FAMILIAR EXTENSA O VINCULAR _____
PUNTAJE SISBEN _____
DIRECCION DE LA RECIDENCIA: Piedra de Bolivar Cr 49 28 - 14
TELEFONOS DE CONTACTO: 3186317112

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Aileen Alexandra
APELLIDOS Navarro Rojas
IDENTIFICACIÓN: TI ___ CC X N° 29833876 Venezolana

EDAD: 20 años FECHA DE NACIMIENTO 20. 11. 2002 OCUPACION: _____
TELEFONOS:

DATOS DEL PADRE

NOMBRES
APELLIDOS
IDENTIFICACIÓN: TI ___ CC ___ N° _____

EDAD: _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ OCUPACIÓN _____
TELEFONOS:

DATOS DEL CUIDADOR DURANTE LOS ENCUENTROS GRUPALES(debe ser mayor de edad)

NOMBRES Aileen Alexandra
APELLIDOS Navarro Rojas
IDENTIFICACIÓN: TI ___ CC X N° 29833876 Venezolana

EDAD: 20 años FECHA DE NACIMIENTO 20. 11. 2002 OCUPACIÓN _____

Barrio Los Alpes Trv 72# 31D - 66
Teléfonos: 5-6813382 – E- mail: cdiskinner@gmail.com
@Fungusmarca

Scanned with CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA
GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
NIT: 800189920 – 5

FUNDACIÓN DE LA COMUNIDAD UNIDA

COMPROMISOS TUTORES Y CUIDADORES DEL BENEFICIARIO

Al firmar la presente matricula me hago responsable y acepto los términos y condiciones que se requieren al recibir el servicio DIMF y que se enuncian a continuación:

- presentar todos los documentos exigidos para la vinculación de mi hijo, hija o mujer gestante si es el caso y a actualizar dichos documentos siempre que me sean solicitados.
- Colaborar activamente con el equipo de atención psicosocial presentando todos los soportes de identificación y datos de contacto de los acudientes del menor.
- Atender los acompañamientos telefónicos pedagógicos, priorizados, de seguimiento al desarrollo infantil y/o Asistir a los educativos grupales en los días y horarios establecidos, de igual forma participar de actividades extra curriculares programadas en la UDS.
- Mantener la buena salud e higiene de mi hijo/a siempre, en aras de su bienestar y buen desarrollo.
- Asistir a las reuniones con la nutricionista en caso que mi hijo/a presente diagnóstico de malnutrición. De igual forma asistir a las citas o remisiones otorgadas por la EPS para el tratamiento del estado de malnutrición.
- Recibir y permitir de adecuado desarrollo de los encuentros educativos en el hogar.
- Compartir con mi grupo familiar todo lo aprendido en los encuentros grupales, replicando esos conocimientos y mejorando la vida familiar y los vínculos afectivos.
  Nota aclaratoria: los encuentros grupales tiene una duración de 3 horas de trabajo efectivo. Un usuario no puede reemplazar su inasistencia a jun encuentro, participando de otro encuentro programado. Solo se tendrán en cuenta las incapacidades médicas. La inasistencia de un usuario a dos encuentros en el mismo mes, sin justificación genera el reemplazo del cupo.

  En caso de existir alguna situación eventual o extraordinaria, como por ejemplo dificultades de orden público, desastres naturales, dificultades de desplazamiento, entre otras, es probable realizar el ajuste de tiempo y frecuencia de los encuentros educativos grupales Segú necesidades de las familias y de la comunidad.

Para su validez se firma en la ciudad de Cartagena Bolívar a los 09 días, del mes de 09 del año 2021.

Aileen Navarro
Firma y cedula del cuidador Y/o mujer gestante

Rundy Ramirez
Firma de la coordinadora

Barrio Los Alpes Trv 72# 31D - 66
Teléfonos: 5-6813382 – E- mail: cdiskinner@gmail.com
@Fungusmarca

Scanned with CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA
GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
NIT: 800189920 – 5

FUNDACIÓN DE LA COMUNIDAD UNIDA

FORMATO DE MATRICULA

SERVICIO: DIMF

DATOS DEL BENEFICIARIO
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 01. Septiembre. 2022
NOMBRES: Yesica paola
APELLIDOS Heredia Martelo
IDENTIFICACION: RC____ TI____ CC X N°: 1009230733 EXPEDIDO EN: Cartagena
TIPO DE BENEFICIARIO: MUJER GESTANTE X SEMANAS DE GESTACION_____
NIÑO_____NIÑA_____
FECHA DE NACIMIENTO: 15. feb. 1998 EDAD 24 LUGAR NACIMIENTO Cartagena
CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN
DESPLAZADO:____ VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO_____ REMITIDO CENTRO ZONAL____
REMITIDO POR PARD_____ RED UNIDOS_____ REMITIDO POR SNBF_____
PERTENECIENTE A COMUNIDAD ETNICA_____ CON DISCAPACIDAD Y CUMPLA ALMENOS UNO DE LOS CRITERIOS_____ EXTRANJERO CARENTE DE RED FAMILIAR EXTENSA O VINCULAR_____ PUNTAJE SISBEN_____
DIRECCION DE LA RECIDENCIA: Piedra de Bolivar Kr 48 C1 26B
TELEFONOS DE CONTACTO: 3243460196
DATOS DE LA MADRE
NOMBRES
APELLIDOS
IDENTIFICACIÓN: TI____ CC_____ N°_____
EDAD:_____ FECHA DE NACIMIENTO_____OCUPACION:_____
TELEFONOS:
DATOS DEL PADRE
NOMBRES
APELLIDOS
IDENTIFICACIÓN: TI____ CC_____ N°_____
EDAD:_____ FECHA DE NACIMIENTO_____OCUPACIÓN_____
TELEFONOS:
DATOS DEL CUIDADOR DURANTE LOS ENCUENTROS GRUPALES(debe ser mayor de edad)
NOMBRES Larry
APELLIDOS Cartes Hernandez
IDENTIFICACIÓN: TI____ CC X N° 1001968011
EDAD: 22 años FECHA DE NACIMIENTO 13. 12. 2000 OCUPACIÓN_____

Barrio Los Alpes Trv 72# 31D - 66
Teléfonos: 5-6813382 – E- mail: cdiskinner@gmail.com
@Fungusmarca

Scanned with CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA
GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
NIT: 800189920 – 5

FUNDACIÓN DE LA COMUNIDAD UNIDA

COMPROMISOS TUTORES Y CUIDADORES DEL BENEFICIARIO

Al firmar la presente matricula me hago responsable y acepto los términos y condiciones que se requieren al recibir el servicio DIMF y que se enuncian a continuación:

- **presentar todos los documentos exigidos para la vinculación de mi hijo, hija o mujer gestante si es el caso y a actualizar dichos documentos siempre que me sean solicitados.**
- **Colaborar activamente con el equipo de atención psicosocial presentando todos los soportes de identificación y datos de contacto de los acudientes del menor.**
- **Atender los acompañamientos telefónicos pedagógicos, priorizados, de seguimiento al desarrollo infantil y/o Asistir a los educativos grupales en los días y horarios establecidos, de igual forma participar de actividades extra curriculares programadas en la UDS.**
- **Mantener la buena salud e higiene de mi hijo/a siempre, en aras de su bienestar y buen desarrollo.**
- **Asistir a las reuniones con la nutricionista en caso que mi hijo/a presente diagnóstico de malnutrición. De igual forma asistir a las citas o remisiones otorgadas por la EPS para el tratamiento del estado de malnutrición.**
- **Recibir y permitir de adecuado desarrollo de los encuentros educativos en el hogar.**
- **Compartir con mi grupo familiar todo lo aprendido en los encuentros grupales, replicando esos conocimientos y mejorando la vida familiar y los vínculos afectivos.**
  Nota aclaratoria: los encuentros grupales tiene una duración de 3 horas de trabajo efectivo. Un usuario no puede reemplazar su inasistencia a jun encuentro, participando de otro encuentro programado. Solo se tendrán en cuenta las incapacidades médicas. La inasistencia de un usuario a dos encuentros en el mismo mes, sin justificación genera el reemplazo del cupo.

  En caso de existir alguna situación eventual o extraordinaria, como por ejemplo dificultades de orden público, desastres naturales, dificultades de desplazamiento, entre otras, es probable realizar el ajuste de tiempo y frecuencia de los encuentros educativos grupales Segú necesidades de las familias y de la comunidad.

Para su validez se firma en la ciudad de Cartagena Bolívar a los 01 días, del mes de Septiembre del año 2022.

Yesica paola Heredia Martelo.
Firma y cedula del cuidador Y/o mujer gestante

Yundy Romeres
Firma de la coordinadora

Barrio Los Alpes Trv 72# 31D - 66
Teléfonos: 5-6813382 – E- mail: cdiskinner@gmail.com
@Fungusmarca

Scanned with CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA
GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
NIT: 800189920 – 5

FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA

FORMATO DE MATRICULA

SERVICIO: DIMF

DATOS DEL BENEFICIARIO
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 01. Septiembre. 2022
NOMBRES: Ariadna Sofia
APELLIDOS Murillo Montero
IDENTIFICACION: RC X TI ___ CC ___ N°: 1237057457 EXPEDIDO EN: Cartagena
TIPO DE BENEFICIARIO: MUJER GESTANTE _____ SEMANAS DE GESTACION _____
NIÑO ___ NIÑA X
FECHA DE NACIMIENTO: 09. 12. 2021 EDAD 9 M LUGAR NACIMIENTO Cartagena
CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN
DESPLAZADO: ___ VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO _____ REMITIDO CENTRO ZONAL ___
REMITIDO POR PARD _____ RED UNIDOS _____ REMITIDO POR SNBF _____
PERTENECIENTE A COMUNIDAD ETNICA _____ CON DISCAPACIDAD Y CUMPLA ALMENOS UNO DE LOS CRITERIOS _____ EXTRANJERO CARENTE DE RED FAMILIAR EXTENSA O VINCULAR _____ PUNTAJE SISBEN _____
DIRECCION DE LA RECIDENCIA: Zaragocilla Cl 29A Cr 51-71
TELEFONOS DE CONTACTO: 3214683906
DATOS DE LA MADRE
NOMBRES Luz Karime
APELLIDOS Montero De Voz
IDENTIFICACIÓN: TI ___ CC X N° 1007575050
EDAD: 22 años FECHA DE NACIMIENTO 05. 12. 2000 OCUPACION: _____
TELEFONOS:
DATOS DEL PADRE
NOMBRES
APELLIDOS
IDENTIFICACIÓN: TI ___ CC ___ N° _____
EDAD: _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ OCUPACIÓN _____
TELEFONOS:
DATOS DEL CUIDADOR DURANTE LOS ENCUENTROS GRUPALES(debe ser mayor de edad)
NOMBRES Luz Karime
APELLIDOS Montero De Voz
IDENTIFICACIÓN: TI ___ CC X N° 1007575050
EDAD: 22 años FECHA DE NACIMIENTO 05. 12. 2000 OCUPACIÓN _____

Barrio Los Alpes Trv 72# 31D - 66
Teléfonos: 5-6813382 – E- mail: cdiskinner@gmail.com
@Fungusmarca

Scanned with CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA
GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
NIT: 800189920 – 5

FUNDACIÓN DE LA COMUNIDAD UNIDA

COMPROMISOS TUTORES Y CUIDADORES DEL BENEFICIARIO

Al firmar la presente matricula me hago responsable y acepto los términos y condiciones que se requieren al recibir el servicio DIMF y que se enuncian a continuación:

- presentar todos los documentos exigidos para la vinculación de mi hijo, hija o mujer gestante si es el caso y a actualizar dichos documentos siempre que me sean solicitados.
- Colaborar activamente con el equipo de atención psicosocial presentando todos los soportes de identificación y datos de contacto de los acudientes del menor.
- Atender los acompañamientos telefónicos pedagógicos, priorizados, de seguimiento al desarrollo infantil y/o Asistir a los educativos grupales en los días y horarios establecidos, de igual forma participar de actividades extra curriculares programadas en la UDS.
- Mantener la buena salud e higiene de mi hijo/a siempre, en aras de su bienestar y buen desarrollo.
- Asistir a las reuniones con la nutricionista en caso que mi hijo/a presente diagnóstico de malnutrición. De igual forma asistir a las citas o remisiones otorgadas por la EPS para el tratamiento del estado de malnutrición.
- Recibir y permitir de adecuado desarrollo de los encuentros educativos en el hogar.
- Compartir con mi grupo familiar todo lo aprendido en los encuentros grupales, replicando eso: conocimientos y mejorando la vida familiar y los vínculos afectivos.
  Nota aclaratoria: los encuentros grupales tiene una duración de 3 horas de trabajo efectivo. Un usuario no puede reemplazar su inasistencia a jun encuentro, participando de otro encuentro programado. Solo se tendrán en cuenta las incapacidades médicas. La inasistencia de un usuario a dos encuentros en el mismo mes, sin justificación genera el reemplazo del cupo.

  En caso de existir alguna situación eventual o extraordinaria, como por ejemplo dificultades de orden público, desastres naturales, dificultades de desplazamiento, entre otras, es probable realizar el ajuste de tiempo y frecuencia de los encuentros educativos grupales Segú necesidades de las familias y de la comunidad.

Para su validez se firma en la ciudad de Cartagena Bolívar a los 01 días, del mes de Septiembre del año 2022.

Dg Karime Montero de Voz
Firma y cedula del cuidador Y/o mujer gestante

Firma de la coordinadora

Barrio Los Alpes Trv 72# 31D - 66
Teléfonos: 5-6813382 – E- mail: cdiskinner@gmail.com
@Fungusmarca

Scanned with CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA
GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
NIT: 800189920 – 5

FUNDACIÓN DE LA COMUNIDAD UNIDA

FORMATO DE MATRICULA

SERVICIO: DIMF

DATOS DEL BENEFICIARIO
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 01. Septiembre. 2022
NOMBRES: Theylor Andres
APELLIDOS Arrieta Cerra
IDENTIFICACION: RC X TI ___ CC ___ N°: 1048491519 EXPEDIDO EN: Cartagena
TIPO DE BENEFICIARIO: MUJER GESTANTE _____ SEMANAS DE GESTACION _____
NIÑO X NIÑA _____
FECHA DE NACIMIENTO: 30.12.2021 EDAD 9m LUGAR NACIMIENTO Cartagena
CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN
DESPLAZADO: ___ VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO _____ REMITIDO CENTRO ZONAL ___
REMITIDO POR PARD _____ RED UNIDOS _____ REMITIDO POR SNBF _____
PERTENECIENTE A COMUNIDAD ETNICA _____ CON DISCAPACIDAD Y CUMPLA ALMENOS UNO DE LOS CRITERIOS _____ EXTRANJERO CARENTE DE RED FAMILIAR EXTENSA O VINCULAR _____ PUNTAJE SISBEN _____
DIRECCION DE LA RECIDENCIA: 9 de abril TTV. 49-17
TELEFONOS DE CONTACTO: 3006142690
DATOS DE LA MADRE
NOMBRES Leidys Maria
APELLIDOS Cerra Montes
IDENTIFICACIÓN: TI ___ CC X N° 1002199184
EDAD: 19 FECHA DE NACIMIENTO 14.02.2003 OCUPACION: _____
TELEFONOS:
DATOS DEL PADRE
NOMBRES
APELLIDOS
IDENTIFICACIÓN: TI ___ CC ___ N° _____
EDAD: _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ OCUPACIÓN _____
TELEFONOS:
DATOS DEL CUIDADOR DURANTE LOS ENCUENTROS GRUPALES(debe ser mayor de edad)
NOMBRES Leidys Maria
APELLIDOS Cerra Montes
IDENTIFICACIÓN: TI ___ CC X N° 1002199184
EDAD: 19 FECHA DE NACIMIENTO 14.02.2003 OCUPACIÓN _____

Barrio Los Alpes Trv 72# 31D - 66
Teléfonos: 5-6813382 – E- mail: cdiskinner@gmail.com
@Fungusmarca

Scanned with CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA
GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
NIT: 800189920 – 5

FUNDACIÓN DE LA COMUNIDAD UNIDA

COMPROMISOS TUTORES Y CUIDADORES DEL BENEFICIARIO

Al firmar la presente matricula me hago responsable y acepto los términos y condiciones que se requieren al recibir el servicio DIMF y que se enuncian a continuación:

- presentar todos los documentos exigidos para la vinculación de mi hijo, hija o mujer gestante si es el caso y a actualizar dichos documentos siempre que me sean solicitados.
- Colaborar activamente con el equipo de atención psicosocial presentando todos los soportes de identificación y datos de contacto de los acudientes del menor.
- Atender los acompañamientos telefónicos pedagógicos, priorizados, de seguimiento al desarrollo infantil y/o Asistir a los educativos grupales en los días y horarios establecidos, de igual forma participar de actividades extra curriculares programadas en la UDS.
- Mantener la buena salud e higiene de mi hijo/a siempre, en aras de su bienestar y buen desarrollo.
- Asistir a las reuniones con la nutricionista en caso que mi hijo/a presente diagnóstico de malnutrición. De igual forma asistir a las citas o remisiones otorgadas por la EPS para el tratamiento del estado de malnutrición.
- Recibir y permitir de adecuado desarrollo de los encuentros educativos en el hogar.
- Compartir con mi grupo familiar todo lo aprendido en los encuentros grupales, replicando esos conocimientos y mejorando la vida familiar y los vínculos afectivos.

Nota aclaratoria: los encuentros grupales tiene una duración de 3 horas de trabajo efectivo. Un usuario no puede reemplazar su inasistencia a jun encuentro, participando de otro encuentro programado. Solo se tendrán en cuenta las incapacidades médicas. La inasistencia de un usuario a dos encuentros en el mismo mes, sin justificación genera el reemplazo del cupo.

En caso de existir alguna situación eventual o extraordinaria, como por ejemplo dificultades de orden público, desastres naturales, dificultades de desplazamiento, entre otras, es probable realizar el ajuste de tiempo y frecuencia de los encuentros educativos grupales Segú necesidades de las familias y de la comunidad.

Para su validez se firma en la ciudad de Cartagena Bolívar a los 01 días, del mes de 09 del año 2022

Leidys Cera:

Firma y cedula del cuidador Y/o mujer gestante

Firma de la coordinadora

Barrio Los Alpes Trv 72# 31D - 66
Teléfonos: 5-6813382 – E- mail: cdiskinner@gmail.com
@Fungusmarca

Scanned with CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA
GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
NIT: 800189920 – 5

FUNDACIÓN DE LA COMUNIDAD UNIDA

FORMATO DE MATRICULA

SERVICIO: DIMF

DATOS DEL BENEFICIARIO
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 01. Septiembre. 2022
NOMBRES: Angel David
APELLIDOS Pitalua Navas
IDENTIFICACION: RC X TI___ CC___ N°: 1247250399 EXPEDIDO EN: Cartagena
TIPO DE BENEFICIARIO: MUJER GESTANTE_____SEMANAS DE GESTACION_____
NIÑO X NIÑA_____
FECHA DE NACIMIENTO: 10. 01. 2022 EDAD_____LUGAR NACIMIENTO_____
CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN
DESPLAZADO:___ VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO_____ REMITIDO CENTRO ZONAL___
REMITIDO POR PARD_____ RED UNIDOS_____ REMITIDO POR SNBF_____
PERTENECIENTE A COMUNIDAD ETNICA_____ CON DISCAPACIDAD Y CUMPLA ALMENOS UNO DE LOS CRITERIOS_____ EXTRANJERO CARENTE DE RED FAMILIAR EXTENSA O VINCULAR____ PUNTAJE SISBEN_____
DIRECCION DE LA RECIDENCIA: 9 de abril # 49B 20B 29
TELEFONOS DE CONTACTO: 3024273244
DATOS DE LA MADRE
NOMBRES
APELLIDOS
IDENTIFICACIÓN: TI___ CC_____ N°_____
EDAD:_____ FECHA DE NACIMIENTO_____OCUPACION:_____
TELEFONOS:
DATOS DEL PADRE
NOMBRES
APELLIDOS
IDENTIFICACIÓN: TI___ CC_____ N°_____
EDAD:_____ FECHA DE NACIMIENTO_____OCUPACIÓN_____
TELEFONOS:
DATOS DEL CUIDADOR DURANTE LOS ENCUENTROS GRUPALES(debe ser mayor de edad)
NOMBRES Angie paola
APELLIDOS Police Cardenas
IDENTIFICACIÓN: TI___ CC X N° 1047403559
EDAD: 27 años FECHA DE NACIMIENTO 10. 06. 1995 OCUPACIÓN_____

Barrio Los Alpes Trv 72# 31D - 66
Teléfonos: 5-6813382 – E- mail: cdiskinner@gmail.com
@Fungusmarca

Scanned with CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA
GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
NIT: 800189920 – 5

FUNDACIÓN DE LA COMUNIDAD UNIDA

COMPROMISOS TUTORES Y CUIDADORES DEL BENEFICIARIO

Al firmar la presente matricula me hago responsable y acepto los términos y condiciones que se requieren al recibir el servicio DIMF y que se enuncian a continuación:

- presentar todos los documentos exigidos para la vinculación de mi hijo, hija o mujer gestante si es el caso y a actualizar dichos documentos siempre que me sean solicitados.
- Colaborar activamente con el equipo de atención psicosocial presentando todos los soportes de identificación y datos de contacto de los acudientes del menor.
- Atender los acompañamientos telefónicos pedagógicos, priorizados, de seguimiento al desarrollo infantil y/o Asistir a los educativos grupales en los días y horarios establecidos, de igual forma participar de actividades extra curriculares programadas en la UDS.
- Mantener la buena salud e higiene de mi hijo/a siempre, en aras de su bienestar y buen desarrollo.
- Asistir a las reuniones con la nutricionista en caso que mi hijo/a presente diagnóstico de malnutrición. De igual forma asistir a las citas o remisiones otorgadas por la EPS para el tratamiento del estado de malnutrición.
- Recibir y permitir de adecuado desarrollo de los encuentros educativos en el hogar.
- Compartir con mi grupo familiar todo lo aprendido en los encuentros grupales, replicando esos conocimientos y mejorando la vida familiar y los vínculos afectivos.

Nota aclaratoria: los encuentros grupales tiene una duración de 3 horas de trabajo efectivo. Un usuario no puede reemplazar su inasistencia a jun encuentro, participando de otro encuentro programado. Solo se tendrán en cuenta las incapacidades médicas. La inasistencia de un usuario a dos encuentros en el mismo mes, sin justificación genera el reemplazo del cupo.

En caso de existir alguna situación eventual o extraordinaria, como por ejemplo dificultades de orden público, desastres naturales, dificultades de desplazamiento, entre otras, es probable realizar el ajuste de tiempo y frecuencia de los encuentros educativos grupales Segú necesidades de las familias y de la comunidad.

Para su validez se firma en la ciudad de Cartagena Bolívar a los 01 días, del mes de 09 del año 2022

Angie Ponce
Firma y cedula del cuidador Y/o mujer gestante

Firma de la coordinadora

Barrio Los Alpes Trv 72# 31D - 66
Teléfonos: 5-6813382 – E- mail: cdiskinner@gmail.com
@Fungusmarca

Scanned with CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA
GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
NIT: 800189920 – 5

FORMATO DE MATRICULA

SERVICIO: DIMF

DATOS DEL BENEFICIARIO
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 01. Septiembre. 2022
NOMBRES: Xiomara
APELLIDOS Saravia Sierra
IDENTIFICACION: RC___ TI___ CC X N°: 1143392128 EXPEDIDO EN: Cartagena
TIPO DE BENEFICIARIO: MUJER GESTANTE X SEMANAS DE GESTACION_____
NIÑO___NIÑA_____
FECHA DE NACIMIENTO:_____ EDAD_____LUGAR NACIMIENTO Cartagena
CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN
DESPLAZADO:___ VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO_____ REMITIDO CENTRO ZONAL___
REMITIDO POR PARD_____ RED UNIDOS_____ REMITIDO POR SNBF_____
PERTENECIENTE A COMUNIDAD ETNICA_____ CON DISCAPACIDAD Y CUMPLA ALMENOS UNO DE LOS CRITERIOS_____ EXTRANJERO CARENTE DE RED FAMILIAR EXTENSA O VINCULAR_____ PUNTAJE SISBEN_____
DIRECCION DE LA RECIDENCIA: las lamas Mz A lote 5 cll 27 A
TELEFONOS DE CONTACTO: 3233995708
DATOS DE LA MADRE
NOMBRES
APELLIDOS
IDENTIFICACIÓN: TI___ CC_____ N°_____
EDAD:_____ FECHA DE NACIMIENTO_____OCUPACION:_____
TELEFONOS:
DATOS DEL PADRE
NOMBRES
APELLIDOS
IDENTIFICACIÓN: TI___ CC_____ N°_____
EDAD:_____ FECHA DE NACIMIENTO_____OCUPACIÓN_____
TELEFONOS:
DATOS DEL CUIDADOR DURANTE LOS ENCUENTROS GRUPALES(debe ser mayor de edad)
NOMBRES Jose Manuel
APELLIDOS Acosta Mercado
IDENTIFICACIÓN: TI___ CC X N° 73199932
EDAD: 43 años FECHA DE NACIMIENTO 16.10.1979 OCUPACIÓN_____

Barrio Los Alpes Trv 72# 31D - 66
Teléfonos: 5-6813382 – E- mail: cdiskinner@gmail.com
@Fungusmarca

Scanned with CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA
GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
NIT: 800189920 – 5

FUNDACIÓN DE LA COMUNIDAD UNIDA

COMPROMISOS TUTORES Y CUIDADORES DEL BENEFICIARIO

Al firmar la presente matricula me hago responsable y acepto los términos y condiciones que se requieren al recibir el servicio DIMF y que se enuncian a continuación:

- presentar todos los documentos exigidos para la vinculación de mi hijo, hija o mujer gestante si es el caso y a actualizar dichos documentos siempre que me sean solicitados.
- Colaborar activamente con el equipo de atención psicosocial presentando todos los soportes de identificación y datos de contacto de los acudientes del menor.
- Atender los acompañamientos telefónicos pedagógicos, priorizados, de seguimiento al desarrollo infantil y/o Asistir a los educativos grupales en los días y horarios establecidos, de igual forma participar de actividades extra curriculares programadas en la UDS.
- Mantener la buena salud e higiene de mi hijo/a siempre, en aras de su bienestar y buen desarrollo.
- Asistir a las reuniones con la nutricionista en caso que mi hijo/a presente diagnóstico de malnutrición. De igual forma asistir a las citas o remisiones otorgadas por la EPS para el tratamiento del estado de malnutrición.
- Recibir y permitir de adecuado desarrollo de los encuentros educativos en el hogar.
- Compartir con mi grupo familiar todo lo aprendido en los encuentros grupales, replicando esos conocimientos y mejorando la vida familiar y los vínculos afectivos.

Nota aclaratoria: los encuentros grupales tiene una duración de 3 horas de trabajo efectivo. Un usuario no puede reemplazar su inasistencia a jun encuentro, participando de otro encuentro programado. Solo se tendrán en cuenta las incapacidades médicas. La inasistencia de un usuario a dos encuentros en el mismo mes, sin justificación genera el reemplazo del cupo.

En caso de existir alguna situación eventual o extraordinaria, como por ejemplo dificultades de orden público, desastres naturales, dificultades de desplazamiento, entre otras, es probable realizar el ajuste de tiempo y frecuencia de los encuentros educativos grupales Segú necesidades de las familias y de la comunidad.

Para su validez se firma en la ciudad de Cartagena Bolivar a los 01 días, del mes de 09 del año 2022.

Jose Manuel Acosta Hercocio.
Firma y cedula del cuidador Y/o mujer gestante

Firma de la coordinadora

Barrio Los Alpes Trv 72# 31D - 66
Teléfonos: 5-6813382 – E- mail: cdiskinner@gmail.com
@Fungusmarca

Scanned with CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA
GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
NIT: 800189920 – 5

FUNDACIÓN DE LA COMUNIDAD UNIDA

FORMATO DE MATRICULA

SERVICIO: DIMF

DATOS DEL BENEFICIARIO
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 01. septiembre. 2022
NOMBRES: Abby luxia
APELLIDOS Martinez Escobar
IDENTIFICACION: RC X TI ___ CC ___ N°: 1044015576 EXPEDIDO EN: Cartagena
TIPO DE BENEFICIARIO: MUJER GESTANTE ___ SEMANAS DE GESTACION ___
NIÑO ___ NIÑA X
FECHA DE NACIMIENTO: 12.12.2020 EDAD 1 año LUGAR NACIMIENTO Cartagena
CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN
DESPLAZADO: ___ VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO ___ REMITIDO CENTRO ZONAL ___
REMITIDO POR PARD ___ RED UNIDOS ___ REMITIDO POR SNBF ___
PERTENECIENTE A COMUNIDAD ETNICA ___ CON DISCAPACIDAD Y CUMPLA ALMENOS UNO DE LOS CRITERIOS ___ EXTRANJERO CARENTE DE RED FAMILIAR EXTENSA O VINCULAR ___
PUNTAJE SISBEN ___
DIRECCION DE LA RECIDENCIA: Junin Mz 1 lote 4
TELEFONOS DE CONTACTO: 3042252928
DATOS DE LA MADRE
NOMBRES Disay Paola
APELLIDOS Escobar Camargo
IDENTIFICACIÓN: TI ___ CC X N° 1001832964
EDAD: 22 años FECHA DE NACIMIENTO 29.03.2000 OCUPACION: ___
TELEFONOS:
DATOS DEL PADRE
NOMBRES
APELLIDOS
IDENTIFICACIÓN: TI ___ CC ___ N° ___
EDAD: ___ FECHA DE NACIMIENTO ___ OCUPACIÓN ___
TELEFONOS:
DATOS DEL CUIDADOR DURANTE LOS ENCUENTROS GRUPALES(debe ser mayor de edad)
NOMBRES Disay Paola
APELLIDOS Escobar Camargo
IDENTIFICACIÓN: TI ___ CC X N° 1001832964
EDAD: 22 años FECHA DE NACIMIENTO 29.03.2000 OCUPACIÓN ___

Barrio Los Alpes Trv 72# 31D - 66
Teléfonos: 5-6813382 – E- mail: cdiskinner@gmail.com
@Fungusmarca

Scanned with CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA
GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
NIT: 800189920 – 5

FUNDACIÓN DE LA COMUNIDAD UNIDA

COMPROMISOS TUTORES Y.CUIDADORES DEL BENEFICIARIO

Al firmar la presente matricula me hago responsable y acepto los términos y condiciones que se requieren al recibir el servicio DIMF y que se enuncian a continuación:

- presentar todos los documentos exigidos para la vinculación de mi hijo, hija o mujer gestante si es el caso y a actualizar dichos documentos siempre que me sean solicitados.
- Colaborar activamente con el equipo de atención psicosocial presentando todos los soportes de identificación y datos de contacto de los acudientes del menor.
- Atender los acompañamientos telefónicos pedagógicos, priorizados, de seguimiento al desarrollo infantil y/o Asistir a los educativos grupales en los días y horarios establecidos, de igual forma participar de actividades extra curriculares programadas en la UDS.
- Mantener la buena salud e higiene de mi hijo/a siempre, en aras de su bienestar y buen desarrollo.
- Asistir a las reuniones con la nutricionista en caso que mi hijo/a presente diagnóstico de malnutrición. De igual forma asistir a las citas o remisiones otorgadas por la EPS para el tratamiento del estado de malnutrición.
- Recibir y permitir de adecuado desarrollo de los encuentros educativos en el hogar.
- Compartir con mi grupo familiar todo lo aprendido en los encuentros grupales, replicando esos conocimientos y mejorando la vida familiar y los vínculos afectivos.

Nota aclaratoria: los encuentros grupales tiene una duración de 3 horas de trabajo efectivo. Un usuario no puede reemplazar su inasistencia a jun encuentro, participando de otro encuentro programado. Solo se tendrán en cuenta las incapacidades médicas. La inasistencia de un usuario a dos encuentros en el mismo mes, sin justificación genera el reemplazo del cupo.

En caso de existir alguna situación eventual o extraordinaria, como por ejemplo dificultades de orden público, desastres naturales, dificultades de desplazamiento, entre otras, es probable realizar el ajuste de tiempo y frecuencia de los encuentros educativos grupales Segú necesidades de las familias y de la comunidad.

Para su validez se firma en la ciudad de Cartagena Bolívar a los 1 días, del mes de 9 del año 2021.

Disay Escobar
Firma y cedula del cuidador Y/o mujer gestante

Firma de la coordinadora

Barrio Los Alpes Trv 72# 31D - 66
Teléfonos: 5-6813382 – E- mail: cdiskinner@gmail.com
@Fungusmarca

Scanned with CamScanner

FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA
GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
Nit: 800189920-5

ACTA DE SELECCIÓN DE BENEFICIARIOS

CIUDAD Y FECHA: Cartagena de Indias 5 de septiembre de 2022
DIMF: PIEDRA DE BOLÍVAR FAMILIAR
PROFESIONAL A CARGO: Auxiliar administrativo
NOMBRE: Andres Felipe Martinez Manga

OBJETIVO:

Realizar el proceso de selección de beneficiarios nuevos del Grupo Territorial GT Piedra de Bolívar Familiar para el año 2022.

DESCRICIÓN DEL DIA:

Siendo las 8: 00 a.m. se inician el proceso de selección de usuarios nuevos para el presente año teniendo en cuenta los criterios para la identificación y priorización de los niños, niñas y mujeres gestantes en la modalidad familiar de educación inicial en el marco de la atención integral, criterios que se anexa a este documento.
Todo esto en presencia de todo el equipo interdisciplinario de la unidad.

EVALUACION

Se logró cumplir el objetivo propuesto con la participación activa de todo el equipo y de los seleccionados.

Responsables

Randy Pomares
RANDY POMARES
Coordinador Pedagógico

Andres Martinez
ANDRES MARTINEZ MANGA
Auxiliar Administrativo

BIENESTAR FAMILIAR

FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA
GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
Nit: 800189920-5

FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN

NOMBRE DEL USUARIO ENTRANTE
EITHAN DAVID RIOS GOMEZ
ARTHUR SAMIR BARRIOS ROMERO
SALOME BARRIOS CANOLES
DANNA PAOLA MORENO JIMENEZ
JOSE DAVID AFANADOR VASQUEZ
ABRAHAM JESUS ALTAMAR SILGADO
DOMINICK DAVID MARTINEZ GAVIRIA
KELLYS JULIO JULIO
ian jose pedroza manjarrez
valeria sofia florez fuentes
yorman jose cabezas montalvo
janer david barrios manrrique
emma susej salas perez
dereck david sarabia balseiro
rosalinda jimenez montes
lindarosa jimenez montes
ELIAS JOSE PATERNINA GUERRERO
THALIANA SOFIA FIGUEROA CASTRO
EITHAN DAVID RIOS GOMEZ
ARTHUR SAMIR BARRIOS ROMERO

BIENESTAR FAMILIAR

FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA
GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
Nit: 800189920-5

FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN



FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA
GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
NIT: 800189920 – 5

FUNDACIÓN DE LA COMUNIDAD UNIDA

FORMATO DE MATRICULA

SERVICIO: DIMF

DATOS DEL BENEFICIARIO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 07-09/22
NOMBRES: Geximar del Carmen
APELLIDOS Quintero Gonzalez.
IDENTIFICACION: RC___ TI___ CC X N°: 21691730 EXPEDIDO EN: Maracaibo
TIPO DE BENEFICIARIO: MUJER GESTANTE X SEMANAS DE GESTACION 18

NIÑO___ NIÑA___
FECHA DE NACIMIENTO: 04-05/1993 EDAD 29 LUGAR NACIMIENTO Maracaibo

CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN

DESPLAZADO:___ VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO___ REMITIDO CENTRO ZONAL___

REMITIDO POR PARD___ RED UNIDOS___ REMITIDO POR SNBF___

PERTENECIENTE A COMUNIDAD ETNICA___ CON DISCAPACIDAD Y CUMPLA ALMENOS UNO DE LOS CRITERIOS___ EXTRANJERO CARENTE DE RED FAMILIAR EXTENSA O VINCULAR___
PUNTAJE SISBEN___
DIRECCION DE LA RECIDENCIA: Las Lomas Trans V 49B - 47 apt 1.
TELEFONOS DE CONTACTO: 324-3232515

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Yaneth del Carmen
APELLIDOS Gonzalez Chourio
IDENTIFICACIÓN: TI___ CC X N° 6437771

EDAD: 55 FECHA DE NACIMIENTO 27-09/1965 OCUPACION:___
TELEFONOS:

DATOS DEL PADRE

NOMBRES
APELLIDOS
IDENTIFICACIÓN: TI___ CC___ N°___

EDAD:___ FECHA DE NACIMIENTO___ OCUPACIÓN___
TELEFONOS:

DATOS DEL CUIDADOR DURANTE LOS ENCUENTROS GRUPALES(debe ser mayor de edad)

NOMBRES Andres Felipe
APELLIDOS Paz del Rio
IDENTIFICACIÓN: TI___ CC X N° 1143388075

EDAD: 26 FECHA DE NACIMIENTO 08-11/1995 OCUPACIÓN Mantenimiento

Barrio Los Alpes Trv 72# 31D - 66
Teléfonos: 5-6813382 – E- mail: cdisklnner@gmail.com
@Fungusmarca

Escaneado con CamScanner

FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA
GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
Nit: 800189920-5

FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA
GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
NIT: 800189920 – 5

IDENTIFICACIÓN: TI___ CC_V_ N°1143406567

EDAD: 24 FECHA DE NACIMIENTO 31-03/1998 OCUPACIÓN Ama de casa

COMPROMISOS TUTORES Y CUIDADORES DEL BENEFICIARIO

Al firmar la presente matricula me hago responsable y acepto los términos y condiciones que se requieren al recibir el servicio DIMF y que se enuncian a continuación:

- Presentar todos los documentos exigidos para la vinculación de mi hijo, hija o mujer gestante si es el caso y actualizar dicho documento siempre que me sean solicitados
- Colaborar activamente con el equipo de atención psicosocial presentando todos los soportes de identificación y dato de contacto de los acudientes del menor
- Atender los acompañamientos telefónicos pedagógicos, priorizados del seguimiento al desarrollo infantil y/o asistir a los educativos grupales en los días y horarios establecidos, de igual forma participar de actividades extracurriculares en las Uds.
- Mantener la buena salud e higiene de mi hijo/a siempre en aras de su bienestar y buen desarrollo
- Asistir a las reuniones con la nutricionista en caso que mi hijo/a presente diagnóstico de mal nutrición de igual forma asistir a las citas o remisiones otorgadas por la eps para el tratamiento del estado de mal nutrición
- Recibir y permitir de adecuado desarrollo de los encuentros educativos en el hogar
- Compartir con mi grupo familiar todo lo aprendido en los encuentros grupales, replicando esos conocimientos y mejorando la vida familiar y los vínculos afectivos

NOTA ACLARATORIA: Los encuentros grupales tiene una duración de tres horas de trabajo efectivo. Un usuario no puede reemplazar su inasistencia a un encuentro, participando de otro encuentro programado. Solo te tendrán en cuenta las incapacidades medicas; la inasistencia de un usuario a los encuentros en el mismo mes sin justificación genera el reemplazo de un cupo.

En caso de existir alguna situación eventual o extraordinaria, como por ejemplo dificultades de orden público, desastres naturales dificultades de desplazamiento, entre otras es probable realizar el ajuste de tiempo y frecuencia de los encuentros educativos grupales según necesidades de la familia y de la comunidad

Para su validez se firma en Cartagena / Bolívar a los 19 días, del mes de Julio del año 2022

Firma y cedula del acudiente

Firma coordinador

Barrio Los Alpes Trv 72# 31D - 66
Teléfonos: 5-6813382 – E- mail: cdiskinner@gmail.com
@Fungusmarca

Escaneado con CamScanner

FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA
GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
Nit: 800189920-5

FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA
GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
NIT: 800189920 – 5

FORMATO DE MATRICULA

SERVICIO: DIMF

DATOS DEL BENEFICIARIO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 18-08/2022.
NOMBRES: Kellys
APELLIDOS Julio Julio
IDENTIFICACIÓN: RC___ TI___ CC X N°: 1013617664 EXPEDIDO EN: Bogotá
TIPO DE BENEFICIARIO: MUJER GESTANTE X SEMANAS DE GESTACION 13 Semanas

NIÑO___ NIÑA___
FECHA DE NACIMIENTO: 29-oct/1990 EDAD 32 LUGAR NACIMIENTO San Andres.

CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN

DESPLAZADO:___ VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO___ REMITIDO CENTRO ZONAL___

REMITIDO POR PARD___ RED UNIDOS___ REMITIDO POR SNBF___

PERTENECIENTE A COMUNIDAD ETNICA___ CON DISCAPACIDAD Y CUMPLA ALMENOS UNO DE LOS CRITERIOS___ EXTRANJERO CARENTE DE RED FAMILIAR EXTENSA O VINCULAR___
PUNTAJE SISBEN___
DIRECCION DE LA RECIDENCIA:
TELEFONOS DE CONTACTO:

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Edith
APELLIDOS Julio Hernandez
IDENTIFICACIÓN: TI___ CC X N° 64518905
EDAD: 53 FECHA DE NACIMIENTO 23-abril/1969 OCUPACION Ama de Casa
TELEFONOS:

DATOS DEL PADRE

NOMBRES
APELLIDOS
IDENTIFICACIÓN: TI___ CC___ N°___
EDAD:___ FECHA DE NACIMIENTO___ OCUPACIÓN___
TELEFONOS:

DATOS DEL CUIDADOR DURANTE LOS ENCUENTROS GRUPALES(debe ser mayor de edad)

NOMBRES
APELLIDOS
IDENTIFICACIÓN: TI___ CC___ N°___
EDAD:___ FECHA DE NACIMIENTO___ OCUPACIÓN___

Barrio Los Alpes Trv 72# 31D - 66
Teléfonos: 5-6813382 – E- mail: cdiskinner@gmail.com
@Fungusmarca

Escaneado con CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA
GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
Nit: 800189920-5

FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN

BIENESTAR FAMILIAR

FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA
GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
NIT: 800189920 – 5

FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA

COMPROMISOS TUTORES Y CUIDADORES DEL BENEFICIARIO

Al firmar la presente matricula me hago responsable y acepto los términos y condiciones que se requieren al recibir el servicio DIMF y que se enuncian a continuación:

- presentar todos los documentos exigidos para la vinculación de mi hijo, hija o mujer gestante si es el caso y a actualizar dichos documentos siempre que me sean solicitados.
- Colaborar activamente con el equipo de atención psicosocial presentando todos los soportes de identificación y datos de contacto de los acudientes del menor.
- Atender los acompañamientos telefónicos pedagógicos, priorizados, de seguimiento al desarrollo infantil y/o Asistir a los educativos grupales en los días y horarios establecidos, de igual forma participar de actividades extra curriculares programadas en la UDS.
- Mantener la buena salud e higiene de mi hijo/a siempre, en aras de su bienestar y buen desarrollo.
- Asistir a las reuniones con la nutricionista en caso que mi hijo/a presente diagnóstico de malnutrición. De igual forma asistir a las citas o remisiones otorgadas por la EPS para el tratamiento del estado de malnutrición.
- Recibir y permitir de adecuado desarrollo de los encuentros educativos en el hogar.
- Compartir con mi grupo familiar todo lo aprendido en los encuentros grupales, replicando esos conocimientos y mejorando la vida familiar y los vínculos afectivos.
  Nota aclaratoria: los encuentros grupales tiene una duración de 3 horas de trabajo efectivo. Un usuario no puede reemplazar su inasistencia a jun encuentro, participando de otro encuentro programado. Solo se tendrán en cuenta las incapacidades médicas. La inasistencia de un usuario a dos encuentros en el mismo mes, sin justificación genera el reemplazo del cupo.

  En caso de existir alguna situación eventual o extraordinaria, como por ejemplo dificultades de orden público, desastres naturales, dificultades de desplazamiento, entre otras, es probable realizar el ajuste de tiempo y frecuencia de los encuentros educativos grupales Segú necesidades de las familias y de la comunidad.

Para su validez se firma en la ciudad de Cartagena Bolívar a los 18 días, del mes de agosto del año 2022.

Edith julio

Firma y cedula del cuidador Y/o mujer gestante

Firma de la coordinador

Escaneado con CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA
GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
Nit: 800189920-5

FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA
GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
NIT: 800189920 – 5

FORMATO DE MATRICULA

SERVICIO: MODALIDAD FAMILIAR

DATOS DEL BENEFICIARIO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 08 - 08/2022

NOMBRES: Abrahan Jesus

APELLIDOS Altamar Silgado

IDENTIFICACION: RC ✓ TI ___ CC ___ N°: 1043340464 EXPEDIDO EN: Cartagena

TIPO DE BENEFICIARIO:

NIÑO ✓ NIÑA ___

FECHA DE NACIMIENTO: 29-07/2021 EDAD 12 M LUGAR NACIMIENTO Cartagena

CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN

DESPLAZADO: ___ VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO ___ REMITIDO CENTRO ZONAL ___

REMITIDO POR PARD ___ RED UNIDOS ___ REMITIDO POR SNBF ___

PERTENECIENTE A COMUNIDAD ETNICA ___ CON DISCAPACIDAD Y CUMPLA ALMENOS UNO DE LOS CRITERIOS ___ EXTRANJERO CARENTE DE RED FAMILIAR EXTENSA O VINCULAR ___ PUNTAJE SISBEN NO MAYOR A 57,21

DIRECCION DE LA RESIDENCIA: Escallo Villa Kra 56 # 30B -73

TELEFONOS DE CONTACTO: 3242740547

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Marleidis

APELLIDOS Silgado Pedroza

IDENTIFICACIÓN: TI ___ CC ✓ N° 1238339140

EDAD: 23 FECHA DE NACIMIENTO 5-08/1999 OCUPACION: Ama de casa

TELEFONOS:

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Ivan Andres

APELLIDOS Altamar Diaz

IDENTIFICACIÓN: TI ___ CC ✓ N° 1193136025

EDAD: 23 FECHA DE NACIMIENTO 30-08/1998 OCUPACIÓN ___

TELEFONOS:

DATOS OTRO ACUDIENTE

NOMBRES Marleidis

APELLIDOS Silgado Pedroza

Barrio Los Alpes Trv 72# 31D - 66
Teléfonos: 5-6813382 – E- mail: cdiskinner@gmail.com
@Fungusmarca

Escaneado con CamScanner

FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA
GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
Nit: 800189920-5

FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA
GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
NIT: 800189920 – 5

IDENTIFICACIÓN: TI___ CC_✓_ N° 1238339140

EDAD: 23 FECHA DE NACIMIENTO 5-08/1999 OCUPACIÓN Ama de casa

COMPROMISOS TUTORES Y CUIDADORES DEL BENEFICIARIO

Al firmar la presente matricula me hago responsable y acepto los términos y condiciones que se requieren al recibir el servicio DIMF y que se enuncian a continuación:

- Presentar todos los documentos exigidos para la vinculación de mi hijo, hija o mujer gestante si es el caso y actualizar dicho documento siempre que me sean solicitados
- Colaborar activamente con el equipo de atención psicosocial presentando todos los soportes de identificación y dato de contacto de los acudientes del menor
- Atender los acompañamientos telefónicos pedagógicos, priorizados del seguimiento al desarrollo infantil y/o asistir a los educativos grupales en los días y horarios establecidos, de igual forma participar de actividades extracurriculares en las Uds.
- Mantener la buena salud e higiene de mi hijo/a siempre en aras de su bienestar y buen desarrollo
- Asistir a las reuniones con la nutricionista en caso que mi hijo/a presente diagnóstico de mal nutrición de igual forma asistir a las citas o remisiones otorgadas por la eps para el tratamiento del estado de mal nutrición
- Recibir y permitir de adecuado desarrollo de los encuentros educativos en el hogar
- Compartir con mi grupo familiar todo lo aprendido en los encuentros grupales, replicando esos conocimientos y mejorando la vida familiar y los vínculos afectivos

NOTA ACLARATORIA: Los encuentros grupales tiene una duración de tres horas de trabajo efectivo. Un usuario no puede reemplazar su inasistencia a un encuentro, participando de otro encuentro programado. Solo te tendrán en cuenta las incapacidades medicas; la inasistencia de un usuario a los encuentros en el mismo mes sin justificación genera el reemplazo de un cupo.

En caso de existir alguna situación eventual o extraordinaria, como por ejemplo dificultades de orden público, desastres naturales dificultades de desplazamiento, entre otras es probable realizar el ajuste de tiempo y frecuencia de los encuentros educativos grupales según necesidades de la familia y de la comunidad

Para su validez se firma en Cartagena / Bolivar a los 08 días, del mes de agosto del año 2022

Marlenis Sigado P. 1238339140
Firma y cedula del acudiente

Randy Ramirez
Firma coordinador

Barrio Los Alpes Trv 72# 31D - 66

Escaneado con CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA
GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
Nit: 800189920-5

FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN

BIENESTAR FAMILIAR

FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA
GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
NIT: 800189920 – 5

FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN

COMPROMISOS TUTORES Y CUIDADORES DEL BENEFICIARIO

Al firmar la presente matricula me hago responsable y acepto los términos y condiciones que se requieren al recibir el servicio DIMF y que se enuncian a continuación:

- presentar todos los documentos exigidos para la vinculación de mi hijo, hija o mujer gestante si es el caso y a actualizar dichos documentos siempre que me sean solicitados.
- Colaborar activamente con el equipo de atención psicosocial presentando todos los soportes de identificación y datos de contacto de los acudientes del menor.
- Atender los acompañamientos telefónicos pedagógicos, priorizados, de seguimiento al desarrollo infantil y/o Asistir a los educativos grupales en los días y horarios establecidos, de igual forma participar de actividades extra curriculares programadas en la UDS.
- Mantener la buena salud e higiene de mi hijo/a siempre, en aras de su bienestar y buen desarrollo.
- Asistir a las reuniones con la nutricionista en caso que mi hijo/a presente diagnóstico de malnutrición. De igual forma asistir a las citas o remisiones otorgadas por la EPS para el tratamiento del estado de malnutrición.
- Recibir y permitir de adecuado desarrollo de los encuentros educativos en el hogar.
- Compartir con mi grupo familiar todo lo aprendido en los encuentros grupales, replicando esos conocimientos y mejorando la vida familiar y los vinculos afectivos.

Nota aclaratoria: los encuentros grupales tiene una duración de 3 horas de trabajo efectivo. Un usuario no puede reemplazar su inasistencia a jun encuentro, participando de otro encuentro programado. Solo se tendrán en cuenta las incapacidades médicas. La inasistencia de un usuario a dos encuentros en el mismo mes, sin justificación genera el reemplazo del cupo.

En caso de existir alguna situación eventual o extraordinaria, como por ejemplo dificultades de orden público, desastres naturales, dificultades de desplazamiento, entre otras, es probable realizar el ajuste de tiempo y frecuencia de los encuentros educativos grupales Segú necesidades de las familias y de la comunidad.

Para su validez se firma en la ciudad de Cartagena Bolívar a los 07 días, del mes de 09 del año 2022

Geximar Quintero C. 21691730

Firma y cedula del cuidador Y/o mujer gestante

Firma de la coordinador.

Escaneado con CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA
GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
Nit: 800189920-5

FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN

NIT: 800189920 – 16

FORMATO DE MATRICULA

SERVICIO: MODALIDAD FAMILIAR

DATOS DEL BENEFICIARIO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 15 Julio 2022.

NOMBRES: Kleyder Andres.

APELLIDOS Diaz Pardo

IDENTIFICACION: RC X TI ___ CC ___ N°: 1235051844 EXPEDIDO EN: Cartagena

TIPO DE BENEFICIARIO:
NIÑO X NIÑA ___

FECHA DE NACIMIENTO: 1-06-2022 EDAD 1 m LUGAR NACIMIENTO Cartagena

CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN

DESPLAZADO: ___ VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO ___ REMITIDO CENTRO ZONAL ___

REMITIDO POR PARD ___ RED UNIDOS ___ REMITIDO POR SNBF ___

PERTENECIENTE A COMUNIDAD ETNICA ___ CON DISCAPACIDAD Y CUMPLA ALMENOS UNO DE LOS CRITERIOS ___ EXTRANJERO CARENTE DE RED FAMILIAR EXTENSA O VINCULAR ___ PUNTAJE SISBEN NO MAYOR A 57,21

DIRECCION DE LA RESIDENCIA: 9 de Abril - Clle las Mercedes # 24 A 04

TELEFONOS DE CONTACTO: 304-2494031 - 6903392.

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Lizeth paola.

APELLIDOS Pardo Pimienta

IDENTIFICACIÓN: TI ___ CC X N° 1047428805

EDAD: 31 FECHA DE NACIMIENTO 4-11-1990 OCUPACION: Ama de casa

TELEFONOS: 304-2494031

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Jhon Jarlis

APELLIDOS Diaz Hernandez

IDENTIFICACIÓN: TI ___ CC X N° 1047.419205

EDAD: 33 FECHA DE NACIMIENTO 25-11-1988 OCUPACIÓN Ofic. varios.

TELEFONOS: 304-2494031

DATOS OTRO ACUDIENTE

NOMBRES Lizeth Paola.

APELLIDOS Pardo Pimienta.

Barrio Los Alpes Trv 72# 31D - 66
Teléfonos: 5-6813382 – E- mail: cdiskinner@gmail.com
@Funausmarca

Escaneado con CamScanner

FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA
GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
Nit: 800189920-5

FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA
GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
NIT: 800189920 – 5

IDENTIFICACIÓN: TI___ CC X N° 1047 428.805

EDAD: 31 FECHA DE NACIMIENTO 4-11-1990 OCUPACIÓN Amade cas

COMPROMISOS TUTORES Y CUIDADORES DEL BENEFICIARIO

Al firmar la presente matricula me hago responsable y acepto los términos y condiciones que se requieren al recibir el servicio DIMF y que se enuncian a continuación:

- Presentar todos los documentos exigidos para la vinculación de mi hijo, hija o mujer gestante si es el caso y actualizar dicho documento siempre que me sean solicitados
- Colaborar activamente con el equipo de atención psicosocial presentando todos los soportes de identificación y dato de contacto de los acudientes del menor
- Atender los acompañamientos telefónicos pedagógicos, priorizados del seguimiento al desarrollo infantil y/o asistir a los educativos grupales en los días y horarios establecidos, de igual forma participar de actividades extracurriculares en las Uds.
- Mantener la buena salud e higiene de mi hijo/a siempre en aras de su bienestar y buen desarrollo
- Asistir a las reuniones con la nutricionista en caso que mi hijo/a presente diagnóstico de mal nutrición de igual forma asistir a las citas o remisiones otorgadas por la eps para el tratamiento del estado de mal nutrición
- Recibir y permitir de adecuado desarrollo de los encuentros educativos en el hogar
- Compartir con mi grupo familiar todo lo aprendido en los encuentros grupales, replicando esos conocimientos y mejorando la vida familiar y los vínculos afectivos

NOTA ACLARATORIA: Los encuentros grupales tiene una duración de tres horas de trabajo efectivo. Un usuario no puede reemplazar su inasistencia a un encuentro, participando de otro encuentro programado. Solo te tendrán en cuenta las incapacidades medicas; la inasistencia de un usuario a los encuentros en el mismo mes sin justificación genera el reemplazo de un cupo.

En caso de existir alguna situación eventual o extraordinaria, como por ejemplo dificultades de orden público, desastres naturales dificultades de desplazamiento, entre otras es probable realizar el ajuste de tiempo y frecuencia de los encuentros educativos grupales según necesidades de la familia y de la comunidad

Para su validez se firma en Cartagena Bolívar a los 15 días, del mes de Julio del año 2022

Yisseth Paola Pardo Pimienta
Firma y cedula del acudiente
1047428805

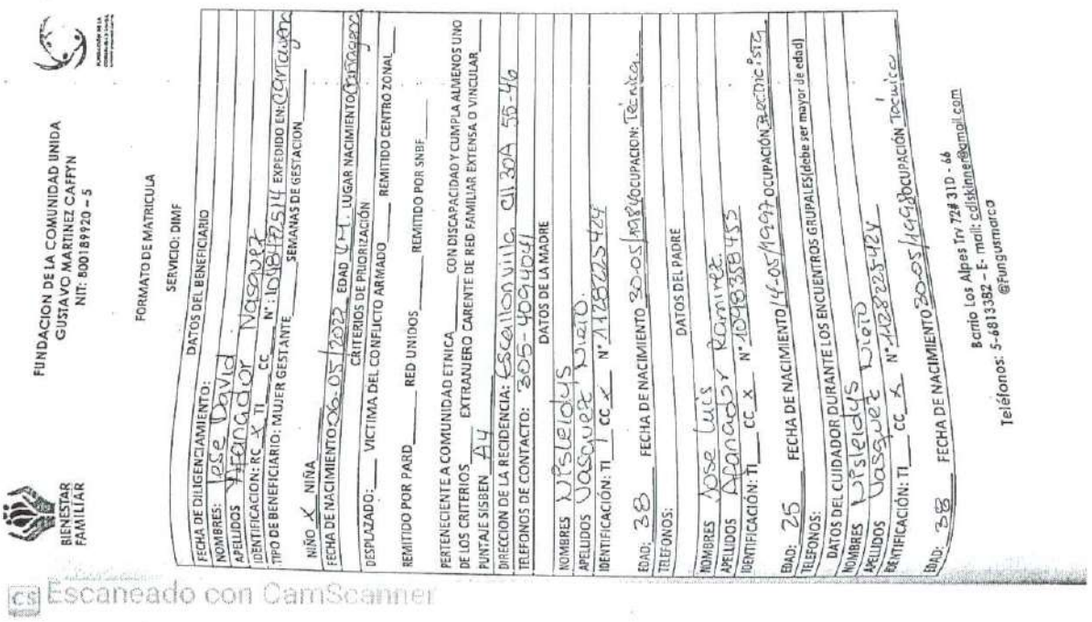
Rundy Romero
Firma coordinador

Escaneado con CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA
GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
Nit: 800189920-5

FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN



FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA
GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
NIT: 800189920 – 5

BIENESTAR FAMILIAR

FORMATO DE MATRICULA

SERVICIO: DIMF

DATOS DEL BENEFICIARIO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:
NOMBRES: Jose David
APELLIDOS Fernandez Vasquez
IDENTIFICACION: RC X TI ___ CC ___ N°: 1091825514 EXPEDIDO EN: Cucuta
TIPO DE BENEFICIARIO: MUJER GESTANTE ___ SEMANAS DE GESTACION ___
NIÑO X NIÑA
FECHA DE NACIMIENTO: 26-05-2022 EDAD 0+1 LUGAR NACIMIENTO: Cucuta

CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN

DESPLAZADO: ___ VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO ___ REMITIDO CENTRO ZONAL ___
REMITIDO POR PARD ___ RED UNIDOS ___ REMITIDO POR SNBF ___
PERTENECIENTE A COMUNIDAD ETNICA ___ CON DISCAPACIDAD Y CUMPLA ALMENOS UNO DE LOS CRITERIOS ___ EXTRANJERO CARENTE DE RED FAMILIAR EXTENSA O VINCULAR
PUNTAJE SISBEN A4
DIRECCION DE LA RECIDENCIA: Escalonilla Cl 30A 56-46
TELEFONOS DE CONTACTO: 305-4064041

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Yrsleidys
APELLIDOS Vasquez Toro
IDENTIFICACIÓN: TI 1 CC X N°1128025424
EDAD: 38 FECHA DE NACIMIENTO 30-05-1984 OCUPACION: Tecnico
TELEFONOS:

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Jose Luis
APELLIDOS Fernandez Ramirez
IDENTIFICACIÓN: TI ___ CC X N°1090358455
EDAD: 25 FECHA DE NACIMIENTO 14-05-1997 OCUPACIÓN: Pedicista
TELEFONOS:

DATOS DEL CUIDADOR DURANTE LOS ENCUENTROS GRUPALES (debe ser mayor de edad)

NOMBRES Yrsleidys Toro
APELLIDOS Vasquez Toro
IDENTIFICACIÓN: TI ___ CC X N°1128025424
EDAD: 38 FECHA DE NACIMIENTO 30-05-1984 OCUPACIÓN: Tecnico

Barrio Los Alpes Trv 72# 310 - 66
Telefonos: 5-6813382 – E. mail: colsklone@gmail.com
@fungustmarcn

Escaneado con CamScanner

FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA
GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
Nit: 800189920-5

FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA
GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
NIT: 800189920 – 5

COMPROMISOS TUTORES Y CUIDADORES DEL BENEFICIARIO

Al firmar la presente matricula me hago responsable y acepto los términos y condiciones que se requieren al recibir el servicio DIMF y que se enuncian a continuación:

- presentar todos los documentos exigidos para la vinculación de mi hijo, hija o mujer gestante si es el caso y a actualizar dichos documentos siempre que me sean solicitados.
- Colaborar activamente con el equipo de atención psicosocial presentando todos los soportes de identificación y datos de contacto de los acudientes del menor.
- Atender los acompañamientos telefónicos pedagógicos, priorizados, de seguimiento al desarrollo infantil y/o Asistir a los educativos grupales en los días y horarios establecidos, de igual forma participar de actividades extra curriculares programadas en la UDS.
- Mantener la buena salud e higiene de mi hijo/a siempre, en aras de su bienestar y buen desarrollo.
- Asistir a las reuniones con la nutricionista en caso que mi hijo/a presente diagnóstico de malnutrición. De igual forma asistir a las citas o remisiones otorgadas por la EPS para el tratamiento del estado de malnutrición.
- Recibir y permitir de adecuado desarrollo de los encuentros educativos en el hogar.
- Compartir con mi grupo familiar todo lo aprendido en los encuentros grupales, replicando esos conocimientos y mejorando la vida familiar y los vínculos afectivos.

Nota aclaratoria: los encuentros grupales tiene una duración de 3 horas de trabajo efectivo. Un usuario no puede reemplazar su inasistencia a jun encuentro, participando de otro encuentro programado. Solo se tendrán en cuenta las incapacidades médicas. La inasistencia de un usuario a dos encuentros en el mismo mes, sin justificación genera el reemplazo del cupo.

En caso de existir alguna situación eventual o extraordinaria, como por ejemplo dificultades de orden público, desastres naturales, dificultades de desplazamiento, entre otras, es probable realizar el ajuste de tiempo y frecuencia de los encuentros educativos grupales Segú necesidades de las familias y de la comunidad.

Para su validez se firma en la ciudad de Cartagena Bolívar a los 15 días, del mes de Sep. del año 2022

1128275424

Firma y cedula del cuidador Y/o mujer gestante

Firma de la coordinadora

Barrio Los Alpes

Escaneado con CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA
GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
Nit: 800189920-5

FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN

---107920 – 5

FORMATO DE MATRICULA

SERVICIO: MODALIDAD FAMILIAR

DATOS DEL BENEFICIARIO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 15 - Julio 2022

NOMBRES: Ethan David

APELLIDOS Dios Gomez.

IDENTIFICACION: RC X TI___ CC___ N°: 1235051941 EXPEDIDO EN: Cartagena

TIPO DE BENEFICIARIO:
NIÑO___ X NIÑA_____

FECHA DE NACIMIENTO: 27-Julio/22 EDAD 24 LUGAR NACIMIENTO Cartagena

CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN

DESPLAZADO:____ VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO_____ REMITIDO CENTRO ZONAL____

REMITIDO POR PARD_____ RED UNIDOS_____ REMITIDO POR SNBF_____

PERTENECIENTE A COMUNIDAD ETNICA_____ CON DISCAPACIDAD Y CUMPLA ALMENOS UNO DE LOS CRITERIOS_____ EXTRANJERO CARENTE DE RED FAMILIAR EXTENSA O VINCULAR_____ PUNTAJE SISBEN NO MAYOR A 57,21

DIRECCION DE LA RESIDENCIA: Piedra de Bolivar.

TELEFONOS DE CONTACTO: 321 7516909

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Tatiana del Carmen.

APELLIDOS Gomez Grandett

IDENTIFICACIÓN: TI___ CC X N° 1148706685

EDAD: 24 FECHA DE NACIMIENTO 6/03/1998 OCUPACION: Ama de Casa

TELEFONOS:

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Juan David.

APELLIDOS Dios de mora.

IDENTIFICACIÓN: TI___ CC X N° 1047465193.

EDAD: 30 FECHA DE NACIMIENTO 26/09/91 OCUPACIÓN Mototaxi

TELEFONOS: 321 751 6909.

DATOS OTRO ACUDIENTE

NOMBRES Tatiana del Carmen.

APELLIDOS Gomez.

72# 31D - 66 @gmail.com

Escaneado con CamScanner

FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA
GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
Nit: 800189920-5

FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN

FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
NIT: 800189920 – 5

IDENTIFICACIÓN: TI___ CC_X_ N°_____

EDAD:_____ FECHA DE NACIMIENTO_____ OCUPACIÓN_____

COMPROMISOS TUTORES Y CUIDADORES DEL BENEFICIARIO

Al firmar la presente matricula me hago responsable y acepto los términos y condiciones que se requieren al recibir el servicio DIMF y que se enuncian a continuación:

- Presentar todos los documentos exigidos para la vinculación de mi hijo, hija o mujer gestante si es el caso y actualizar dicho documento siempre que me sean solicitados
- Colaborar activamente con el equipo de atención psicosocial presentando todos los soportes de identificación y dato de contacto de los acudientes del menor
- Atender los acompañamientos telefónicos pedagógicos, priorizados del seguimiento al desarrollo infantil y/o asistir a los educativos grupales en los días y horarios establecidos, de igual forma participar de actividades extracurriculares en las Uds.
- Mantener la buena salud e higiene de mi hijo/a siempre en aras de su bienestar y buen desarrollo
- Asistir a las reuniones con la nutricionista en caso que mi hijo/a presente diagnóstico de mal nutrición de igual forma asistir a las citas o remisiones otorgadas por la eps para el tratamiento del estado de mal nutrición
- Recibir y permitir de adecuado desarrollo de los encuentros educativos en el hogar
- Compartir con mi grupo familiar todo lo aprendido en los encuentros grupales, replicando esos conocimientos y mejorando la vida familiar y los vínculos afectivos

NOTA ACLARATORIA: Los encuentros grupales tiene una duración de tres horas de trabajo efectivo. Un usuario no puede reemplazar su inasistencia a un encuentro, participando de otro encuentro programado. Solo te tendrán en cuenta las incapacidades medicas; la inasistencia de un usuario a los encuentros en el mismo mes sin justificación genera el reemplazo de un cupo.

En caso de existir alguna situación eventual o extraordinaria, como por ejemplo dificultades de orden público, desastres naturales dificultades de desplazamiento, entre otras es probable realizar el ajuste de tiempo y frecuencia de los encuentros educativos grupales según necesidades de la familia y de la comunidad

Para su validez se firma en Cartagena/ Bolívar a los 15 días, del mes de Julio del año 2022

Juan David Diaz 1047465193

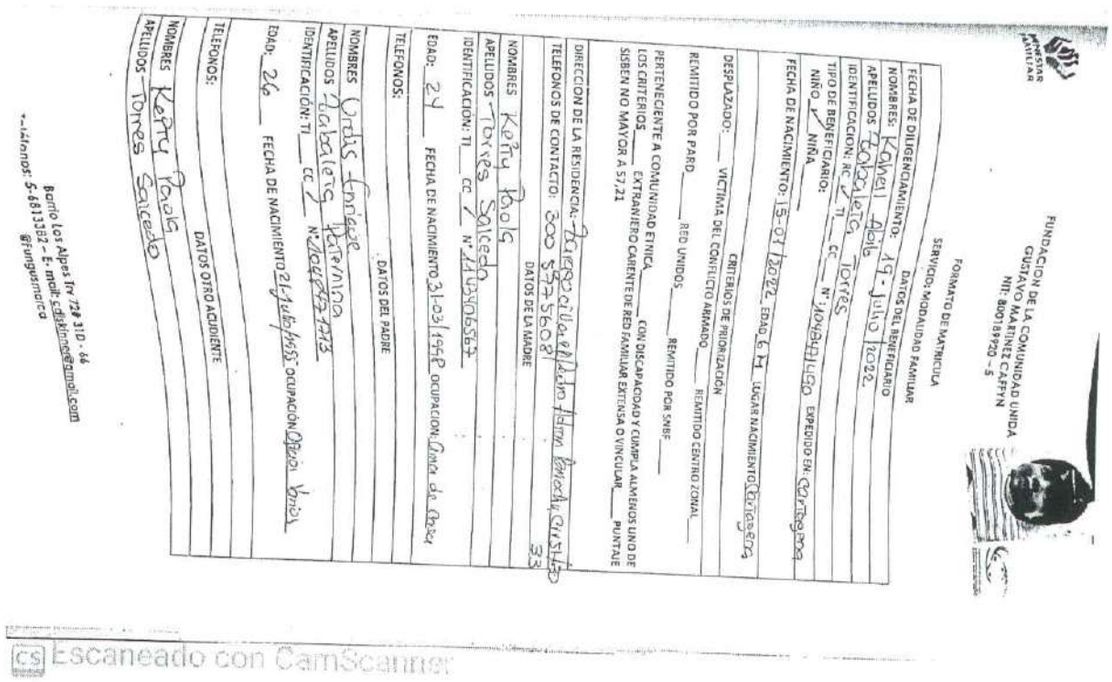
Firma y cedula del acudiente

Kindy Romero

Firma coordinador

Barrio Los Alpes Trv 72# 31D - 66
Teléfonos: 5-6813382 – E- mail: cdiskinner@gmail.com

Escaneado con CamScanner



FORMATO DE MATRICULA
SERVICIO: MODALIDAD FAMILIAR
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 19-Julio-2022
DATOS DEL BENEFICIARIO
NOMBRES: Kaniel Alois
APELLIDOS: Gonzalez Torres
IDENTIFICACION: RC ___ TI ___ CC ___ N°
TIPO DE BENEFICIARIO:
NIÑO ___ NIÑA ___
FECHA DE NACIMIENTO: 15-01-2022 EDAD: 6 M LUGAR NACIMIENTO: Cartagena EXPEDIDO EN: Cartagena
CRITERIOS DE PRIORIZACION
DESPLAZADO: ___ VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO ___ REMITIDO CENTRO ZONAL ___
REMITIDO POR PARD ___ RED UNIDOS ___ REMITIDO POR SNBF ___
PERTENECIENTE A COMUNIDAD ETNICA ___
LOS CRITERIOS ___ EXTRANJERO CARENTE DE RED FAMILIAR EXTENSA O VINCULAR ___ CON DISCAPACIDAD Y CUMPLA ALMENOS UNO DE SISBEN NO MAYOR A 57,21 PUNTAJE
DIRECCION DE LA RESIDENCIA: Barrio Los Alpes Mz 22 # 31D - 66
TELEFONOS DE CONTACTO: 300 5575681
DATOS DE LA MADRE
NOMBRES Kelly Paola
APELLIDOS Torres Salcedo
IDENTIFICACION: TI ___ CC ___ N° 1143965657
EDAD: 24 FECHA DE NACIMIENTO 31/03/1998 OCUPACION Ama de casa
DATOS DEL PADRE
NOMBRES Orlis Enrique
APELLIDOS Caballero Hernandez
IDENTIFICACION: TI ___ CC ___ N° 1064977473
EDAD: 26 FECHA DE NACIMIENTO 21/Julio/1995 OCUPACION Obrero Naval
TELEFONOS:
DATOS OTRO ACUDIENTE
NOMBRES Kelly Paola
APELLIDOS Torres Salcedo

FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA
GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
NIT: 800189920 -5

Barrio Los Alpes Mz 22# 31D - 66
Telefono: 5-6813382 - E: mail: cdiainnes@gmail.com
@fungusmarca

Escaneado con CamScanner

Criterios generales de la focalización [1]

Criterios de focalización

[1] Tomado de, MANUAL OPERATIVO PARA LA ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA - MODALIDAD FAMILIAR; versión 3, 14/03/2018. Pág. 18

Para la identificación, priorización y selección de los usuarios en los diferentes servicios, la atención a prestar a los potenciales usuarios está dada en función de parámetros de elegibilidad e inclusión con los cuales se puedan brindar un servicio de primera infancia a las niñas y niños que más lo necesitan. Los parámetros establecidos responden a criterios técnicos y operativos ajustados a la misión de la Dirección de Primera Infancia y el ICBF, que priorizan la atención de población de acuerdo con el grado de derechos vulnerados, inobservados y/o amenazas, y que adicionalmente contempla el modelo de enfoque diferencial de derechos adoptado por el ICBF a través de la resolución 1264 de 2017 y un modelo de prelación de territorios.

Nota aclaratoria: El orden en el que se presentan los criterios de focalización establecidos en esta guía no representan un orden de prioridad o de ponderación:

Criterios de focalización poblacional

a. Sisbén

De acuerdo con la resolución 8413 de 2021 del Instituto Colombiano de Bienestar familiar, durante los dos primeros años de entrada de dicha resolución, el Sisbén III también será utilizado como criterio de ingreso a los programas o servicios del ICBF teniendo en cuenta los siguientes puntos de corte:

Tabla 1. Puntajes máximos del Sisbén III según categoría

Nivel	14 ciudades (*)	Resto urbano	Rural disperso
Único	57,21	56,32	40,75

Fuente: Resolución 8413 de 2021

*Las 14 principales ciudades son: Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla, Cartagena, Cúcuta, Bucaramanga, Ibagué, Pereira, Villavicencio, Pasto, Montería, Manizales y Santa Marta, sin sus áreas metropolitanas. Incluye la zona urbana diferente a las de las 14 principales ciudades, los centros poblados y la zona rural dispersa de las 14 principales ciudades.

Esta atención de carácter transitorio se brindará a la población que no cuente con la encuesta Sisbén IV ni cumpla con otro criterio poblacional o territorial de ingreso, sin embargo, es de aclarar que, una vez vencido el periodo de transición, se entenderá de manera automática que el criterio de ingreso para acceder a la oferta del ICBF será el Sisbén IV, razón por la cual, desde las entidades administradoras del servicio y las unidades de atención se debe invitar a las personas a solicitar la encuesta en las oficinas de cada entidad territorial para acelerar la transición hacia la versión IV.

b. Adoptar los grupos y niveles de Sisbén IV relacionados con el área misional de Primera Infancia, conforme los criterios de selección de grupos poblacionales de atención establecidos por el ICBF en la Resolución No. 8413 de 202118. Los grupos a los que hace mención el Sisbén se organizan de la siguiente manera:

Tabla 2. Grupos de clasificación del Sisbén IV

Grupo A	Grupo B	Grupo C	Grupo D
Pobreza extrema	Pobreza moderada	Vulnerable	No pobre/vulnerable
A1 hasta A5	B1 hasta B7	C1 hasta C18	D1 hasta D21

Fuente: Página web del Sisbén

Frente a lo anterior, en lo que respecta a los procesos de focalización para la dirección de Primera Infancia aplican los niveles que van del A01 al C18:

Tabla 3. Grupos de atención para Primera Infancia según Sisbén IV

Nivel inferior	Nivel superior
A01	C18

Fuente: Resolución 8413 de 2021

b. Pertenecientes a familias identificadas a través de la Estrategia para la Superación de la Pobreza Extrema – Red UNIDOS.
c. Niñas, niños y mujeres gestantes pertenecientes al programa Familias en Acción de Prosperidad Social.
d. Niñas y niños egresados de la estrategia de atención y prevención de la desnutrición aguda (Centros de Recuperación Nutricional -CRN- y 1000 días para cambiar el mundo y unidades de búsqueda activa).
e. Remitidos por las entidades del Sistema Nacional de Bienestar Familiar -SNBF- que se encuentren en situación de vulnerabilidad, riesgo de vulneración de derechos o programas de protección del ICBF.
f. Víctimas de hechos violentos asociados al conflicto armado interno, de acuerdo con las directrices establecidas en la Ley 1448 de 2011 y los Decretos ley 4633, 4634 y 4635 de 2011, así como la Sentencia T-025 de 2004 proferida por la Corte Constitucional y demás desarrollos jurisprudenciales

en torno a la existencia de un estado de cosas inconstitucional; para lo cual se considerarán aquellos cuyo estado se encuentre incluido dentro del RUV.
g. Pertenecientes a comunidades étnicas (indígenas, comunidades negras, afrocolombianas, Palenqueros, Raizales19 y Rrom) que demanden el servicio, así como, aquellas que se encuentren en el marco de las disposiciones legales (autos, sentencias y tutelas) e instrumentos de política pública que reconocen la protección reforzada para la pervivencia de estas poblaciones.
h. Niños, niñas y mujeres gestantes con discapacidad que requieren diversos tipos e intensidad de apoyos para su participación efectiva y que demandan acompañamiento en las actividades de cuidado y acciones de carácter pedagógicos para garantizar su derecho impostergable a la educación inicial ; así como los que sean remitidos por las entidades del SNBF con base en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad del Ministerio de Salud y Protección Social, como de los comités territoriales y locales de discapacidad y las entidades territoriales en salud.
i. Usuarios del subsidio en especie para población vulnerable, del que trata el artículo 12 de la Ley 1537 de 2012 (Vivienda de Interés Social y Vivienda de Interés Prioritario), y el Decreto 1921 de 2012 o el que reglamente la materia.
j. Niñas y niños cuyos padres estén en establecimientos de reclusión.
k. Población migrante, refugiada o apátrida que cumpla con alguno de los criterios de focalización poblacional de la presente guía.
l. Niñas y niños remitidos del servicio HCB FAMI y DIMF que al cumplir los dos (2) años deben transitar a otros servicios de educación inicial de atención permanente.
m. Niñas y niños remitidos del servicio Desarrollo Infantil en Establecimiento de Reclusión - DIER que egresa del servicio por situaciones como: cumplimiento de la edad máxima permitida (3 años), por libertad de la madre, por traslado de la madre del establecimiento de reclusión, por enfermedad grave de la madre o fallecimiento u otra debidamente soportada.

n. Niñas y niños remitidos del servicio Educación Inicial Rural - EIR quienes por circunstancias de movilidad voluntaria o involuntaria requieran continuar vinculados a los servicios de primera infancia del ICBF.
o. Niñas y niños cuyos padres estén activos en la ruta de reincorporación e identificados en las bases de datos remitidas de forma oficial al ICBF por la Agencia para la Reincorporación y la Normalización – ARN.
p. Para el servicio de Hogar Infantil se atenderá prioritariamente niños y niñas hijos de trabajadores que evidencien vinculación laboral y demás requisitos establecidos en la Resolución 1740 de 2010.

Parágrafo 1:
Si algún usuario no cumple con al menos uno de los criterios de focalización, pero requiere atención de acuerdo a lo manifestado por el padre/madre, cuidador o un tercero, se podrá realizar una visita domiciliaria por parte de la EAS o el ICBF con el talento humano idóneo el cual será determinado por la EAS de acuerdo a la pertinencia y necesidad de las familias; para ello, en esta visita, se revisarán los soportes que demuestren que el ingreso familiar no supera 1,5 SMMLV, además de verificar y documentar las condiciones de vida, tipo de familia y demás evidencias de las características sociofamiliares que permitan determinar la priorización de atención de estos. El acta de la visita debe reposar en la carpeta del usuario.

Parágrafo 2:
Para los casos de madres y padres que cumplan con criterios relacionados con algún hecho victimizante a causa del conflicto interno armado, se considera que esta calidad se transfiere a los hijos e hijas, teniendo en cuenta la importancia de priorizar este criterio dentro de la identificación al momento de asignar un cupo o acceso a los servicios de primera infancia, de madres gestantes, niñas y niños que soliciten o se identifiquen dentro del proceso de registro y focalización. Lo anterior aplica igualmente para mujeres gestantes que se encuentren siendo atendidas en algún servicio del ICBF, las cuales transfieren su criterio de atención a su hijo o hija recién nacido. Es importante mencionar que lo señalado no desliga el hecho de que padres o cuidadores deben realizar los trámites de registro de niñas y niños ante las instituciones del gobierno colombiano a que haya lugar para velar por el reconocimiento de derechos y la protección ante posibles vulnerabilidades y/o amenazas.

Parágrafo 3:

Sin perjuicio de lo anteriormente señalado, la Dirección de Primera Infancia, acoge los lineamientos del CONPES Social 100 de 2006, que contempla los lineamientos para la focalización del gasto público social.

Criterios prevalentes
Cuando la demanda de beneficiarios que cumplen los criterios antes referidos supera la oferta (cupos disponibles), se dará prioridad para la asignación de cupos, así:
• Potenciales usuarios que cumplan con los criterios de focalización poblacional de los literales (b), (d), (e) y (i).
• Potenciales usuarios que cumplan con el criterio de focalización poblacional del literal (h) con énfasis en las familias de grupos étnicos contempladas en las sentencias y autos de la Corte Constitucional.

- Potenciales usuarios que cumplan con los criterios de focalización poblacional del literal (j) con énfasis en niños y niñas egresados de los programas que hacen parte del Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos - PARD.
- Niños y niñas egresados del servicio de Desarrollo Infantil en Establecimientos de Reclusión.
- Niños y niñas que cumplan con el criterio de focalización del literal (k) con énfasis en niños y niñas migrantes, refugiados o apátridas en situación migratoria irregular y con ausencia de vivienda o condiciones de hacinamiento, que no cuenten con acceso a servicios públicos domiciliarios o que no cuenten con ningún tipo de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Parágrafo 4:
La base de búsqueda activa de potenciales usuarios del módulo de reportes del sistema de información CUÉNTAME o donde la entidad haya definido publicarla, generada a partir de la plataforma BETTO, establecerá un puntaje de priorización con base a la convergencia de los criterios de focalización poblacional relacionados en el anterior numeral; esto debe verificarse en el momento de la asignación de cupos disponibles, con el fin de que sea asignado al niño o niña que mayor porcentaje de priorización refleje.

BIENESTAR FAMILIAR

FUNDACION DE LA COMUNIDAD UNIDA
GUSTAVO MARTINEZ CAFFYN
Nit: 800189920-5

ACTA DE SELECCIÓN DE BENEFICIARIOS

CIUDAD Y FECHA: Cartagena de Indias 15 de junio de 2022
DIMF: PIEDRA DE BOLÍVAR FAMILIAR
PROFESIONAL A CARGO: Auxiliar administrativo
NOMBRE:

OBJETIVO:

Realizar el proceso de selección de beneficiarios nuevos del Grupo Territorial GT Piedra de Bolívar Familiar para el año 2022.

DESCRICIÓN DEL DIA:

Siendo las 8: 00 a.m. se inician el proceso de selección de usuarios nuevos para el presente año teniendo en cuenta los criterios para la identificación y priorización de los niños, niñas y mujeres gestantes en la modalidad familiar de educación inicial en el marco de la atención integral, criterios que se anexa a este documento.
Todo esto en presencia de todo el equipo interdisciplinario de la unidad.

EVALUACION

Se logró cumplir el objetivo propuesto con la participación activa de todo el equipo y de los seleccionados.

Responsables

Randy Pomares
RANDY POMARES
Coordinador Pedagógico

Andres Felipe Martinez Manga
ANDRES MARTINEZ MANGA
Auxiliar Administrativo

EITHAN DAVID RIOS GOMEZ
ARTHUR SAMIR BARRIOS ROMERO
SALOME BARRIOS CANOLES
DANNA PAOLA MORENO JIMENEZ
JOSE DAVID AFANADOR VASQUEZ
ABRAHAM JESUS ALTAMAR SILGADO
DOMINICK DAVID MARTINEZ GAVIRIA
KELLYS JULIO JULIO
ian jose pedroza manjarrez
valeria sofia florez fuentes
yorman jose cabezas montalvo
janer david barrios manrrique
emma susej salas perez
dereck david sarabia balseiro
rosalinda jimenez montes
lindarosa jimenez montes
ELIAS JOSE PATERNINA GUERRERO
THALIANA SOFIA FIGUEROA CASTRO
EITHAN DAVID RIOS GOMEZ
ARTHUR SAMIR BARRIOS ROMERO

Criterios generales de la focalización [1]

Criterios de focalización

Para la identificación, priorización y selección de los usuarios en los diferentes servicios, la atención a prestar a los potenciales usuarios está dada en función de parámetros de elegibilidad e inclusión con los cuales se puedan brindar un servicio de primera infancia a las niñas y niños que más lo necesitan. Los parámetros establecidos responden a criterios técnicos y operativos ajustados a la misión de la Dirección de Primera Infancia y el ICBF, que priorizan la atención de población de acuerdo con el grado de derechos vulnerados, inobservados y/o amenazas, y que adicionalmente contempla el modelo de enfoque diferencial de derechos adoptado por el ICBF a través de la resolución 1264 de 2017 y un modelo de prelación de territorios.

Nota aclaratoria: El orden en el que se presentan los criterios de focalización establecidos en esta guía no representan un orden de prioridad o de ponderación:

Criterios de focalización poblacional

[1] Tomado de, MANUAL OPERATIVO PARA LA ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA - MODALIDAD FAMILIAR; versión 3, 14/03/2018. Pág. 18

a. De acuerdo con la resolución Sisbén 8413 de 2021 del Instituto Colombiano de Bienestar familiar, durante los dos primeros años de entrada de dicha resolución, el Sisbén III también será utilizado como criterio de ingreso a los programas o servicios del ICBF teniendo en cuenta los siguientes puntos de corte:

Tabla 1. Puntajes máximos del Sisbén III según categoria

Nivel	14 ciudades (*)	Resto urbano	Rural disperso
Unico	57,21	56,32	40,75

Fuente: Resolución 8413 de 2021

*Las 14 principales ciudades son: Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla, Cartagena, Cúcuta, Bucaramanga, Ibagué, Pereira, Villavicencio, Pasto, Montería, Manizales y Santa Marta, sin sus áreas metropolitanas. Incluye la zona urbana diferente a las de las 14 principales ciudades, los centros poblados y la zona rural dispersa de las 14 principales ciudades.

Esta atención de carácter transitorio se brindará a la población que no cuente con la encuesta Sisbén IV ni cumpla con otro criterio poblacional o territorial de ingreso, sin embargo, es de aclarar que, una vez vencido el periodo de transición, se entenderá de manera automática que el criterio de ingreso para acceder a la oferta del ICBF será el Sisbén IV, razón por la cual, desde las entidades administradoras del servicio y las unidades de atención se debe invitar a las personas a solicitar la encuesta en las oficinas de cada entidad territorial para acelerar la transición hacia la versión IV.

b. Adoptar los grupos y niveles de Sisbén IV relacionados con el área misional de Primera Infancia, conforme los criterios de selección de grupos poblacionales de atención establecidos por el ICBF en la Resolución No. 8413 de 202118. Los grupos a los que hace mención el Sisbén se organizan de la siguiente manera:

Tabla 2. Grupos de clasificación del Sisbén IV

Grupo A	Grupo B	Grupo C	Grupo D
Pobreza extrema	Pobreza moderada	Vulnerable	No pobre/vulnerable
A1 hasta A5	B1 hasta B7	C1 hasta C18	D1 hasta D21

Fuente: Página web del Sisbén

Frente a lo anterior, en lo que respecta a los procesos de focalización para la dirección de Primera Infancia aplican los niveles que van del A01 al C18:

Tabla 3. Grupos de atención para Primera Infancia según Sisbén IV

Nivel inferior	Nivel superior
A01	C18

Fuente: Resolución 8413 de 2021

b. Pertenecientes a familias identificadas a través de la Estrategia para la Superación de la Pobreza Extrema – Red UNIDOS.

c. Niñas, niños y mujeres gestantes pertenecientes al programa Familias en Acción de Prosperidad Social.

d. Niñas y niños egresados de la estrategia de atención y prevención de la desnutrición aguda (Centros de Recuperación Nutricional -CRN- y 1000 días para cambiar el mundo y unidades de búsqueda activa).

e. Remitidos por las entidades del Sistema Nacional de Bienestar Familiar -SNBF- que se encuentren en situación de vulnerabilidad, riesgo de vulneración de derechos o programas de protección del ICBF.

f. Víctimas de hechos violentos asociados al conflicto armado interno, de acuerdo con las directrices establecidas en la Ley 1448 de 2011 y los Decretos ley 4633, 4634 y 4635 de 2011, así como la Sentencia T-025 de 2004 proferida por la Corte Constitucional y demás desarrollos jurisprudenciales

en torno a la existencia de un estado de cosas inconstitucional; para lo cual se considerarán aquellos cuyo estado se encuentre incluido dentro del RUV.
g. Pertenecientes a comunidades étnicas (indígenas, comunidades negras, afrocolombianas, Palenqueros, Raizales19 y Rrom) que demanden el servicio, así como, aquellas que se encuentren en el marco de las disposiciones legales (autos, sentencias y tutelas) e instrumentos de política pública que reconocen la protección reforzada para la pervivencia de estas poblaciones.
h. Niños, niñas y mujeres gestantes con discapacidad que requieren diversos tipos e intensidad de apoyos para su participación efectiva y que demandan acompañamiento en las actividades de cuidado y acciones de carácter pedagógicos para garantizar su derecho impostergable a la educación inicial ; así como los que sean remitidos por las entidades del SNBF con base en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad del Ministerio de Salud y Protección Social, como de los comités territoriales y locales de discapacidad y las entidades territoriales en salud.
i. Usuarios del subsidio en especie para población vulnerable, del que trata el artículo 12 de la Ley 1537 de 2012 (Vivienda de Interés Social y Vivienda de Interés Prioritario), y el Decreto 1921 de 2012 o el que reglamente la materia.
j. Niñas y niños cuyos padres estén en establecimientos de reclusión.
k. Población migrante, refugiada o apátrida que cumpla con alguno de los criterios de focalización poblacional de la presente guía.
l. Niñas y niños remitidos del servicio HCB FAMI y DIMF que al cumplir los dos (2) años deben transitar a otros servicios de educación inicial de atención permanente.
m. Niñas y niños remitidos del servicio Desarrollo Infantil en Establecimiento de Reclusión - DIER que egresa del servicio por situaciones como: cumplimiento de la edad máxima permitida (3 años), por libertad de la madre, por traslado de la madre del establecimiento de reclusión, por enfermedad grave de la madre o fallecimiento u otra debidamente soportada.

n. Niñas y niños remitidos del servicio Educación Inicial Rural - EIR quienes por circunstancias de movilidad voluntaria o involuntaria requieran continuar vinculados a los servicios de primera infancia del ICBF.
o. Niñas y niños cuyos padres estén activos en la ruta de reincorporación e identificados en las bases de datos remitidas de forma oficial al ICBF por la Agencia para la Reincorporación y la Normalización – ARN.
p. Para el servicio de Hogar Infantil se atenderá prioritariamente niños y niñas hijos de trabajadores que evidencien vinculación laboral y demás requisitos establecidos en la Resolución 1740 de 2010.

Parágrafo 1:
Si algún usuario no cumple con al menos uno de los criterios de focalización, pero requiere atención de acuerdo a lo manifestado por el padre/madre, cuidador o un tercero, se podrá realizar una visita domiciliaria por parte de la EAS o el ICBF con el talento humano idóneo el cual será determinado por la EAS de acuerdo a la pertinencia y necesidad de las familias; para ello, en esta visita, se revisarán los soportes que demuestren que el ingreso familiar no supera 1,5 SMMLV, además de verificar y documentar las condiciones de vida, tipo de familia y demás evidencias de las características sociofamiliares que permitan determinar la priorización de atención de estos. El acta de la visita debe reposar en la carpeta del usuario.

Parágrafo 2:
Para los casos de madres y padres que cumplan con criterios relacionados con algún hecho victimizante a causa del conflicto interno armado, se considera que esta calidad se transfiere a los hijos e hijas, teniendo en cuenta la importancia de priorizar este criterio dentro de la identificación al momento de asignar un cupo o acceso a los servicios de

primera infancia, de madres gestantes, niñas y niños que soliciten o se identifiquen dentro del proceso de registro y focalización. Lo anterior aplica igualmente para mujeres gestantes que se encuentren siendo atendidas en algún servicio del ICBF, las cuales transfieren su criterio de atención a su hijo o hija recién nacido. Es importante mencionar que lo señalado no desliga el hecho de que padres o cuidadores deben realizar los trámites de registro de niñas y niños ante las instituciones del gobierno colombiano a que haya lugar para velar por el reconocimiento de derechos y la protección ante posibles vulnerabilidades y/o amenazas.

Parágrafo 3:

Sin perjuicio de lo anteriormente señalado, la Dirección de Primera Infancia, acoge los lineamientos del CONPES Social 100 de 2006, que contempla los lineamientos para la focalización del gasto público social.

Criterios prevalentes

Cuando la demanda de beneficiarios que cumplen los criterios antes referidos supera la oferta (cupos disponibles), se dará prioridad para la asignación de cupos, así:

- Potenciales usuarios que cumplan con los criterios de focalización poblacional de los literales (b), (d), (e) y (i).
- Potenciales usuarios que cumplan con el criterio de focalización poblacional del literal (h) con énfasis en las familias de grupos étnicos contempladas en las sentencias y autos de la Corte Constitucional.
- Potenciales usuarios que cumplan con los criterios de focalización poblacional del literal (j) con énfasis en niños y niñas egresados de los programas que hacen parte del Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos - PARD.
- Niños y niñas egresados del servicio de Desarrollo Infantil en Establecimientos de Reclusión.
- Niños y niñas que cumplan con el criterio de focalización del literal (k) con énfasis en niños y niñas migrantes, refugiados o apátridas en situación migratoria irregular y con ausencia de vivienda o condiciones de hacinamiento, que no cuenten con acceso a servicios públicos domiciliarios o que no cuenten con ningún tipo de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Parágrafo 4:

La base de búsqueda activa de potenciales usuarios del módulo de reportes del sistema de información CUÉNTAME o donde la entidad haya definido publicarla, generada a partir de la plataforma BETTO, establecerá un puntaje de priorización con base a la convergencia de los criterios de focalización poblacional relacionados en el anterior numeral; esto debe verificarse en el momento de la asignación de cupos disponibles, con el fin de que sea asignado al niño o niña que mayor porcentaje de priorización refleje.