



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

62550896

NUIP

1141382486

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código D T Z

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C. - NOTARIA 68 BOGOTÁ DC * * * * *

Datos del inscrito

Primer Apellido ARAUJO * * * * * Segundo Apellido GONZALEZ * * * * *

Nombre(s) GREIMAR ORLEANYS * * * * *

Fecha de nacimiento Año 2 0 2 3 Mes A B R Día 2 1 Sexo (en letras) FEMENINO Grupo sanguíneo O Factor RH POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C. * * * * *

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

Número certificado de nacido vivo

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO * * * * * 23041810434040 * * * *

Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos ARAUJO GONZALEZ MIRELYS DEL CARMEN * * * * *

Documento de identificación (Clase y número) SIN INFORMACIÓN * * * * * Nacionalidad VENEZUELA * * * * *

Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos * * * * *

Documento de identificación (Clase y número) SIN INFORMACIÓN * * * * * Nacionalidad * * * * *

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos HAMON NARANJO LUIS FERNANDO * * * * *

Documento de identificación (Clase y número) CC No. 6768745 * * * * * Firma

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos * * * * *

Documento de identificación (Clase y número) * * * * * Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos * * * * *

Documento de identificación (Clase y número) * * * * * Firma

Fecha de inscripción

Año 2 0 2 3 Mes MAY Día 0 9

Nombre y firma del funcionario que autoriza

JORGE HERNANDO RICO GRILLO

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

L.A.C 27 FOLIO 34, INSCRIPCION ORDENADA MEDIANTE OFICIO DE LA DEFENSORIA DE C.Z. KENNEDY DE FECHA 09/05/2023 FIRMADA POR EL DEFENSOR DE FAMILIA LUIS FERNANDO HAMON NARANJO.

JORGE HERNANDO RICO GRILLO

ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL, EL CUAL REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA, SE EXPIDE EN BOGOTÁ D.C., PARA DEMOSTRAR PARENTESCO, HOY 09 MAY 2023, CON VALIDEZ PERMANENTE.

EL NOTARIO

REGISTRO CIVIL

JORGE HERNANDO RICO GRILLO

NOTARIO SESENTA Y OCHO (68) DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ D.C.

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

NOTARIA 68
REGISTRO CIVIL
Circulo Notarial de Bogotá D.C.

Cedena 1.14

RAM 1

06



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

60836077



NUIP 1034794519

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría ☒	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código	A	Z	H
---------------	---	--------	-----------	---------------	-----------------------	--------	---	---	---

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C. NOTARIA 61 BOGOTÁ DC * * * * *

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido		
RODRIGUEZ	MORA		
Nombre(s)			
LIAM EMMANUEL			
Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2 0 2 3 Mes A B R Día 2 6	MASCULINO	A	POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)			
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C. * * * * *			

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO * * * * *	23043310441491 * *

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

MORA RIOS INGRID TATIANA * * * * *

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1016091229 * * * * *	COLOMBIA * * * * *

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

RODRIGUEZ FLOREZ WILMER ALBERTO * * * * *

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1073232393 * * * * *	COLOMBIA * * * * *

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

RODRIGUEZ FLOREZ WILMER ALBERTO * * * * *

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1073232393 * * * * *	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

* * * * *

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
* * * * *	* * * * *

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

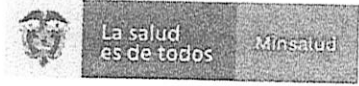
* * * * *

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
* * * * *	* * * * *

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2 0 2 3 Mes M A Y Día 0 5	PAUL VARON MENDEZ
	Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

RAM 7 69



CERTIFICADO DE NACIDO VIVO
ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL



NÚMERO DEL CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

23053010478532

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	
BOGOTÁ, D.C.		BOGOTÁ, D.C.	
ÁREA DEL NACIMIENTO			
Área		Centro Poblado:(Inspección, corregimiento o caserio)	
Cabecera Municipal			
FECHA DEL NACIMIENTO		HORA DEL NACIMIENTO	
Año - Mes - Día		Hora - Minutos	
2023-05-22		13:24:00	
SEXO DEL NACIDO VIVO		HEMOCLASIFICACIÓN DEL NACIDO VIVO	
Masculino		Grupo sanguíneo	
		A	
		Factor RH	
		Positivo	
IDENTIFICACIÓN DE LA MADRE			
Tipo de documento		Número de documento	
Cédula de ciudadanía		1000968643	
APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DE LA MADRE (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)			
Primer apellido		Segundo apellido	
LOPEZ		VASQUEZ	
		Primer nombre	
		YENIFER	
		Segundo nombre	
		ALEXANDRA	
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		1075654734	
APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR			
Primer apellido		Segundo apellido	
Velasquez		Garnica	
		Primer nombre	
		Jonathan	
		Segundo nombre	
PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA EL NACIMIENTO		REGISTRO PROFESIONAL	
Médico		1075654734	
LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO			
Departamento		Municipio	
BOGOTÁ, D.C.		BOGOTÁ, D.C.	
FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO		FIRMA DE QUIEN CERTIFICA EL NACIMIENTO	
Año - Mes - Día			
2023-05-22			

Jonathan Velasquez Garnica
MEDICO CIRUJANO
C.C. 1075.654.734



ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL



NUIP 1300003535

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 63815262

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registrador	☒	Notaría	☐	Número	☐	Consulado	☐	Corregimiento	☐	Inspección de	☐	Código	A	C	Y
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía															
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. KENNEDY-H DE O KENNEDY *****															

Datos del Inscrito

Primer Apellido				Segundo Apellido											
MURCIA *****				ROJAS *****											
Nombre(s)															
LIAN ORLANDO *****															
Fecha de nacimiento				Sexo (en letras)		Grupo sanguíneo		Factor RH							
Año	2	0	2	3	Mes	M	A	Y	Día	0	6	MASCULINO	O	POSITIVO	
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)															
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. *****															

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO *****	23052210455198 *****

Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

ROJAS MARTINEZ ANGIE DANIELA *****

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1006777865 *****	COLOMBIA *****

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

MURCIA MONCADA ANGEL DAVID *****

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1002415218 *****	COLOMBIA *****

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MURCIA MONCADA ANGEL DAVID *****

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1002415218 *****	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
*****	*****

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
*****	*****

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2 0 2 3 Mes M A Y Día 1 2	 MARIA VICTORIA GAONA ARIZA Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
 Firma	 MARIA VICTORIA GAONA ARIZA Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS:FOLIO 246;12/05/2023



CERTIFICADO DE NACIDO VIVO
ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL



NÚMERO DEL CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

23052210455198

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	
BOGOTÁ, D.C.		BOGOTÁ, D.C.	
ÁREA DEL NACIMIENTO			
Área		Centro Poblado: (Inspección, corregimiento o caserío)	
Cabecera Municipal			
FECHA DEL NACIMIENTO		HORA DEL NACIMIENTO	
Año - Mes - Día		Hora - Minutos	
2023-05-06		07:27:00	
SEXO DEL NACIDO VIVO		HEMOCLASIFICACIÓN DEL NACIDO VIVO	
Masculino		Grupo sanguíneo	
		Factor RH	
IDENTIFICACIÓN DE LA MADRE			
Tipo de documento		Número de documento	
Cédula de ciudadanía		1006777865	
APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DE LA MADRE (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)			
Primer apellido		Segundo apellido	
ROJAS		MARTINEZ	
Primer nombre		Segundo nombre	
ANGIE		DANIELA	
DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL NACIDO VIVO ES RECONOCIDO POR SUS PADRES COMO			
Pertinencia 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		79146993	
APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR			
Primer apellido		Segundo apellido	
PORTILLA		PINZON	
Primer nombre		Segundo nombre	
FERNANDO		JOSE GABRIEL	
PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA EL NACIMIENTO		REGISTRO PROFESIONAL	
Médico		79146993	
LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO			
Departamento		Municipio	
BOGOTÁ, D.C.		BOGOTÁ, D.C.	
FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO		FIRMA DE QUIEN CERTIFICA EL NACIMIENTO	
Año - Mes - Día			
2023-05-06			

RAM 7 121

INDICACION MEDICA

GINECO - NEONATOS

N° Historia Clínica: 1120008013

Nombre: YINETH VANEGAS ORTIZ

N° Folio: 63

DATOS PERSONALES

Fecha Nacimiento: 20 mayo 1991 Edad Actual: 31 Años 11 Meses 11 Días Estado Civil: Casada Sexo: Femenino

Dirección: TRANSURIA N° 871 92 SUR elias rocha

Teléfono: 3102317413

Procedencia: BOGOTA

Ocupación: SOLDADO PROFESIONAL

DATOS DE AFILIACION

Entidad: FUERZAS MILITARES

Plan Beneficio: DIGSA 2023 EJERCITO NACIONAL

DATOS DE INGRESO

Responsable:

Teléfono Resp:

Dirección Resp:

N° Ingreso: 7632067

Fecha: 24/05/2023 3:14:07 p.m.

Finalidad Consulta: No Aplica

Causa Externa: Enfermedad General

Código Diagnóstico: Diagnóstico

Z358 SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO

INDICACION MEDICA

Tipo Indicación: Salida Consulta Externa

Detalle: ASISTENCIA A URGENCIAS GINECOLOGIA HOSPITAL MILITAR CENTRAL EL DIA 31 DE MAYO 2023 A LAS 8 AM EMBARAZO DE 40 SEMANAS VALORACION MEDICA Y TOMA DE PRUEBAS DE BIENESTAR FETAL

PROFESIONAL: 80199529 - ARAGON MENDOZA RAFAEL LEONARDO



La salud
es de todos

Minisalud

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

RAM-1

16



NÚMERO DEL CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

23057310464144

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

BOGOTÁ, D.C.

Municipio

BOGOTÁ, D.C.

ÁREA DEL NACIMIENTO

Área

Cabecera Municipal

Centro Poblado (Inspección, corregimiento o caserío)

FECHA DEL NACIMIENTO

Año - Mes - Día

2023-05-12

HORA DEL NACIMIENTO

Hora - Minutos

11:01:00

SEXO DEL NACIDO VIVO

Masculino

HEMOCLASIFICACIÓN DEL NACIDO VIVO

Grupo sanguíneo

O

Factor RH

Positivo

IDENTIFICACIÓN DE LA MADRE

Tipo de documento

Cédula de ciudadanía

Número de documento

1007596776

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

Primer apellido

YARURO

Segundo apellido

ARIAS

Primer nombre

YURLEI

Segundo nombre

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

79514951

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido

gutierrez

Segundo apellido

casas

Primer nombre

edgar

Segundo nombre

mauricio

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA EL NACIMIENTO

Médico

REGISTRO PROFESIONAL

9395/94

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento

BOGOTÁ, D.C.

Municipio

BOGOTÁ, D.C.

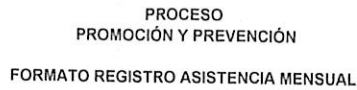
FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Año - Mes - Día

2023-05-12

FIRMA DE QUIEN CERTIFICA EL NACIMIENTO

Materno Infantil
CLINICA
EUSALUD
Están en buenas manos
Edgar Matricio Gutiérrez Casas
Ginecobstetra
C.C. 79.514.951 / R.M. 9395/94



29/05/2018

Página 1 de 1

Hoja 1 de 1

Teléfono UDS: 3212323807

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



RAM 2

03

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial 58133772

NUIP

1141382069

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código D T Z

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C. - NOTARÍA 68 BOGOTÁ DC

Datos del inscrito

Primer Apellido Segundo Apellido
HERNANDEZ * * * * * DONCEL * * * * *Nombre(s)
DAMIAN STIID * * * * *Fecha de nacimiento Sexo (en letras) Grupo sanguíneo Factor RH
Año 2 0 2 3 Mes M A R Día 1 0 MASCULINO O POSITIVOLugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C. * * * * *Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO * * * * * 23039710372785 * * * *

Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos
DONCEL SUAREZ ANA SOFIA * * * * *Documento de identificación (Clase y número) Nacionalidad
TI No. 1011087310 * * * * * COLOMBIA * * * * *

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos
HERNANDEZ VELANDIA FABIAN STIVEN * * * * *Documento de identificación (Clase y número) Nacionalidad
CC No. 1193643233 * * * * * COLOMBIA * * * * *Datos del declarante Apellidos y nombres completos
HERNANDEZ VELANDIA FABIAN STIVEN * * * * *Documento de identificación (Clase y número) Firma
CC No. 1193643233 * * * * * Fabian H.Datos primer testigo Apellidos y nombres completos
* * * * *Documento de identificación (Clase y número) Firma
* * * * *Datos segundo testigo Apellidos y nombres completos
* * * * *Documento de identificación (Clase y número) Firma
* * * * *Fecha de inscripción Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2 0 2 3 Mes M A R Día 1 8 JORGE HERNANDO RICO GRILLO

Nombre y firma

Reconocimiento paterno Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Fabian H.V. JORGE HERNANDO RICO GRILLO

Firma Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LV 241 FOLIO 60

ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL, EL CUAL REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARÍA, SE EXPIDE EN
BOGOTÁ D.C., PARA DEMOSTRAR PARENTESCO, HOY 18 MAR 2023, CON VALIDEZ PERMANENTE.

EL NOTARIO

Notario Jorge Hernando Rico Grillo
NOTARIO SESENTA Y OCHO (68) DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ D, C

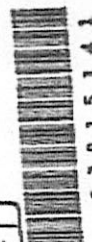
- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
BOGOTÁ D.C.



REGISTRO CIVIL
FIRMADO DIGITALMENTE

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL



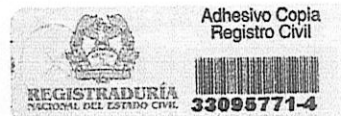
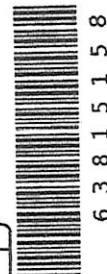
NUIP	1300003414	REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO	Indicativo Serial 63815141
<small>Datos de la última de registro - Clase de evento</small>			
<small>Registramiento</small>	<small>Acta</small>	<small>Extemporáneo</small>	<small>Extemporáneo</small>
<small>País - Departamento - Municipio - Concejo</small>	COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C. KENNEDY II DE O KENNEDY		
<small>Nombre del niño(a)</small>		<small>Segundo Apellido</small>	
JARAMILLO		CABEZAS	
<small>Nombre(s)</small>			
EITHAN ELIA			
<small>Fecha de nacimiento</small>		<small>Sexo</small>	<small>Grupo sanguíneo</small>
Año: 2023 Mes: MAR Día: 13		MASCULINO	AB POSITIVO
<small>País - Departamento - Municipio - Concejo</small>			
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C.			
<small>Tipo de documento, equivalente a Contratación de Matrimonio</small>		<small>Identificación de la madre</small>	
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO		230318103/6365	
<small>Como de madre o como hijo de madre soltera con hijo materno o con hijo del mismo sexo, según el progenitor que solicite los documentos para el primer registro del nacimiento</small>			
<small>Apellidos y nombres completos</small>			
CABEZAS CARDENAS NELY JOANA			
<small>Documento de identificación (Clase y número)</small>		<small>Nacionalidad</small>	
CC No. 1087189537		COLOMBIA	
<small>Como de padre o como hijo de padre soltero con hijo materno o con hijo del mismo sexo, según el progenitor que solicite los documentos para el primer registro del nacimiento</small>			
<small>Apellidos y nombres completos</small>			
JARAMILLO RUIZ GUSTAVO			
<small>Documento de identificación (Clase y número)</small>		<small>Nacionalidad</small>	
CC No. 1086727019		COLOMBIA	
<small>Datos del declarante</small>			
<small>Apellidos y nombres completos</small>			
JARAMILLO RUIZ GUSTAVO			
<small>Documento de identificación (Clase y número)</small>		<small>Firma</small>	
CC No. 1086727019		[Firma]	
<small>Datos primer testigo</small>			
<small>Apellidos y nombres completos</small>			
[Nombre]			
<small>Documento de identificación (Clase y número)</small>		<small>Firma</small>	
[Documento]		[Firma]	
<small>Datos segundo testigo</small>			
<small>Apellidos y nombres completos</small>			
[Nombre]			
<small>Documento de identificación (Clase y número)</small>		<small>Firma</small>	
[Documento]		[Firma]	
<small>Fecha de inscripción</small>		<small>Nombre y firma del funcionario que autoriza</small>	
Año: 2023 Mes: MAR Día: 15		MARIA VICTORIA GAONA ARIZA	
<small>Reconocimiento paterno</small>		<small>Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento</small>	
[Firma]		MARIA VICTORIA GAONA ARIZA	
ESPACIO PARA NOTAS			
LIBRO DE VARIOS FOLIO 130:15/03/2023			

NÚMERO DE PREPARACIÓN 112498642

REGISTRO CIVIL
FIRMADO DIGITALMENTE



ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL



NUIP 1300003431 **REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO** Indicativo Serial **63815158**

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registrador ☒ Notario ☐ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de ☐ Código A C Y

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. KENNEDY-H DE O KENNEDY *****

Datos del Inscrito

Primer Apellido **PARADA** Segundo Apellido **JIMÉNEZ**

Nombre(s) **DERECK GAHEL**

Fecha de nacimiento Año 2 0 2 3 Mes M A R Día 1 1 Sexo (en letras) **MASCULINO** Grupo sanguíneo **O** Factor RH **POSITIVO**

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. *****

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos **Número certificado de nacido vivo**

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO ***** **23039310373752** *****

Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos **JIMÉNEZ CORONADO DENISSE PAOLA**

Documento de identificación (Clase y número) **DE No. V26596875** **Nacionalidad** **VENEZUELA** *****

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos **PARADA MARAMARA BRAYAN WUALTHER FRANLIT**

Documento de identificación (Clase y número) **DE No. V24163634** **Nacionalidad** **VENEZUELA** *****

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos **PARADA MARAMARA BRAYAN WUALTHER FRANLIT**

Documento de identificación (Clase y número) **DE No. V24163634** **Firma**

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos *****

Documento de identificación (Clase y número) ***** **Firma** *****

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos *****

Documento de identificación (Clase y número) ***** **Firma** *****

Fecha de Inscripción Año 2 0 2 3 Mes M A R Día 2 3 **Nombre y firma del funcionario que autoriza** **MARIA VICTORIA GAONA ARIZA** Nombre y firma

Reconocimiento paterno **Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento** **MARIA VICTORIA GAONA ARIZA** Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS:FOLIO 153; OTRO:VALIDO PARA DEMOSTRAR NACIONALIDAD. RES N. 86172021 - 19.08.2021. REG NAL REGISTRO;23/03/2023



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo
Serial

62362190

NUIP	1146151713
------	------------

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	☐	Notaría	☒	Número	☐	Consulado	☐	Corregimiento	☐	Inspección de Policía	☐	Código	D	V	D
---------------	--------------------------	---------	-------------------------------------	--------	--------------------------	-----------	--------------------------	---------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------	--------	---	---	---

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C. NOTARIA 74 BOGOTÁ DC * * * * *

Datos del inscrito

Primer Apellido										Segundo Apellido									
QUINTERO * * * * *										MORALES * * * * *									
Nombre(s)																			
MATEO DAVID * * * * *																			
Fecha de nacimiento										Sexo (en letras)					Grupo sanguíneo			Factor RH	
Año	2	0	2	3	Mes	M	A	R	Día	1	6	MASCULINO					A	POSITIVO	
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o inspección)																			
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C. * * * * *																			

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO * * * * *	23037810381567 * *

Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos																			
MORALES ROMERO ZULAIMY CAROLINA * * * * *																			
Documento de identificación (Clase y número)															Nacionalidad				
OT No. 23459981 * * * * *															VENEZUELA * * * * *				

Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos																			
QUINTERO AGUILAR FRANKLIN JOSE * * * * *																			
Documento de identificación (Clase y número)															Nacionalidad				
OT No. 19916002 * * * * *															VENEZUELA * * * * *				

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos																			
QUINTERO AGUILAR FRANKLIN JOSE * * * * *																			
Documento de identificación (Clase y número)															Firma				
OT No. 19916002 * * * * *															Franklin Quintero				

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos																			
* * * * *																			
Documento de identificación (Clase y número)															Firma				
* * * * *															* * * * *				

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos																			
* * * * *																			
Documento de identificación (Clase y número)															Firma				
* * * * *															* * * * *				

Fecha de inscripción										Nombre y firma de funcionario que autoriza											
Año	2	0	2	3	Mes	A	B	R	Día	0	1	OLGA GIOVANNA MONTES BAUTISTA (E)									
										Nombre y firma											

SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO

Cadenusa

RAM 2

08



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 58133891

NUIP 1141382176

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	☐	Notaría	☒	Número	☐	Consulado	☐	Corregimiento	☐	Inspección de Policía	☐	Código	D	F	E
---------------	--------------------------	---------	-------------------------------------	--------	--------------------------	-----------	--------------------------	---------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------	--------	---	---	---

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C. - NOTARÍA 68 BOGOTÁ DC * * * *

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
JULIO * * * * *	CORTECERO * * * * *

Nombre(s)

DAELYN * * * * *

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2 0 2 3 Mes MAR Día 2 6 FEMENINO		O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección)

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C. * * * * *

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO * * * * *	23035510395696 * *

Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

CORTECERO JULIO EVELYN ANDREA * * * * *

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1101875547 * * * * *	COLOMBIA * * * * *

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

JULIO ESTRADA NEIDER ALEJANDRO * * * * *

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1101455923 * * * * *	COLOMBIA * * * * *

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

JULIO ESTRADA NEIDER ALEJANDRO * * * * *

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1101455923 * * * * *	Neider Julio

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

* * * * *

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
* * * * *	* * * * *

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

* * * * *

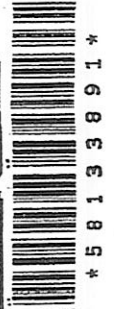
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
* * * * *	* * * * *

Fecha de inscripción	JORGE HERNANDO RICO GRILLO
Año 2 0 2 3 Mes ABR Día 0 3	JORGE HERNANDO RICO GRILLO
	Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Neider Julio	JORGE HERNANDO RICO GRILLO
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

L.V. 241 F.106,03/04/2023



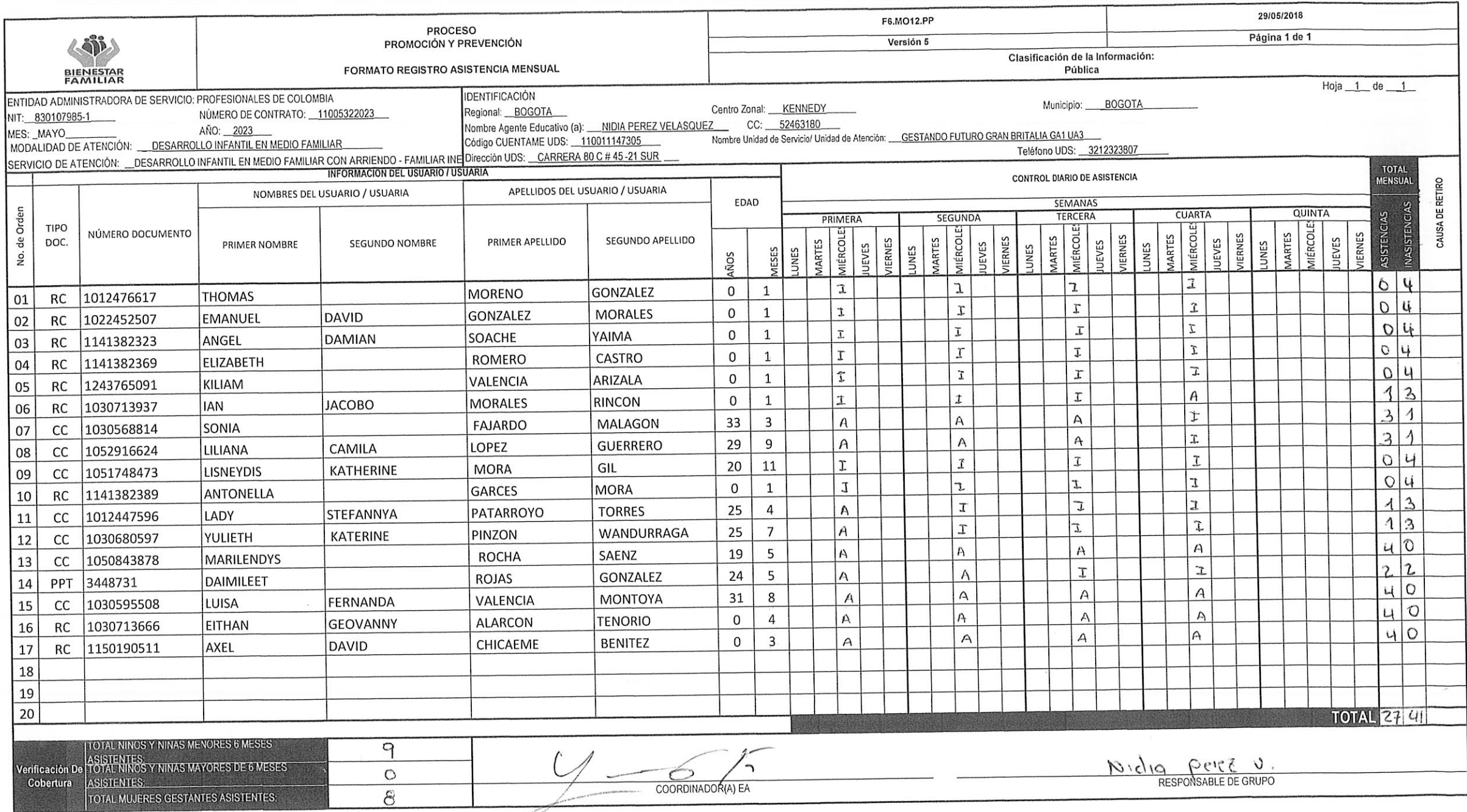
ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

NOTARIA 68
EXHIBICIÓN DE COPIA
Cada 7 meses o hasta 15 años
REGISTRO CIVIL

ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL, EL CUAL REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA, SE EXPIDE EN BOGOTÁ D.C., PARA DEMOSTRAR PARENTESCO, HOY 03 ABR 2023, CON VALIDEZ PERMANENTE.

EL NOTARIO

REPÚBLICA DE COLOMBIA
REGISTRO CIVIL
Notaria 68 de Bogotá D.C.
JORGE HERNANDO RICO GRILLO



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



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUPI	1.012.478.617	REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO	Indicativo Serial	63306500
------	---------------	---------------------------------	----------------------	----------



Datos de la oficina de registro - Casa de oficina

Registrante	Motivo	Número	Contado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
REGISTRADURIA DE ROSA ROGOTA DC						A 2-1

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido		
MORENO	GONZALEZ		
Nombre(s)			
THOMAS			
Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2023 Mes ABR Día 06	MASCULINO	O	POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/a Inspección)			
COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.			

Tipo de documento antecedente a Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	23047310412156

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

GONZALEZ AVILA JENNY CAROLINA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.022.423.193	COLOMBIA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

MORENO MEDINA ANDRES FELIPE

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.012.448.548	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MORENO MEDINA ANDRES FELIPE

Documento de identificación (Clase y número)

CC 1.012.448.548

Firma

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2023 Mes ABR Día 21	EDGAR YESID GUERRERO OSORIO - REG

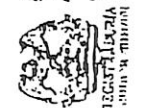
Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

21.ABR.2023 - LIBRO DE VARIOS - TOMO 316 FOLIO 0178

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

ESTA REPRODUCCIÓN
FOTOMEGRÁFICA ES FIEL COPIA DE
LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS
ARCHIVOS DE LA REGISTRADURÍA

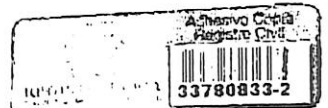


REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Ciudad y Fecha: 21 ABR. 2023

Bogota D.C.,

EDGAR YESID GUERRERO OSORIO
REGISTRADOR AUXILIAR DEL ESTADO CIVIL
BOGOTÁ LOCALIDAD 07



RAM 3

03



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

68 COMPROBANTE DE INSCRIPCIÓN
NO VÁLIDO COMO REGISTRO

NUIP 1141382323

Indicativo Serial 62550715

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	☐	Notaría	☒	Número	☐	Consulado	☐	Corregimiento	☐	Inspección de Policía	☐	Código	D	T	E
---------------	--------------------------	---------	-------------------------------------	--------	--------------------------	-----------	--------------------------	---------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------	--------	---	---	---

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C. - NOTARÍA 68 BOGOTÁ DC

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido		
SOACHE	YAIMA		
Nombre(s)			
ANGEL DAMIAN			
Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2 0 2 3 Mes A B R Día 0 1	MASCULINO	O	POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)			
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C.			

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	23045410408712

Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

YAIMA ANDRADE LEONELA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1109847580	COLOMBIA

Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

SOACHE ANGEL ALIRIO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1109842341	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

SOACHE ANGEL ALIRIO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1109842341	Alirio Soache

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2 0 2 3 Mes A B R Día 2 0	ASTORIA ARCAAS

SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO - REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

63244760

NUIP

1.022.452.587

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒

Notaría ☐

Número ☐

Consulado ☐

Corregimiento ☐

Inspección de Policía ☐

Código

A 7 A

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURÍA DE PUENTE ARANDA BOGOTÁ D.C. - COLOMBIA - CUNDINAMARCA

Datos del inscrito

Primer Apellido

GONZALEZ

Segundo Apellido

MORALES

Nombre(s)

EMANUEL DAVID

Fecha de nacimiento

Sexo (en letras)

Grupo sanguíneo

Factor RH

Año

2023

Mes

MAR

Día

22

MASCULINO

B

POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTÁ D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

Número certificado de nacido vivo

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

23038810391011

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

MORALES QUEVEDO MYRIAM ANDREA

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CC 1.072.720.088

COLOMBIA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

GONZALEZ GARCIA JOSE DAVID

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CC 1.033.745.286

COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

GONZALEZ GARCIA JOSE DAVID

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

CC 1.033.745.286

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Fecha de inscripción

Nombre y firma del funcionario que autoriza

Año

2023

Mes

MAY

Día

02

PEDRO MANUEL CUERVO MORENO - REGI

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

02.MAY.2023 - LIBRO DE VARIOS - 55 F 009



disapales 60395



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

ESTE REGISTRO ES COPIA AUTENTICA DEL ORIGINAL, EL CUAL REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA OFICINA ART. 115 DCTO LEY 1260 DE 1970; ART. 20 DCTO 2189 DE 1983; SE OMITE SELLO SEGÚN ART.11 DECRETO 2150 DE 1995, EL PRESENTE SE EXPIDE A SOLICITUD DEL INTERESADO.

VALIDO PARA ACREDITAR PARENTESCO

FECHA:

02 MAYO 2023

PEDRO MANUEL CUERVO MORENO

REGISTRADOR AUXILIAR DE PUENTE ARANDA

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

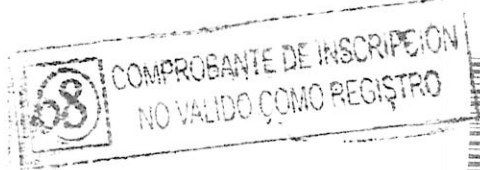


REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

62550764



NUIP 1141382369

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐	Notaría ☒	Número <input type="text"/>	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código	D	T	E
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía									

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C. - NOTARÍA 68 BOGOTÁ DC * * * *

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ROMERO * * * *	CASTRO * * * *

Nombre(s) ELIZABETH * * * *

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2 0 2 3 Mes A B R Día 0 2	FEMENINO	A	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección) COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C. * * * *

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO * * * *	23048810406722 * *

Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos CASTRO LOZANO WENDY GISSEL * * * *

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1030651080 * * * *	COLOMBIA * * * *

Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos ROMERO CASTELLANOS JOHN JAIR * * * *

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 80772710 * * * *	COLOMBIA * * * *

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos ROMERO CASTELLANOS JOHN JAIR * * * *

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 80772710 * * * *	John Romero

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos * * * *

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
* * * *	* * * *

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos * * * *

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
* * * *	* * * *

Fecha de inscripción

Año 2 0 2 3 Mes A B R Día 2 5	Nombre y firma del funcionario que autoriza
	JORGE HERNANDO RICO ORTIZ
	Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

COPIA PARA EL USUARIO

REGISTRO CIVIL
FIRMADO DIGITALMENTE



ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL



NUIP 1243765091

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 63888309

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	☒	Notaría	☐	Número	<input type="text"/>	Consulado	☐	Corregimiento	☐	Inspección de Policía	☐	Código	A	7	G
---------------	-------------------------------------	---------	--------------------------	--------	----------------------	-----------	--------------------------	---------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------	--------	---	---	---

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. CHAPINERO-CLINICA COLSUBSIDIO CALLE 94 EPS FAMISANAR S.A.S.

Datos del Inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido		
VALENCIA *****	ARIZALA *****		
Nombre(s)			
KILIAM *****			
Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2 0 2 3 Mes M A R Día 3 1	MASCULINO	O	POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)			
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. *****			

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO *****	23032910403925 *****

Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

ARIZALA ANGULO DEISY MAYERLY *****

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1030621738 *****	COLOMBIA *****

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

VALENCIA JUSTIN ADOLFO *****

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1006185877 *****	COLOMBIA *****

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

VALENCIA JUSTIN ADOLFO *****

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1006185877 *****	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
*****	*****

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
*****	*****

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2 0 2 3 Mes A B R Día 0 3	 JORGE LUIS DANGOND AGUANCHA Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
	 JORGE LUIS DANGOND AGUANCHA

RAM3

06



REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: N

2843404

NUIP

1.030.713.937

Tipo de certificado

Datos Esenciales ☐Acreditar
Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos

MORALES RINCON IAN JACOBO

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)

Año 2 0 2 3 Mes M A R Día 1 6

Sexo (en letras)

MASCULINO

Tipo Sanguíneo

A +

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Fecha de Inscripción (Mes en letras)

Año 2 0 2 3 Mes A B R Día 1 3

Indicativo serial

0063288726

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos

MORALES RINCON ESELENDI YASMIN

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 1.072.495.960

Nacionalidad

COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)

Nacionalidad

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos

MORALES RINCON ESELENDI YASMIN

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 1.072.495.960

Espacio para notas

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Código

A X A

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)

Año 2 0 2 3 Mes A B R Día 1 3

Nombre y firma del funcionario

MARIA VICTORIA GAONA ARIZA

Registrador del Estado Civil

Adhesivo Copia
Registro Civil

33798648-7



REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO
Número: **N** 2843480

NUIP1.030.714.006

Tipo de certificado

Datos Esenciales☐

Acreditar Parentesco☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
RODELO MORA EMMIE NATHALYA

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)

Sexo (en letras)

Tipo Sanguíneo

Año

2

0

2

3

Mes

A

B

R

Día

2

8

FEMENINO

0 +

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Fecha de Inscripción (Mes en letras)

Indicativo serial

Año

2

0

2

3

Mes

M

A

Y

Día

0

3

0063288823

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
MORA GIL LISNEYDIS KATHERINE

Documento de Identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CEDULA DE CIUDADANIA 1.051.748.473

COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
RODELO FONSECA JOHAN RAFAEL

Documento de Identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CEDULA DE CIUDADANIA 1.045.727.970

COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
RODELO FONSECA JOHAN RAFAEL

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 1.045.727.970

Espacio para notas

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio
COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Código
A X A

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)

Nombre y firma del funcionario

Año

2

0

2

3

Mes

M

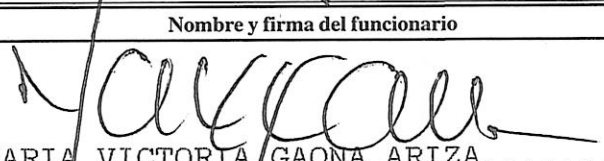
A

Y

Día

0

3


MARIA VICTORIA GAONA ARIZA
Registrador del Estado Civil



REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil


33799342-4

RAM 3

10



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo
Serial **62550785**

CIP 1141382389	
Datos de la oficina de registro - Clase de oficina	
Registraduría ☐	Notaría ☒
Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento a/o Inspección de Policía	
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. - NOTARIA 68 BOGOTA DC	
Datos del inscrito	
Primer Apellido	Segundo Apellido
GARCES	MORA
Nombre(s)	
ANTONELLA	
Fecha de nacimiento	
Año 2023	Mes ABR Día 24
Sexo (en letras)	
FEMENINO	
Grupo sanguíneo	
O	
Factor RH	
POSITIVO	
Lugar de nacimiento (Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento a/o Inspección)	
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.	
Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	
Número certificado de nacido vivo	
23045410438703	
Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)	
MORA CASTIBLANCO VANNESSA	
Documento de identificación (Clase y número)	
CC No. 1030695591	
Nacionalidad	
COLOMBIA	
Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)	
GARCES FORERO PEDRO ALEJANDRO	
Documento de identificación (Clase y número)	
CC No. 1030668392	
Nacionalidad	
COLOMBIA	
Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos	
GARCES FORERO PEDRO ALEJANDRO	
Documento de identificación (Clase y número)	
CC No. 1030668392	
Firma	
Firma	
Datos primer testigo	
Apellidos y nombres completos	
Documento de identificación (Clase y número)	
Firma	
Firma	
Datos segundo testigo	
Apellidos y nombres completos	
Documento de identificación (Clase y número)	
Firma	
Firma	
Fecha de inscripción	
Año 2023	Mes ABR Día 27
Nombre y firma del funcionario que autoriza	
JORGE HERNANDO RICO GRILLO	
Nombre y firma	
Nombre y firma	
Reconocimiento paterno	
Nombre y firma del funcionario que autoriza el reconocimiento	
JORGE HERNANDO RICO GRILLO	
Nombre y firma	
Nombre y firma	
ESPACIO PARA NOTAS	
L.V. 242 D-135-27/04/2023	

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

NOTARIA 68
REGISTRO CIVIL
JURADO NOTARIAL

ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL, EL CUAL REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA, SE EXPIDE EN BOGOTA D.C., PARA DEMOSTRAR PARENTESCO, HOY 27 ABR 2023, CON VALIDEZ PERMANENTE.

EL NOTARIO

REPÚBLICA DE COLOMBIA
68
REGISTRO CIVIL
JORGE HERNANDO RICO GRILLO
NOTARIO 68 (68) DEL CIRCUITO DE BOGOTA D, C

RAM3 11



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

COMPROBANTE DE INSCRIPCIÓN
NO VALIDO COMO REGISTRO

NUIP 1141382613

Indicativo Serial 62551038

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina							
Registraduría	☐	Notaría	☒	Número	☐	Consulado	☐
País - Departamento - Municipio - Corregimiento c/o Inspección de Policía				Código			
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C. - NOTARIA 68 BOGOTÁ DC				D T E			

Datos del inscrito			
Primer Apellido		Segundo Apellido	
GARCIA		PATARROYO	
Nombre(s)			
HANNA ISABELLA			
Fecha de nacimiento		Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo
Año 2023	Mes MAY	Día 05	FEMENINO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento c/o Inspección)		Factor RH	
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C.		A POSITIVO	

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	23055310454550

Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)	
Apellidos y nombres completos	
PATARROYO TORRES LADY STEFANNIA	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1012447396	COLOMBIA

Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)	
Apellidos y nombres completos	
GARCIA PERAFAN FABIAN ANDRES	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1026574940	COLOMBIA

Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos	
GARCIA PERAFAN FABIAN ANDRES	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1026574940	

Datos primer testigo	
Apellidos y nombres completos	

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
*****	*****

Datos segundo testigo	
Apellidos y nombres completos	

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
*****	*****

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2023 Mes MAY Día 24	
	Nombre y firma
	JORGE HERNANDO RICO GRILLO

SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO

REGISTRO CIVIL

INDICACIÓN MEDICA

SUBREDSO MATERNO PERINATAL (CLAP)

Nº Historia Clínica:	3448731	Nº Folio:	46	Fecha Folio:	16/05/2023 8:09:00 a. m.	Folio Asociado:	30
DATOS PERSONALES							
Nombre Paciente:	DAIMILEET ROSMERI ROJAS GONZALEZ			Identificación:	3448731	Sexo:	Femenino
Fecha Nacimiento:	09/octubre/1998	Edad Actual:	24 Años / 7 Meses / 6 Días	Estado Civil:	Casado		
Dirección:	CARRERA 81C 46B SUR 11			Teléfono:	3043191759-3024003648		
Procedencia:	BOGOTA			Ocupación:	EN LOS CASOS EN QUE NO SE TIENE ESTA INFORMACIÓN REGISTRAR		
DATOS DE AFILIACIÓN							
Entidad:	CAPITAL SALUD			Régimen:	Regimen_Simplificado		
Plan Beneficios:	EPS CAPITAL SALUD PGP SUBSIDIADO- CS-AS-001-2023			Nivel - Estrato:	SUBSIDIADO NIVEL 1		
DATOS DEL INGRESO							
Responsable:	DAIMILEET ROSMERI ROJAS GONZALEZ			Teléfono Resp:	0		
Dirección Resp:	0			Nº Ingreso:	8739427	Fecha:	16/05/2023 7:03:47 a. m.
Finalidad Consulta:	Deteccion_Alteracion_Embarazo			Causa Externa:	Otra		
Area Servicio:	KE10A24 - GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA OCCIDENTE DE KENNEDY			Centro Atención	KE10 - USS OCCIDENTE DE KENNEDY		

INDICACIÓN MEDICA	
Tipo Indicación:	Salida Consulta Externa
Detalle:	PACIENTE EMBARZO ALT RIESGO QUIEN PRESENTA ALTO RIESGO PARTO PRETERMINO MAS RCIU LIMITA DEAMBULACION ACONSEJAMOS REPOSO EN CASA HASTA CONTRO EN 10 D IAS NI SUBR NI BAJAR ESCALERAS

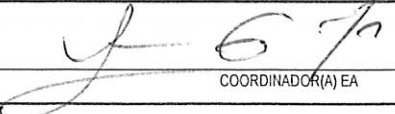
Profesional: RUEDA BILBAO PATRICIA
Registro profesional: 41709577
Especialidad: GINECOBSTETRICIA

Dr. Patricia Rueda
R.M. 41709577
GINECO-OBSTETRICIA

	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 DE SERVICIO: PROFESIONALES DE COLOMBIA			IDENTIFICACIÓN			Hoja 1 de 1								
NIT: 830107985-1			NÚMERO DE CONTRATO: 11005322023			Regional: BOGOTA			Centro Zonal: KENNEDY			Municipio: BOGOTA		
MES: MAYO			AÑO: 2023			Nombre Agente Educativo (a): YEIMY PAOLA GUTIERREZ GUZMAN CC: 52861284			Código CUENTAME UDS: 110011147305			Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: GESTANDO FUTURO GRAN BRITANIA GA2 UA2		
MODALIDAD DE ATENCIÓN: DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR			SERVICIO DE ATENCIÓN: DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR CON ARRIENDO - FAMILIAR INED			Dirección UDS: CARRERA 80 C # 45 -21 SUR			Teléfono UDS: 3212323807					

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	
									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			
01	RC	1141380668	HEYLEN	XIOMARA	AROCA	CHICO	0	7		A						A						A										3	1			
02	RC	1233521658	LUCIANA	SOFIA	DURAN	GARCIA	0	10		A						A						A										4	0			
03	RC	1012477163	EILEEN	ALEXA	CASTRO	DIAZ	0	7		A						A						A										4	0			
04	RC	1141380630	THIAGO	ALEJANDRO	TAPIERO	SOGAMOSO	0	7		A						A						A										4	0			
05	RC	1030713105	LEAH	ANTONELLA	GARCIA	GONZALEZ	0	8		A						A						A										4	0			
06	RC	1141381183	JOEL	DAMIAN	VENTERO	VELSA	0	6		A						A						A										4	0			
07	RC	1141380722	JOSUE		PAJA	CUELLAR	0	7		I						I						A										2	2			
08	RC	1011263999	JUAN	SEBASTIAN	CARDOZO	ANGEL	0	7		A						A						A										4	0			
09	RC	1030713445	JULIETTA	AITANA	FERNANDEZ	CHACIN	0	6		A						I						A										3	1			
10	RC	1030713288	MIA	ISABELLA	MARTINEZ	ARANDA	0	7		A						A						A										4	0			
11	RC	1146151399	LEAH	SAMIRA	SOLER	VALENCIA	0	5		I						A						A										3	1			
12	RC	1242691900	AINARA	SOFIA	CASTRO	DIAZ	0	7		A						A						A										4	0			
13	RC	1243764357	SALOME	SARID	FUQUEN	TIBOCHA	0	5		A						A						A										4	0			
14	RC	1020011925	EITHAN	SANTIAGO	RODRIGUEZ	CASTILLO	0	8		I						A						I										2	2			
15	RC	1233521863	MATIAS	ALEJANDRO	RINCON	GALVIS	0	6		A						I						A										3	1			
16	RC	1141381157	MARIANA	BERNAL	CAMARGO	VARGAS	0	6		A						A						A										4	0			
17	RC	1012477676	ALEXIS	DAVID	MARIN	MARTINEZ	0	5		I						A						A										3	1			
18																																				
19																																				
20																																				
									TOTAL 59 9																											

Verificación De Cobertura	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 6 MESES ASISTENTES	3		COORDINADOR(A) EA		RESPONSABLE DE GRUPO
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	14				
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	0				

 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 1 de 1

ENTIDAD ADMINISTRADORA DE SERVICIO: PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT: 830107985-1
MES: MAYO
MODALIDAD DE ATENCIÓN: DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR CON ARRIENDO - FAMILIAR INEC

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOGOTA
Nombre Agente Educativo (a): YEIMY PAOLA GUTIERREZ GUZMAN CC: 52861284
Código CUENTAME UDS: 110011147305
Dirección UDS: CARRERA 80 C # 45 -21 SUR

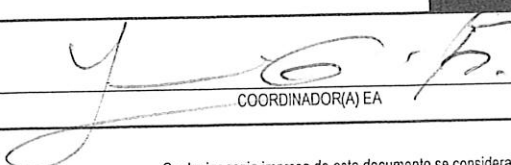
Centro Zonal: KENNEDY
Municipio: BOGOTA
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: GESTANDO FUTURO GRAN BRITANIA GA2 UA3
Teléfono UDS: 3212323807

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	PRIMERA					SEGUNDA					SEMANAS 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								
																													JULIANA		SANCHEZ	MORENO	0			
02	RC	1030713291	DYLAN	JOHANDRY	BOHORQUEZ	SANABRIA	0	7			A					A					A					A					40					
03	RC	1300002956	CRISTOPHER		SALAS	ROZO	0	8			A					A					A					A					40					
04	RC	1233522340	ARIANNY	JOHANNA	ACEVEDO	RAMIREZ	0	4			A					A					A					A					40					
05	RC	1011264229	SARAH	ISABELLA	CAMARGO	FAJARDO	0	5			A					A					A					A					40					
06	RC	1300003162	EBBY	THALIANA	GONZALEZ	MARTINEZ	0	6			A					A					A					A					40					
07	RC	1030713209	AINARA	NAIA	BELEÑO	MEDINA	0	7			A					A					A					A					13					
08	RC	1300003022	MATEO	ISAAC	GUZMAN	LOZADA	0	8			1					1					A					1					22					
09	RC	1030712596	DANNA	ISABELLA	MAYORGA	WANDURRAGA	0	11			1					A					1					A					22					
10	RC	1243764107	SANTIAGO	ANDRES	VILLAMIL	RIOS	0	7			1					A					1					A					40					
11	RC	1141380817	ABDIEL	ISAAC	BEZONE	CRUCE	0	8			A					A					A					A					40					
12	RC	1013159762	MILAN	SMITH	BARRAGAN	DURAN	0	6			A					A					A					A					40					
13	RC	1012477176	SARA	SOFIA	RUEDA	MORALES	0	6			A					A					A					A					40					
14	RC	1141381292	SARA	DANIELA	CARRANZA	MAHECHA	0	5			A					A					A					A					40					
15	RC	1015488623	THIAGO	SAMUEL	JARAMILLO	ROJAS	0	8			A					A					A					A					40					
16	RC	1030713469	VALERY	CAMILA	ROZO	TORRES	0	6			A					A					A					A										
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				
										TOTAL																									577	

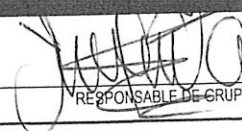
Verificación De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 6 MESES ASISTENTES: 4
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES: 13
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES: 0

COORDINADOR(A) EA

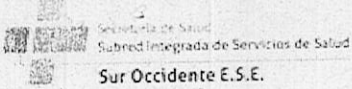


RESPONSABLE DE GRUPO



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



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE
900959048
INDICACIÓN MEDICA

EVOLUCION HOSPITALIZACION

Nº Historia Clínica: 1141380722 Nº Folio: 71 Fecha Folio: 13/05/2023 6:30:08 a. m. Folio Asociado: 70

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: JOSUÉ PAJA CUELLAR
Fecha Nacimiento: 13/octubre/2022 Edad Actual: 0 Años / 6 Meses / 29 Días
Dirección: CL 42csur 80d-16 villa nelley Kennedy
Procedencia: BOGOTA

Identificación: 1141380722 Sexo: Masculino
Estado Civil: Soltero
Teléfono: 3144094773
Ocupación: OTROS GERENTES DE SERVICIOS NO CLASIFICADOS EN OTROS GRUPOS PRIMARIOS

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: CAPITAL SALUD
Plan Beneficios: EPS CAPITAL SALUD PGP SUBSIDIADO- CS-AS-001-2023

Régimen: Regimen_Simplificado
Nivel - Estrato: SISBEN NIVEL 1

DATOS DEL INGRESO

Responsable: JOSUÉ PAJA
Dirección Resp: CL 42csur 80d-16 villa nelley Kennedy
Finalidad Consulta: No_Aplica
Area Servicio: KE11A26 - PEDIATRIA PATIO BONITO TINTAL

Teléfono Resp: 3144094773
Nº Ingreso: 8643112 Fecha: 28/04/2023 9:36:20 a. m.
Causa Externa: Enfermedad_General
Centro Atención KE11 - USS PATIO BONITO TINTAL

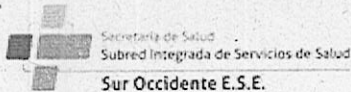
INDICACIÓN MEDICA

Tipo Indicación: Salida
Detalle: EGRESO
ACETAMINOFEN 3 5 CC CADA 6 HORAS POR FIEBRE
- SALBUTAMOL INHALADO. 100 MCG 2 PUFF CADA 4 HORAS CON INHALOCÁMARA DURANTE 7 DIAS.
- ASEO NASAL A NECESIDAD
- CITA CONTROL PEDIATRÍA
- SIGNOS DE ALARMA Y RECOMENDACIONES GENERALES.

*PROTEGER DEL FRÍO
*EVITAR CONTACTO CON PERSONAS CON GRIPA O "ENFERMAS DE LOS PULMONES", PROMOVRIENDO EL USO CONTINUO DEL TAPABOCAS QUIRURGICO (RECORDAR QUE UN TAPABOCAS SOLO TIENE UN BUEN EFECTO DE BARRERA DURANTE 24 HORAS Y DEBE USARSE ÚNICAMENTE EN MAYORES DE 5 AÑOS O EN MAYORES DE 2 AÑOS SIEMPRE BAJO SUPERVISIÓN DE UN ADULTO)
*DAR DIETA RICA EN LÍQUIDOS
*EVITAR EL USO DE MEDICAMENTOS QUE NO HAYAN SIDO FORMULADOS POR SU MÉDICO (LOS MEDICAMENTOS CONTRA LA TOS ESTÁN CONTRAINDICADOS EN NIÑOS)
*EVITAR CONTACTO CON FUMADORES
***ACUDIR AL SERVICIO DE URGENCIAS INMEDIATAMENTE SI SU NIÑO PRESENTA RESPIRACIÓN RÁPIDA, HUNDIMIENTO DE COSTILLAS. COLORACIÓN AZUL EN BOCA O MANOS/PIES, ALETEO EN LA NARIZ, "HERVIDERA DE PECHO" O QUE SUENE COMO SI TUVIERA UN GATO DENTRO. CONVULSIONES, VÓMITO CONSTANTE, FIEBRE > 38°C QUE NO CEDA CON ACETAMINOFÉN A DOSIS ADECUADA Y CON UN BAÑO DE 20 MINUTOS DE AGUA TIBIA, FIEBRE QUE DURE MÁS DE 3 DÍAS, LLANTO CONSTANTE QUE NO PUEDA CALMAR O QUE SU BEBE ESTÉ DORMIDO Y NO LO PUEDA DESPERTAR.
*ASISTIR A CONTROL DE PEDIATRÍA POR CITA PRIORITARIA EN SU EPS, PARA TENER UN CONTROL CONTINUO EN LA EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD DE SU HIJO.

ENGARC

Profesional: CASTRO GARCIA EDGAR
Registro profesional: 1116781300
Especialidad: PEDIATRIA



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR
OCCIDENTE ESE

900959048

INCAPACIDAD MÉDICA

Nº105682

CLASE Inicial

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha Documento: 13/mayo/2023 06:28 a. m.
Médico: 1116781300 EDGAR CASTRO GARCIA
Información Paciente: JOSUÉ PAJA CUELLAR Tipo Paciente: Subsidiado Sexo: Masculino
Tipo Documento: RegistroCivil Número: 1141380722 Edad: 0 Años / 6 Meses / 29 Días F. Nacimiento: 13/10/2022
Entidad: EPSS34 CAPITAL SALUD

DETALLE DE LA INCAPACIDAD

Días de Incapacidad: 5 Fecha Inicial: 13/mayo/2023 Fecha Final: 17/mayo/2023
Diagnóstico: J159 - NEUMONIA BACTERIANA, NO ESPECIFICADA
REQUIERE CUIDADOS EN CASA

SUBREDSO CONSULTA OFTALMOLOGIA
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

Fecha Actual: viernes, 21 abril 2023

Página 1/2

FECHA DE FOLIO: 21/04/2023 10:32:13 a.m. N° FOLIO: 7

DATOS DEL PACIENTE:

N° HISTORIA CLINICA: 1141380722

IDENTIFICACION: 1141380722

EDAD: 0 Años / 6 Meses / 7 Dias

NOMBRE PACIENTE: JOSUE PAJAS CUELLAR

FECHA DE NACIMIENTO: 13/10/2012 12:00:00 a.m.

SEXO: Masculino

ESTADO CIVIL: Soltero

NIVEL / ESTRATO: SISBEN NIVEL 1

ENTIDAD: EPS834

TIPO DE REGIMEN: Subsidado

DIRECCION: CL 42 sur 80d-16 Via neley Kennedy

TELEFONO: 3144094773

PROCEDENCIA: BOGOTA

DATOS DE LA ADMISION:

N° INGRESO: 8592563

FECHA DE INGRESO: 20/04/2023 4:05:38 p.m.

FINALIDAD CONSULTA: No Aplica

CAUSA EXTERNA: Enfermedad General

RESPONSABLE: JOSUE PAJAS CUELLAR

DIRECCION RESPONSABLE: ns

TELEFONO RESPONSABLE: 0

ACUDIENTE:

ACUDIENTE ES RESPONSABLE:

TELEFONO ACUDIENTE:

NIVEL EDUCATIVO

ETHIA

DISCAPACIDAD NO TIPO DE DISCAPACIDAD

MOTIVO DE CONSULTA

CHEQUEO

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE NACIDO DE 39 SEMANAS, PESO AL NACER 2665 GR, ES TRAIDO A VALORACION. MADRE REFIERE VERLO BIEN, BUENA CONDUCTA VISUAL, AV OD FSM OI FSM, MOVIMIENTOS OCULARES NORMALES, ORTROTROPICO, NO RECHAZA OCLUSION MONOCULAR, ROJO RETINIANO SIMETRICO DE BUENA INTENSIDAD EN LSO 4 CUADRANTES FO ODI: SE DILATA, NERVI OPTICO SANO, VASOS BIEN, RETINA APLICADA, VASCULARIZADA HASTA LA PERIFERIA.

EXAMEN FISICO

TEMPERATURA	0	FRACCION INSPIRADA DE OXIGENO	0	SATURACION DE OXIGENO	0,0000	TENSION ARTERIAL	0	/	0	TENSION ARTERIAL MEDIA	0,0
-------------	---	-------------------------------	---	-----------------------	--------	------------------	---	---	---	------------------------	-----

FRECUENCIA RESPIRATORIA	0	FRECUENCIA CARDIACA	0	TALLA Cm	0,0	PESO Kg	0	INDICE DE MASA CORPORAL	0,0
-------------------------	---	---------------------	---	----------	-----	---------	---	-------------------------	-----

OBSERVACIONES

QUIRURGICOS:

VIA LAGRIMAL	EXTRAOCULARES	VITREO	LASER	CORNEA	PARPADOS	RETINA	CONJUNTIVA	GLAUCOMA
OJO DERECHO	OJO DERECHO	OJO DERECHO	OJO DERECHO	OJO DERECHO	OJO DERECHO	OJO DERECHO	OJO DERECHO	OJO DERECHO
OJO IZQUIERDO	OJO IZQUIERDO	OJO IZQUIERDO	OJO IZQUIERDO	OJO IZQUIERDO	OJO IZQUIERDO	OJO IZQUIERDO	OJO IZQUIERDO	OJO IZQUIERDO

CATARATA				ORBITA Y MS					
AFACO	False	FACO OD	False	CA OD	False	CP OD	False	OD	False
ECC	False	FACO OI	False	CA OI	False	CP OI	False	OI	False

OTRA CIRUGIA:

NOTAS/DETALLES

PATOLOGIAS

False ORBITA False PARPADOS False CORNEA False CRISTALINO False VITREO False RETINA IRIS y/o UVEA

False	CONJUNTIVA	False	VIA LAGRIMAL	OTRA PATOLOGIA
-------	------------	-------	--------------	----------------

TRATAMIENTO

OPTOMETRICOS

ANTEOJOS

VL	False	BIFOCAL	False	PROTECCION	False	VP	False	PROGRESIVO	False	USO:	PERMANENTE	False	OCASIONAL/ACTIVIDADES	False
----	-------	---------	-------	------------	-------	----	-------	------------	-------	------	------------	-------	-----------------------	-------

NOTAS/AMPLIACIONES/DETALLES:

LENTES DE CONTACTO:

DUROS	False	TORICOS	False	BLANDOS	False	COSMETICOS	False	USO:	PROLONGADO (DIAS):	DIARIO (HORAS)	OCASIONAL	False
-------	-------	---------	-------	---------	-------	------------	-------	------	--------------------	----------------	-----------	-------

EXAMEN EXTERNO

AGUDEZA VISUAL	APARIENCIA	HIPEREMIA	SECRECION	MOV. OCULARE	HIRSHBERG
----------------	------------	-----------	-----------	--------------	-----------

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE] HIT [900959048-4]

Fecha Actual: viernes, 21 abril 2023

Página 2/2

False	VER VALORACION POR OPTOMETRIA	normal	False	Ojo Derecho	False	Ojo Izquierdo	False	Ojo Izquierdo	False	normal	False	C.S	False
Visión Intermedia sin Corrección	Visión Próxima sin Corrección	Visión Intermedia con Corrección	Visión Próxima con Corrección	anormal	False	Ojo Derecho	False	Ojo Izquierdo	False	anormal	False	asimétrico	False

Ojo Derecho 20 /	0	Ojo Derecho 20 /	0	Ojo Derecho 20 /	0	Ojo Derecho 20 /	0	CONVER TEST					
Ojo Izquierdo 20 /	0	Ojo Izquierdo 20 /	0	Ojo Izquierdo 20 /	0	Ojo Izquierdo 20 /	0	FLORIA	False	ORTO	False	TROPIA	False

NOTAS COMPLEMENTARIAS

BIONICROSCOPIA:

OJO DERECHO				OJO IZQUIERDO			
EXT./ALINEACION				EXT./ALINEACION			
PARPADOS				PARPADOS			
VIA LAGRIMAL				VIA LAGRIMAL			
CONJUNTIVA				CONJUNTIVA			
CORNEA				CORNEA			
CAM. ANTERIOR				CAMARA ANTERIOR			
IRIS				IRIS			
PUPILA				PUPILA			
CRISTALINO				CRISTALINO			

TONOMETRIA FUNDOSCOPIA

Presion Intraocular en mmHg. False DIRECTA False INDIRECTA False LENTE 90 False ANGIOGRAFIA ANEXA

OJO DERECHO: OJO DERECHO:

OJO IZQUIERDO: OJO IZQUIERDO:

OBSERVACIONES/COMENTARIOS:

DIAGNOSTICOS

Código Nombre Tipo Principal Dx Ingreso Dx Egreso

2010 EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION Observación Presuntivo ☒ ☐ ☐

INDICACIONES MEDICAS

Tipo Indicación: Salida_Consulta_Externa

Detalle Indicación:

ANALISIS

SANO

PLAN DE MANEJO

RECOMENDACIONES, CITA EN UN AÑO

Rodrigo Vivas Munar

Profesional: RODRIGO LUIS VIVAS MUNAR

Registro Medico: 15160

Especialidad: OFTALMOLOGIA

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE] HIT [900959048-4]

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE
900959048

EPICRISIS N°256677

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha Documento: 17/mayo/2023 11:46 a. m. Ingreso: 8680447 Fecha de Ingreso: 5/05/2023 9:33:19 a. m. Confirmado
Informacion Paciente: MATEO ISAAC GUZMAN LOZADA Tipo Paciente: Subsidiado Sexo: Masculino
Tipo Documento: RegistroCivil Número: 1300003022 Edad: 0 Años / 7 Meses / 25 Días F. Nacimiento: 21/09/2022
E.P.S.: EPSS34 CAPITAL SALUD
Admitido Por: Egreso del Servicio:
Fecha de Ingreso 5/05/2023 9:33:19 a. m. Fecha de egreso 17/05/2023 11:46:10 a. m.

ESTANCIA		FECHA INGRESO	FECHA EGRESO	DIAS
CAMA	AREA SERVICIO			
TNOEXP04	OBSERVACIÓN PATIO BONITO TINTAL	05/05/23 18:08	08/05/23 6:11	12
TNPD3201	HOSPITALIZACION PEDIATRIA PATIO BONITO TINTAL	08/05/23 6:11		12
TOTAL DIAS ESTANCIA				24

INFORMACIÓN DE LA EPICRISIS

Servicio de Egreso Ninguna Fecha Egreso: 17/mayo/2023 11:46 a. m. Estado Paciente: VIVO

Causa De Ingreso:

Enfermedad_General_Pediatría

Motivo Consulta:

MC: " MUCHA TOS "

EA: PACIENTE ES TRAI DO POR LA MADRE CON ANTECEDENTE DE PRETERMINO DE 36 SEMANAS, SIBILANTE PERSISTENTE CON SECUELAS DE DISPLASA BRONCOPULMONAR , SOSPECHA DE TRASTORNO DE LA DEGLUCION , SOSPECHA DE SINDROME ASPIRATIVO , EN SEGUIMIENTO POR NEUMOLOGIA EN SUBRED CENTRO ORIENTE CON ULTIMA VALORACION EL 03/05/2023, TRAI DO POR LA MADRE QUIEN REFIERE DESDE HACE 3 DIAS AGUDIZACION DE TOS HUMEDA EN ACCESOS RUBORIZANTE , EMETIZANTE, ASOCIADO A UN PICO FEBRIL HACE 2 DIAS, ESTA EN MANEJO CON SALBUTAMOL EN CRISIS , BECLOMETASONA 250 MG 2 PUFF EN LAS NOCHES , Y ESOMEPRAZOL DESDE HACE DOS DIAS. ANTE AGUDIZACION DE LA TOS CONSULTA

ANTECEDENTES :

-PATOLOGICOS: PRETERMINO DE 36 SEMANAS, SIBILANTE PERSISTENTE CON SECUELAS DE DISPLASA BRONCOPULMONAR , SOSPECHA DE TRASTORNO DE LA DEGLUCION , SOSPECHA DE SINDROME ASPIRATIVO
-HOSPITALARIOS:
NO 1 AL NACER POR 15 DIAS POR SDR
NO2. AL MES Y MEDIO POR BRONQUIOLITIS
NO3. A LOS 3 MESES POR BRUE
NO4. EN MARZO 2023 POR SIBILANTE RECURRENTE
-PRENATALES: PRODUCTO DE MADRE DE 33 AÑOS, MIGRANTE VENEZOLONA, G2P0C2A0V2. HEMOCLASIFICACION O POSITIVO , CONTROL PRENATAL N. 7 , TORCHS TOXOPLASMA IG G E IG M, VIH, VDRL Y AGSHB NEGATIVOS. ECOGRAFIAS N 5 NORMALES. RUPTURA DE MEBRANAS DE 26 HORAS, MADRE RECIBE SOPORTE ANTIBIOTICO. RECIBE 2 DOSIS DE MADURACION PULMONAR, ULTIMA ANTES DEL PARTO. PARTO POR CESAREA ITERATIVA ALAS 35 SEMANAS, REQUIERE ANESTESIA GENERAL POR PERIDURAL FALLIDA ADAPTACION NEONATAL CONDUCTA. NACE HIPOTÓNICO CON POBRE ESFUERZO RESPIRATORIO, FRECUENCIA CARDÍACA >100 LAT/MIN,REQUIERE REANIMACION CONDUCTA CON VPP 2 CICLOS, POR PERSITIR CON POBRE ESFUERZO ESPIRATORIO Y SATURACIONES FUERA DE META REQUIERE IOT, CON MEJORIA DE SATURACION, GASES DE CORDON NO ASFIXIA. APGAR 6-5-7/10. SEXO MASCULINO , ANTROPOMETRIA AL NACER; PESO 2185 GR, TALLA 48 CM, PC 33 CM, PT 31 CM, PA 28CM . BALLAR DE 36 SEMANAS HEMOCLASIFICACION O POSITIVO. TSH 3,5 SE ENCUENTRA ACTUALMENTE EN PLAN CANGURO
-QUIRURGICOS: NEGATIVOS
-FARMACOLOGICOS: HIERRO, SALBUTAMOL Y BECLOMETASONA 50 MCG CADA 12 HORAS.
-PAI COMPLETO: SI
SUBJETIVO
PACIENTE EN COMPAÑÍA DE MADRE QUIEN REFIERE CONTINÚA CON TOS, NO HA PRESENTADO FIEBRE, ACEPTA VÍA ORAL, NO SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES, DIURESIS NORMAL
SUBJETIVO
PACIENTE EN COMPAÑÍA DE MADRE QUIEN REFIERE CONTINÚA CON TOS, NO HA PRESENTADO EPISODIOS FEBRILES , ACEPTA VÍA ORAL, NO

Ronald Meza Colón

MEZA COLON RONALD ALEXANDER

09/05/23 ECOGRAFÍA DE TÓRAX NO SE VEN COLECCIONES DE LOS ESPACIOS PLEURALES. DISMINUCIÓN DE LA ECOGENICIDAD CON ALGUNAS ÁREAS DE BRONCOGRAMA AÉREO BILATERALES PREDOMINANTE A NIVEL BASAL DERECHA COMPATIBLE CON PROCESO INFLAMATORIO - INFECCIOSO. LA MOVILIDAD DE LOS DIAFRAGMAS ESTÁ PRESERVADA. PROCESO INFLAMATORIO - INFECCIOSO DE ORIGEN PULMONAR BILATERAL DE PREDOMINIO DERECHO. NO SE OBSERVAN COLECCIONES EN EL ESPACIO PLEURAL BILATERAL.

05/05/23 RADIOGRAFÍA DE TÓRAX: OPACIDADES MIXTAS CENTRALES, SIN CONSOLIDACIONES.

29/09/2022 ECOCARDIOGRAMA, CONCLUSIONES:

1. CORAZÓN ESTRUCTURAL Y FUNCIONALMENTE NORMAL.
2. NO HAY SIGNOS DE HIPERTENSIÓN PULMONAR.
3. BUENA FUNCIÓN BIVENTRICULAR.

PARACLÍNICOS

09/05/2023 HEMOGRAMA LEUCOS 22.220, GRV 4.38, HB 11.4, HCT 34.1, VCM 77.9 PLAQUETAS 436000 NEU% 56 LINF% 29.6 MONO% 14 EOSI% 0.2 PCR 9.1 MG/DL POSITIVA.

PROCALCITONINA 1.13 NG/ML POSITIVA, RIESGO DE SEPSIS SEVERA.

IMÁGENES:

09/05/23 RADIOGRAFÍA DE TORAX: CONSOLIDACIÓN BASAL DERECHA Y LÍNGULA.

09/05/23 ECOGRAFÍA DE TÓRAX NO SE VEN COLECCIONES DE LOS ESPACIOS PLEURALES. DISMINUCIÓN DE LA ECOGENICIDAD CON ALGUNAS ÁREAS DE BRONCOGRAMA AÉREO BILATERALES PREDOMINANTE A NIVEL BASAL DERECHA COMPATIBLE CON PROCESO INFLAMATORIO - INFECCIOSO. LA MOVILIDAD DE LOS DIAFRAGMAS ESTÁ PRESERVADA. PROCESO INFLAMATORIO - INFECCIOSO DE ORIGEN PULMONAR BILATERAL DE PREDOMINIO DERECHO. NO SE OBSERVAN COLECCIONES EN EL ESPACIO PLEURAL BILATERAL.

05/05/23 RADIOGRAFÍA DE TÓRAX: OPACIDADES MIXTAS CENTRALES, SIN CONSOLIDACIONES.

29/09/2022 ECOCARDIOGRAMA, CONCLUSIONES:

1. CORAZÓN ESTRUCTURAL Y FUNCIONALMENTE NORMAL.
2. NO HAY SIGNOS DE HIPERTENSIÓN PULMONAR.
3. BUENA FUNCIÓN BIVENTRICULAR.

Analisis y Justificación de la estancia:

DIAGNOSTICOS :

1. SIBILANTE RECURRENTE AGUDIZADO
- 1.1 SDR LEVE
2. ANTECEDENTE DE PRETERMINO DE 36 SEMANAS
3. SECUELAS DE DISPLASIA BRONCOPULMONAR
4. SOSPECHA DE TRASTORNO DE LA DEGLUCION
- 4.1 SOSPECHA DE SINDROME ASPIRATIVO
5. RIESGO DE DESNUTRICION AGUDA

PLAN :

- HOSPITALIZAR PEDIATRÍA
- AISLAMIENTO RESPIRATORIO
- OXÍGENO POR CNC PARA SAT02 > 90%Y/O DIF RESPIRATORIA
- DIETA NORMAL + FORMULA 2 DAR 4 ONZAS CADA 6 HORAS
- SALBUTAMOL INH. 100 MCG 4 PUFF EN ESQUEMA DE CRISIS CONTINUAR CADA 4 HORAS CON INHALOCÁMARA.
- BROMURO DE IPRATROPIO INH 20 MCG 2 PUFF EN ESQUEMA DE CRISIS CONTINUAR CADA 6 HORAS CON INHALOCÁMARA.
- BECLOMETASONA BUCAL INH. 50 MCG: 2 PUFF CADA 12 HORAS CON INHALOCÁMARA-
- PREDNISOLONA 7 MG VÍA ORAL (FI: 05/05/2023)
- ESOMEPRAZOL 6 MG CADA DIA E AYUNAS ORAL
- ACETAMINOFEN SUSP. 150/5 DAR 3.5 CC VÍA ORAL CADA 6 HORAS SI FIEBRE O DOLOR
- SS/ RX TÓRAX
- ASEO NASAL A NECESIDAD
- VIGILAR PATRÓN RESPIRATORIO Y OXIMETRÍAS
- CSV/AC

Plan de Tratamiento

PLAN DE TRATAMIENTO

- HOSPITALIZAR PEDIATRÍA
- AISLAMIENTO RESPIRATORIO
- OXÍGENO POR CNC PARA SAT02 > 90%Y/O DIF RESPIRATORIA
- DIETA NORMAL + FORMULA 2 DAR 4 ONZAS CADA 6 HORAS
- SALBUTAMOL INH. 100 MCG 4 PUFF CADA 4 HORAS CON INHALOCÁMARA.
- BROMURO DE IPRATROPIO INH 20 MCG 2 PUFF CADA 6 HORAS CON INHALOCÁMARA.
- BECLOMETASONA BUCAL INH. 50 MCG: 2 PUFF CADA 12 HORAS CON INHALOCÁMARA-
- PREDNISOLONA 7 MG VÍA ORAL (FI: 05/05/2023)
- ESOMEPRAZOL 6 MG CADA DIA E AYUNAS ORAL

Ronald Meza Colón

MEZA COLON RONALD ALEXANDER

	5 Dosis	2 Dosis	3 Dosis	1 Ref.	2 Ref.
	☒				
	☒	☒	☒	☐	☐
	☒	☒	☒	☐	☐
Polio I	☒	☒	☒		
Hepatitis B	☒	☒	☒		
R.P.	☒				
Febre Amarilla	☐				

PARTO: ☐ Vaginal ☐ Césarea Peso al Nacer: Talla al Nacer:
APGAR: Edad Gestacional: ☐ Infección de contagio TBC ☐ Patología perinatal

Cuál:

DESARROLLO PSICOMOTOR

Lenguaje (meses): Camino (meses): Sedestación (meses): 10 Sosten cefálico (meses): 5
Escolaridad: Ninguna ☐ Trae carné ☐ Pentavalente ☐ Virus influenza ☐ Hepatitis A
☐ Triple viral ☐ neumococo ☐ Varicela ☐ Rotavirus ☐ Otras
Cuáles: Ninguna

Exclusiva (meses):

Riesgo nutricional: Ninguno

ALIMENTACIÓN: Lactancia materna:
Lactancia Complementaria (meses): 0,0000

Alimentación actual:

Alimenta materna por 5 meses
Alimenta nestogeno 4 onzas cada 8 horas .
Alimenta complementaria con consistencia licuada , sopas 2 veces al día de 4 onzas .

EXAMEN POR SISTEMAS

Examen de los Sentidos

REFIERE
Control Intestinal
REFIERE
Cardiopulmonar
Correa 30730
Obstrucción nasal 30730
Neces 30730
Aspiración oral 30730

Si diarrea 30730
Si náuseas 30/30
Si con llanto 30730
Ruidos de pecho 30/30

Examen Esquelético

REFIERE
Examen Urinario
REFIERE
Examen Faneras
REFIERE
Examen Urológico
REFIERE

EXAMEN FISICO:

Peso (gr): 7 Talla (cm): 66,00 Perímetro Cefálico (cm): ,00 Perímetro Torácico (cm): Temperatura: ,00 Tensión Arterial:
Frecuencia Respiratoria: 30 Frecuencia Cardíaca: 120

ESTADO GENERAL:

EXAMEN Y FANERAS: normal

EXAMEN DE LA CABEZA Y CUELLO:

EXAMEN Otorrinolaringológico: rinitis

EXAMEN Cardio-pulmonar: ruidos cardíacos ritmicos no soplos campos pulmonares con crepitos gruesos y roncus

EXAMEN ABDOMEN: normal

EXAMEN GENITOURINARIO: normal

EXAMEN EXTREMIDADES: normal

EXAMEN NEUROLÓGICO: normal

EXAMEN PARACLINICOS

VALORACIÓN Y PLAN DE TRATAMIENTO

Examen persistente sec a secuelas de displasia broncopulmonar mas patologia aspirativa
Distorsión de deglución
Desnutrición crónica

RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA

Administrar prednisona por 5 días
Clometazona 250 2 puff en las noches
Albutamol 2 puff cada hora por 6 horas luego 2 puff cada 2 h por 5 días luego 2 puff cada 3 horas hasta control
Salmeterol 10 mg al día
Se cita fonocardiografía . ss rx de torax rx de vda , ecocardiograma , cita nutricion , iontoforesis .
Clometazona nasal 1 dispenador aerosol cada noche
Orfenimina 1 cc cada 12 horas

AGNÓSTICOS

Idioma Nombre
110 BRONQUITIS CRONICA SIMPLE
Observaciones:

Tipo Principal
Presuntivo True

Profesional: DANITZA STELLA MADERO OROSTEGUI

Registro profesional: 39780402

Nombre reporte : HCRPHistoBase

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.] NIT [900959051-7]

Usuario: 39780402

CONSULTA DE NEUMOLOGIA PEDIATRICA
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE
SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Fecha Actual : miércoles, 03 mayo 2023
Pagina 1/1

FECHA DE FOLIO: 3/05/2023 12:40:17 p. m. N° FOLIO:1

DATOS DEL PACIENTE:

HISTORIA CLINICA: 1300003022 IDENTIFICACION: 1300003022 EDAD: 0 Años / 7 Meses / 11 Días
NOMBRE PACIENTE: MATEO ISAAC GUZMAN LOZADA FECHA DE NACIMIENTO: 21/09/2022 12:00:00 a. m. SEXO: Femenino
ESTADO CIVIL: Soltero NIVEL / ESTRATO: SUBSIDIADO NIVEL 1
NACIONALIDAD: CAPITAL SALUD EPS-S TIPO DE REGIMEN: Subsidiado
DIRECCION: calle 46 sur #8260 TELEFONO: 3024330349 PROCEDENCIA: BOGOTA

DATOS DE LA ADMISIÓN:

FECHA DE INGRESO: 15153556 FECHA DE INGRESO: 3/05/2023 10:04:53 a. m.
CAUSA EXTERNA: Enfermedad_General
RESPONSABLE: DIRECCION RESPONSABLE: TELEFONO RESPONSABLE:

MOTIVO DE CONSULTA:

CONSULTA NEUMOLOGIA PEDIATRICA PRIMERA VEZ
EDAD 7 MESES
PROXIMO LA MADRE JORDANA GUZMAN VENEZOLAN
TELEFONO 3024330349

ENFERMEDAD ACTUAL

LA HOSPITALIZACION PERIDO NEONATLA POR PREMATUREZ MAS OXIGENO POR 1 MES Y MEDIO HOSPITALIZADO POR 15 DIAS
a los 8 dias , con episodios de bornquiolititis de manejo ambulatorio con persisintencia de tos hasta 3 meses
2 A HOSPITALIZACION A LOS 3 MESES POR EPISODIOS DE BRUE , CON EPISODIOS DE CIANOSIS POR 2 DIAS E NB HOSPITAL DEL TINTAL . SALIO SIN OIXGENOI .con
ersisintencia de tos y hervider ad pecho .
a hospitalizacion en marzo del 2023 , a los 6 meses consulto a h del tintal ,m hospitalizado por 2 dias , con agudizacion de sbo no requeior oixgeno , con manejo con
ecloz , zona y salbutamol
con consulta urgencias el 13 de marzo y 12 de abril con dx otitis media , con persistencia de tos y fiebre . con cuadro hematico con leucocitosis con manejo con claritromicina .
con multiples contagios virales con varios mimbros de la familia con infeccion viral
manejo actual Beclometazona 50 2-2
síntomas cxon alimentacion de tos y atragantamiento al comer y vomitador frecuente .

ANTECEDENTES:

ATOLOGICOS:

LA HOSPITALIZACION PERIDO NEONATLA POR PREMATUREZ MAS OXIGENO POR 1 MES Y MEDIO HOSPITALIZADO POR 15 DIAS
a los 8 dias , con episodios de bornquiolititis de manejo ambulatorio con persisintencia de tos hasta 3 meses
2 A HOSPITALIZACION A LOS 3 MESES POR EPISODIOS DE BRUE , CON EPISODIOS DE CIANOSIS POR 2 DIAS E NB HOSPITAL DEL TINTAL . SALIO SIN OIXGENOI .con persisintencia de
os y hervider ad pecho .
a hospitalizacion en marzo del 2023 , a los 6 meses consulto a h del tintal ,m hospitalizado por 2 dias , con agudizacion de sbo no requeior oixgeno , con manejo con beclometazona y salbutam
con consulta urgencias el 13 de marzo y 12 de abril con dx otitis media , con persistencia de tos y fiebre . con cuadro hematico con leucocitosis con manejo con claritromicina .
con multiples contagios virales con varios mimbros de la familia con infeccion viral

QUIRURGICOS:

IO REFIERE

TRANSFUSIONALES:

IO REFIERE

HOSPITALARIOS:

LA HOSPITALIZACION PERIDO NEONATLA POR PREMATUREZ MAS OXIGENO POR 1 MES Y MEDIO HOSPITALIZADO POR 15 DIAS
a los 8 dias , con episodios de bornquiolititis de manejo ambulatorio con persisintencia de tos hasta 3 meses
2 A HOSPITALIZACION A LOS 3 MESES POR EPISODIOS DE BRUE , CON EPISODIOS DE CIANOSIS POR 2 DIAS E NB HOSPITAL DEL TINTAL . SALIO SIN OIXGENOI .con persisintencia de
os y hervider ad pecho .
a hospitalizacion en marzo del 2023 , a los 6 meses consulto a h del tintal ,m hospitalizado por 2 dias , con agudizacion de sbo no requeior oixgeno , con manejo con beclometazona y salbutam

TRAUMATICOS:

IO REFIERE

ALERGICOS:

IO REFIERE

TOXICOS:

no viven en casa no fumadores humedad neg , no animales no fabricas , no zonas industriales cercanas .

FARMACOLOGICOS:

IO REFIERE

FAMILIARES:

IO REFIERE

PERINATALES:

PRONUNCIADO DE SEGUNDO EMBARAZO CONTROLADO ASISITO A 7 CONTROLES , PARTO A LAS 36 SEM , PESO 2185 TALLA 43 C , NEONATASLES HOSPITALIZADO POR 154 DIAS EN HDE
ENEDY , NO VENTILACION POR 2 DIAS . LUEGO CANULA CONVENCIONAL , NACIO INFECTADO , NO PRESENTO DAP NO HEMORRAGIA IV , SALIO CON OIXGENO POR 1 MES Y 12
DIAS . SALIO PESANDO 2345

CUADRO DE VACUNAS:

Profesional: DANITZA STELLA MADERO OROSTEGUI

Registro profesional: 39780402

Nombre reporte : HCRPHistoBase

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.] NIT [900959051-7]

Usuario: 39780402

05/05/2023 10:30 p. m. NINO ROJAS LAU MARCELA

ANALISIS MATEO, LACTANTE MENOR DE 7 MESES CON ANTECEDENTE DE PRETERMINO DE 36 SEMANAS, SIBILANTE PERSISTENTE CON SECUELAS DE DISPLASIA BRONCOPULMONAR, SOSPECHA DE TRASTORNO DE LA DEGLUCION Y SOSPECHA DE SINDROME ASPIRATIVO, EN SEGUIMIENTO POR NEUMOLOGIA EN SUBRED CENTRO ORIENTE CON ULTIMA VALORACION EL 03/05/2023, TRAIDO POR LA MADRE QUIEN REFIERE DESDE HACE 3 DIAS AGUDIZACION DE TOS HUMEDA EN ACCESOS RUBORIZANTE, EMETIZANTE, ASOCIADO A UN PICO FEBRIL HACE 2 DIAS, ESTA EN MANEJO CON SALBUTAMOL EN CRISIS, BECLOMETASONA 250 MG 2 PUFF EN LAS NOCHES, Y ESOMEPRAZOL DESDE HACE DOS DIAS. ANTE AGUDIZACION DE LA TOS CONSULTA. AL INGRESO SE ENCONTRÓ PACIENTE AFEBRIL, HIDRATADO, OXIMETRIAS DINÁMICAS ADECUADAS A FIO2 AMBIENTE, CON SIGNOS LEVES DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DADOS POR RETRACCIONES LEVES SUBCOSTALES Y SIBILANCIAS EXPIRATORIAS EN BASES. SE CONSIDERÓ SIBILANTE RECURRENTE AGUDIZADO PERO ANTE SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA SE DIÓ MANEJO INTRAHOSPITALARIO Y SE OPTIMIZÓ MANEJO DE VIA AEREA. CUENTA CON RADIOGRAFÍA DE TÓRAX QUE SUGIERE NEUMONÍA VIRAL EN EL MOMENTO SE ENCUENTRA ALERTA, HIDRATADO, AFEBRIL, ACTIVO, ACEPTA VIA ORAL, CON FREQUERIMIENTO DE OXIGENO A BAJO FLUJO, LEVES TIRAJES INTERCOSTALES, CON SIBILANCIAS OCASIONALES EN BASES, NO DOLOR ABDOMINAL, NO SIGNOS MENÍNGEOS. SE VALORA JUNTO CON DRA BETSY RIVERA (PEDIATRA) QUIEN INDICA CONTINUAR IGUAL MANEJO MÉDICO INSTAURADO Y DE ACUERDO A EVOLUCIÓN CLÍNICA SE DEFINIRÁ MANEJO A SEGUIR, LA OTRA SEMANA SE EVALUARÁ REQUERIMIENTO DE VALORACIÓN POR FONOAUDIOLOGÍA PARA EVALUAR SOSPECHA DE SINDROME ASPIRATIVO, YA QUE POR SER FIN DE SEMANA NO HAY DICHA ESPECIALIDAD. SE EXPLICA CONDUCTA MÉDICA A MADRE QUIEN ENTIENDE Y ACEPTA.

06/05/2023 12:14 p. m. ROJANO DE AVILA ANTONIO JOAQUIN

ANALISIS PACIENTE MASCULINO LACTANTE MENOR DE 7 MESES, CON ANTECEDENTE DE PRETERMINO DE 36 SEMANAS, SIBILANTE PERSISTENTE CON SECUELAS DE DISPLASIA BRONCOPULMONAR, SOSPECHA DE TRASTORNO DE LA DEGLUCION Y SOSPECHA DE SINDROME ASPIRATIVO, EN SEGUIMIENTO POR NEUMOLOGIA EN SUBRED CENTRO ORIENTE CON ULTIMA VALORACION EL 03/05/2023, INGRESA POR PRESENTAR CUADRO DE 3 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN SINTOMAS RESPIRATORIOS TOS CON MOVILIZACION DE SECRECIONES, EMETIZANTE, ASOCIADO A UN PICO FEBRIL HACE 2 DIAS, AL INGRESO AFEBRIL, HIDRATADO, OXIMETRIAS DENTRO DE METAS CON SIGNOS LEVES DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DADOS POR RETRACCIONES LEVES SUBCOSTALES Y SIBILANCIAS EXPIRATORIAS EN BASES. SE CONSIDERA SIBILANTE RECURRENTE AGUDIZADO E INGRESO PARA MANEJO DE VIA AEREA CUENTA CON RADIOGRAFÍA DE TÓRAX QUE SUGIERE NEUMONÍA VIRAL, AL MOMENTO DE LA VALORACION PACIENTE EN ADECUADO ESTADO GENERAL, ALERTA HIDRATADO, AFEBRIL, TOLERANDO LA VIA ORAL CON REQUERIMIENTO DE OXIGENO A BAJO FLUJO, TORAX NORMOEXPANSIBLE CON PRESENCIA DE SIBILANCIAS OCASIONALES, NO SIGNOS DE DETERIORO NEUROLOGICO, PACIENTE CON ADECUADA EVOLUCION CLINICA CONTINUA MANEJO MEDICO ESTABLECIDO CON INHALADORES, CORTICOIDE ORAL, MADRE REFIERE ANTECEDENTE DE REFLUJO EN MANEJO CON JARABE NO RECUERDA EL NOMBRE, POR LO QUE SE INDICA INICIO DE DOMPERIDONA, SE SUSPENDE ESOMEPRAZOL POR NO DIFONIBILIDAD DE ADMINISTRACION, PENDIENTE VALORACION DE FONOAUDIOLOGIA POR SOSPECHA DE TRASTORNO DE DEGLUCION; SE EXPLICA CONDUCTA MEDICA A MADRE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

07/05/2023 01:08 p. m. ADOLPHS MONTES GERARDO

ANALISIS PACIENTE MASCULINO LACTANTE MENOR DE 7 MESES, CON ANTECEDENTE DE PARTO PRETERMINO DE 36 SEMANAS, SIBILANTE PERSISTENTE, SOSPECHA DE TRASTORNO DE LA DEGLUCION, EN SEGUIMIENTO POR NEUMOLOGIA EN SUBRED CENTRO ORIENTE CON ULTIMA VALORACION EL 03/05/2023, INGRESA POR PRESENTAR CUADRO DE 3 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN SINTOMAS RESPIRATORIOS DADO POR TOS CON MOVILIZACION DE SECRECIONES, EMETIZANTE, ASOCIADO A UN PICO FEBRIL HACE 2 DIAS, AL INGRESO AFEBRIL, HIDRATADO, OXIMETRIAS DENTRO DE METAS CON SIGNOS LEVES DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DADOS POR RETRACCIONES LEVES SUBCOSTALES Y SIBILANCIAS EXPIRATORIAS EN BASES. SE CONSIDERA PACIENTE SIBILANTE RECURRENTE AGUDIZADO SE INDICA INGRESO PARA MANEJO DE VIA AEREA CUENTA CON RADIOGRAFÍA DE TÓRAX QUE SUGIERE NEUMONÍA VIRAL, AL MOMENTO DE LA VALORACION PACIENTE EN ADECUADO ESTADO GENERAL, ALERTA HIDRATADO, AFEBRIL, TOLERANDO LA VIA ORAL, CON REQUERIMIENTO DE OXIGENO A BAJO FLUJO, TORAX NORMOEXPANSIBLE CON PRESENCIA DE CREPITOS BRONQUIALES, ADECUADO PATRON RESPIRATORIO, NO SIGNOS DE DETERIORO NEUROLOGICO, PACIENTE CON ADECUADA EVOLUCION CLINICA CONTINUA MANEJO MEDICO ESTABLECIDO CON INHALADORES, CORTICOIDE ORAL HOY ULTIMO DIA Y DESPUES SUSPENDER, MADRE REFIERE ANTECEDENTE DE REFLUJO EN MANEJO CON JARABE NO RECUERDA EL NOMBRE, POR LO QUE SE INDICA INICIO DE DOMPERIDONA POR NO DISPONIBILIDAD DE ASMINISTRACION DE ESOMEPRAZOL EN LA INSTITUCION, PENDIENTE VALORACION DE FONOAUDIOLOGIA POR SOSPECHA DE TRASTORNO DE DEGLUCION, SE EXPLICA CONDUCTA MEDICA A MADRE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

08/05/2023 11:03 a. m. MANRIQUE PEREZ FRAY RAUL

ANALISIS PACIENTE MASCULINO LACTANTE MENOR DE 7 MESES, CON ANTECEDENTE DE PARTO PRETERMINO DE 36 SEMANAS, SIBILANTE PERSISTENTE, SOSPECHA DE TRASTORNO DE LA DEGLUCION, MADRE REFIERE DIFICULTAD PARA ALIMENTACION CON SUSTANCIAS SOLIDAS, EN SEGUIMIENTO POR NEUMOLOGIA EN SUBRED CENTRO ORIENTE CON ULTIMA VALORACION EL 03/05/2023, PACIENTE HOSPITALIZADO EN CONTEXTO DE SIBILANTE RECURRENTE AGUDIZADO, PRO PROCESO VIRAL, CUENTA CON RADIOGRAFÍA DE TÓRAX QUE SUGIERE NEUMONÍA VIRAL, AL MOMENTO DE LA VALORACION PACIENTE EN ADECUADO ESTADO GENERAL, MADRE REFIERE EPISODIO FEBRIL EN LA NOCHE QUE CEDE CON USO DE ANTIPIRETICO, ALERTA, HIDRATADO, TOLERANDO LA VIA ORAL, CON REQUERIMIENTO DE OXIGENO A BAJO FLUJO, TORAX NORMOEXPANSIBLE CON PRESENCIA DE RONCUS ESPIRATORIOS, ADECUADO PATRON RESPIRATORIO, NO SIGNOS DE DETERIORO NEUROLOGICO, PACIENTE CON ADECUADA EVOLUCION CLINICA, SIN DETERIORO DE PATRON RESPIRATORIO, YA RECIBIO ULTIMA DOSIS DE CORTICOIDE ORAL, CONTINUA MANEJO MEDICO ESTABLECIDO CON INHALADORES, MADRE REFIERE ANTECEDENTE DE REFLUJO EN MANEJO CON JARABE NO RECUERDA EL NOMBRE, POR LO QUE SE INDICA DOMPERIDONA POR NO DISPONIBILIDAD DE ASMINISTRACION DE ESOMEPRAZOL EN LA INSTITUCION AUN PENDIENTE INICIO, PENDIENTE VALORACION DE FONOAUDIOLOGIA POR SOSPECHA DE TRASTORNO DE DEGLUCION, CON LA CUAL SE TOMARÁN CONDUCTAS MEDICAS POSTERIORES, SE EXPLICA CONDUCTA MEDICA A MADRE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

08/05/2023 04:08 p. m. CORTES DEDIEGO CATHERINE

Respuesta de interconsulta: Analisis subjetivo: RESPUESTA EN FOLIO 124 Analisis objetivo: RESPUESTA EN FOLIO 124 Respuesta: RESPUESTA EN FOLIO 124 Diagnóstico: OTROS PROBLEMAS DE ALIMENTACION DEL RECIEN NACIDO Tratamiento: RESPUESTA EN FOLIO 124

09/05/2023 12:05 p. m. MEZA COLON RONALD ALEXANDER

ANALISIS PACIENTE MASCULINO LACTANTE MENOR DE 7 MESES, CON ANTECEDENTE DE PARTO PRETERMINO DE 36 SEMANAS, SIBILANTE PERSISTENTE, SOSPECHA DE TRASTORNO DE LA DEGLUCION, MADRE REFIERE DIFICULTAD PARA ALIMENTACION CON SUSTANCIAS SOLIDAS, EN SEGUIMIENTO POR NEUMOLOGIA EN SUBRED CENTRO ORIENTE CON ULTIMA VALORACION EL 03/05/2023, PACIENTE HOSPITALIZADO EN CONTEXTO DE SIBILANTE RECURRENTE AGUDIZADO, PRO PROCESO VIRAL, CUENTA CON RADIOGRAFÍA DE TÓRAX SIN CONSOLIDACIONES, AL MOMENTO DE LA VALORACION PACIENTE EN ADECUADO ESTADO GENERAL, REFIERE PRESENCIA DE DOS EPISODIOS FEBRILES EN LA MADRUGADA, EN EL MOMENTO FEBRIL, ALERTA, HIDRATADO, TOLERANDO LA VIA ORAL, CON REQUERIMIENTO DE OXIGENO A BAJO FLUJO, TORAX NORMOEXPANSIBLE CON PRESENCIA DE RONCUS ESPIRATORIOS, ADECUADO PATRON RESPIRATORIO, NO SIGNOS DE DETERIORO NEUROLOGICO, PACIENTE CON EVOLUCION CLINICA ESTACIONARIA COM PERSISTENCIA DE PICOS FEBRILES POR LO QUE SE INDICA TOMA DE PARACLINICOS, SE INICIA MANEJO CON LIQUIDOS ENDOVENOSOS, YA VALORADO POR SERVICIO DE FONOAUDIOLOGIA POR SOSPECHA DE TRASTORNO DE DEGLUCION QUIENES INDICAN REALIZACION DE CINE DEGLUCION SIN EMBARGO SE CONSIDERA ESPERA DE MEJORIA CLINICA PARA REALIZACION DE EXAMEN, CONTINUA MANEJO CON INHALADORES, ANTIPIRETICO, DOMPERIDONA SE SUSPENDE SE INICIA ESOMEPRAZOL, VIGILANCIA CLINICA, SE REVALORARA CON RESULTADOS PARA TOMA DE CONDUCTAS MEDICAS POSTERIORES, SE EXPLICA CONDUCTA MEDICA A MADRE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

09/05/2023 06:03 p. m. CASTRO GARCIA EDGAR

Ronald Meza Colón

MEZA COLON RONALD ALEXANDER

ANALISIS: PACIENTE MASCULINO LACTANTE MENOR DE 7 MESES, CON ANTECEDENTE DE PARTO PRETERMINO DE 36 SEMANAS, HOSPITALIZADO EN CONTEXTO DE NEUMONIA MULTILOBAR BILATERAL, CON DERRAME PLEURAL DERECHO, ASOCIADO A SIBILANCIAS PERSISTENTE, SOSPESCHA DE TRASTORNO DE LA DEGLUCION EN SEGUIMIENTO POR NEUMOLOGIA EN SUBRED CENTRO ORIENTE CON ULTIMA VALORACION EL 03/05/2023, Y CON LA DE CINEDEGLUCION UAN VEZ RESUELTO EL CUADRO CLINICO ACTUAL. AL MOMENTO DE LA VALORACION PACIENTE EN ADECUADO ESTADO GENERAL, AFEBRIL, ALERTA, HIDRATADO, TOLERANDO LA VIA ORAL CON REQUERIMIENTO DE OXIGENO A BAJO FLUJO, TORAX NORMOEXPANSIBLE CON PRESENCIA DE RONCUS ESPIRATORIOS, ADECUADO PATRON RESPIRATORIO, NO SIGNOS DE DETERIORO NEUROLOGICO, PACIENTE CON EVOLUCION CLINICA ESTACIONARIA CON PERSISTENCIA DE PICOS FEBRILES POR LO QUE SE SOLICITO LABORATORIO CONTROL QUE REPORTA EN EL HEMOGRAM LEUCOCITOSIS, Y PCR POSITIVA DE 9.1, RADIOGRAFIA DE TORAX SE EVIDENCIA NEUMONIA MULTILOBAR BILATERAL, CON DERRAME PLEURAL DERECHO ESCASO, SE INICIA MANEJO ANTIBIOTICO ENDOVENOSO CON ANTIBIOTICO DE PRIMERA LINEA POR GRUPO ETARIO, SE SOLICITA ECOGRAFIA DE TORAX PARA CUANTIFICAR DERRAME Y DETERMINAR CONDUCTA. CONTINUA MANEJO CON INHALADORES, ANTIPIRETICO, ESOMEPRAZOL, VIGILANCIA CLINICA, SE EXPLICA CONDUCTA MEDICA A MADRE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

10/05/2023 12:56 p. m. MEZA COLON RONALD ALEXANDER

ANALISIS: PACIENTE MASCULINO LACTANTE MENOR DE 7 MESES, CON ANTECEDENTE DE PARTO PRETERMINO DE 36 SEMANAS, INGRESA POR CUADRO SIBILANTE RECURRENTE, EN EL MOMENTO HOSPITALIZADO EN CONTEXTO DE NEUMONIA MULTILOBAR BILATERAL, SE DESCARTA DERRAME PLEURAL POR ECO DE TORAX, CON SOSPECHA DE TRASTORNO DE LA DEGLUCION EN SEGUIMIENTO POR NEUMOLOGIA EN SUBRED CENTRO ORIENTE CON ULTIMA VALORACION EL 03/05/2023, Y VALORADO POR FONOAUDIOLOGIA QUIENES INDICAN REALIZACION DE CINEDEGLUCION LA CUAL SE REALIZARA UNA VEZ RESUELTO EL CUADRO CLINICO ACTUAL. AL MOMENTO DE LA VALORACION PACIENTE EN ADECUADO ESTADO GENERAL, SIN PRESENCIA DE NUEVOS EPISODIOS FEBRILES, ALERTA, HIDRATADO, TOLERANDO LA VIA ORAL, CON REQUERIMIENTO DE OXIGENO A BAJO FLUJO, TORAX NORMOEXPANSIBLE CON PRESENCIA DE CREPITOS EN AMBAS BASES PULMONARES DE PREDOMINIO DERECHO, ADECUADO PATRON RESPIRATORIO, NO SIGNOS DE DETERIORO NEUROLOGICO, PACIENTE CUENTA CON LABORATORIOS DE CONTROL DEL DIA DE AYER QUE REPORTAN, CUADRO HEMATICO CON PRESENCIA DE LEUCOCITOSIS A EXPENSAS DE NEUTROFILIA, PCR POSITIVA DE 9.1, PROCALCITONINA 1.13, RADIOGRAFIA DE TORAX CONTROL CON EVIDENCIA NEUMONIA MULTILOBAR BILATERAL, CON PRESENCIA DE LEVE DERRAME PLEURAL, POR LO ANTERIOR SE CONSIDERA INICIO MANEJO ANTIBIOTICO ENDOVENOSO DE PRIMERA LINEA POR GRUPO ETARIO (09/05/23), SE SOLICITO ECOGRAFIA QUE EVIDENCIA PROCESO INFLAMATORIO, INFECCIOSO DE ORIGEN PULMONAR BILATERAL DE PREDOMINIO DERECHO, SIN EVIDENCIA DE COLECCIONES EN EL ESPACIO PLEURAL, SIN REQUERIMIENTO DE INTERVENCIONES ADICIONALES, CONTINUA MANEJO MEDICO ESTABLECIDO CON ANTIBIOTICOTERAPIA HOY DIA 1, INHALADORES, ANTIPIRETICO, ESOMEPRAZOL, VIGILANCIA CLINICA Y DE PATRON RESPIRATORIO, SE EXPLICA CONDUCTA MEDICA A MADRE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

11/05/2023 11:53 a. m. MEZA COLON RONALD ALEXANDER

ANALISIS: PACIENTE MASCULINO LACTANTE MENOR DE 7 MESES, CON ANTECEDENTE DE PARTO PRETERMINO DE 36 SEMANAS, HOSPITALIZADO EN CONTEXTO DE NEUMONIA MULTILOBAR BILATERAL, SE DESCARTA DERRAME PLEURAL POR ECO DE TORAX, CON SOSPECHA DE TRASTORNO DE LA DEGLUCION EN SEGUIMIENTO POR NEUMOLOGIA EN SUBRED CENTRO ORIENTE CON ULTIMA VALORACION EL 03/05/2023, VALORADO POR FONOAUDIOLOGIA QUIENES INDICAN REALIZACION DE CINEDEGLUCION LA CUAL SE REALIZARA UNA VEZ RESUELTO EL CUADRO CLINICO ACTUAL. AL MOMENTO DE LA VALORACION PACIENTE EN ADECUADO ESTADO GENERAL, SIN PRESENCIA DE NUEVOS EPISODIOS FEBRILES, ALERTA, HIDRATADO, TOLERANDO LA VIA ORAL, CON REQUERIMIENTO DE OXIGENO A BAJO FLUJO, TORAX NORMOEXPANSIBLE CON PRESENCIA DE CREPITOS EN AMBAS BASES PULMONARES DE PREDOMINIO DERECHO, ADECUADO PATRON RESPIRATORIO, NO SIGNOS DE DETERIORO NEUROLOGICO, LABORATORIOS DE CONTROL CON CUADRO HEMATICO QUE EVIDENCIA LEUCOCITOSIS A EXPENSAS DE NEUTROFILIA, PCR POSITIVA DE 9.1, PROCALCITONINA 1.13 POSITIVA RIESGO DE SEPSIS SEVERA, RADIOGRAFIA DE TORAX CONTROL CON EVIDENCIA NEUMONIA MULTILOBAR BILATERAL, PACIENTE CON ADECUADA EVOLUCION CLINICA, CONTINUA MANEJO ANTIBIOTICO HOY DIA 2, INHALADORES, ANTIPIRETICO, ESOMEPRAZOL, OXIGENO POR CANULA NASAL, VIGILANCIA CLINICA Y DE PATRON RESPIRATORIO, SE EXPLICA CONDUCTA MEDICA A MADRE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

12/05/2023 08:28 a. m. PAEZ GAITAN HERNAN FELIPE

ANALISIS: PACIENTE MASCULINO LACTANTE MENOR DE 7 MESES, CON ANTECEDENTE DE PARTO PRETERMINO DE 36 SEMANAS, TRASTORNO DE LA DEGLUCION DE LA DEGLUCION EN ESTUDIO, EN DIA 7MO DE HOSPITALIZACION EN CONTEXTO DE NEUMONIA MULTILOBAR BILATERAL, (DERRAME PLEURAL DESCARTADO POR ECO DE TORAX), INICIANDO HOY DIA 3 DE TTO ANTIBIOTICO. EVOLUCIONA DE MANERA FAVORABLE NO HA PRESENTADO NUEVOS PICOS FEBRILES DESDE HACE 3 DIAS, DISMINUYE LA TOS Y FATIGA, AL EXAMEN FISICO BAJO REQUERIMIENTO DE O2 SUPLEMENTARIO, ESFUERZO RESPIRATORIO LEVE, AUSCULTACION PULMONAR RONCUS Y CREPITOS BIBASALES DE PREDOMINIO DERECHO, RESTO AFEBRIL, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. PLAN: CONTINUA IGUAL MANEJO INSTAURADO. TIENE PENDIENTE CINEDEGLUCION, PENDIENTE REALIZAR UNA VEZ RESUELTO EL CUADRO ACTUAL. DEFINIR SI AMBULATORIO O INTRAHOSPITALARIO.

13/05/2023 09:50 a. m. PAEZ GAITAN HERNAN FELIPE

ANALISIS: PACIENTE MASCULINO LACTANTE MENOR DE 7 MESES, CON ANTECEDENTE DE PARTO PRETERMINO DE 36 SEMANAS, TRASTORNO DE LA DEGLUCION DE LA DEGLUCION EN ESTUDIO, EN DIA 8VO DE HOSPITALIZACION EN CONTEXTO DE NEUMONIA MULTILOBAR BILATERAL, (DERRAME PLEURAL DESCARTADO POR ECO DE TORAX), INICIANDO HOY DIA 4 DE TTO ANTIBIOTICO. EVOLUCIONA DE MANERA FAVORABLE NO HA PRESENTADO NUEVOS PICOS FEBRILES DESDE HACE 4 DIAS, DISMINUYE LA TOS Y FATIGA, AL EXAMEN FISICO BAJO REQUERIMIENTO DE O2 SUPLEMENTARIO, ESFUERZO RESPIRATORIO LEVE, AUSCULTACION PULMONAR RONCUS Y CREPITOS BIBASALES DE PREDOMINIO DERECHO, RESTO AFEBRIL, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. PLAN: CONTINUA IGUAL MANEJO INSTAURADO. TIENE PENDIENTE CINEDEGLUCION, PENDIENTE REALIZAR UNA VEZ RESUELTO EL CUADRO ACTUAL. DEFINIR SI AMBULATORIO O INTRAHOSPITALARIO.

14/05/2023 12:45 p. m. MANRIQUE PEREZ FRAY RAUL

ANALISIS: PACIENTE MASCULINO LACTANTE MENOR DE 7 MESES, CON ANTECEDENTE DE PARTO PRETERMINO DE 36 SEMANAS, TRASTORNO DE LA DEGLUCION DE LA DEGLUCION EN ESTUDIO, EN DIA 8VO DE HOSPITALIZACION EN CONTEXTO DE NEUMONIA MULTILOBAR BILATERAL, (DERRAME PLEURAL DESCARTADO POR ECO DE TORAX), INICIANDO HOY DIA 5 DE TTO ANTIBIOTICO. EVOLUCIONA DE MANERA FAVORABLE NO HA PRESENTADO NUEVOS PICOS FEBRILES DESDE HACE 4 DIAS, DISMINUYE LA TOS Y FATIGA, AL EXAMEN FISICO BAJO REQUERIMIENTO DE O2 SUPLEMENTARIO, ESFUERZO RESPIRATORIO LEVE, AUSCULTACION PULMONAR RONCUS Y CREPITOS BIBASALES DE PREDOMINIO DERECHO, RESTO AFEBRIL, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. PLAN: CONTINUA IGUAL MANEJO INSTAURADO. TIENE PENDIENTE CINEDEGLUCION, PENDIENTE REALIZAR UNA VEZ RESUELTO EL CUADRO ACTUAL. DEFINIR SI AMBULATORIO O INTRAHOSPITALARIO.

15/05/2023 01:47 p. m. RIANO LOPEZ LUIS HERNANDO

ANALISIS: MATEO, PACIENTE MASCULINO LACTANTE MENOR DE 7 MESES EDAD CON ANTECEDENTE DE PARTO PRETERMINO HOSPITALIZADO POR NEUMONIA MULTILOBAR BILATERAL POR LO CUAL SE INSTAURÓ TRATAMIENTO ANTIBIOTICO CON AMPICILINA SULBACTAM Y POR DIAGNOSTICO DE SIBILANTE RECURRENTE AGUDIZADO EN MANEJO CON INHALADORES EN QUIEN ADICIONALMENTE SE SOSPECHA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFAGICO POR TRASTORNO DE LA ALIMENTACION CON RIESGO DE DESNUTRICION AGUDA SECUNDARIA. PACIENTE YA VALORADO POR FONOAUDIOLOGIA QUIENES CONSIDERAN REQUIERE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS PARA DETERMINAR ETIOLOGIA Y COMPROMISO. A LA VALORACION EL DIA DE HOY SE ENCUENTRA PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, HIDRATADO, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ALCANZANDO METAS DE SATURACION ADECUADAS AL AMBIENTE PUES EL DIA DE AYER TOLERÓ RETIRO DE OXIGENO SUPLEMENTARIO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA. DADO LO ANTERIOR CONSIDERAMOS PACIENTE DEBE CONTINUAR HOSPITALIZADO HASTA CULMINAR TRATAMIENTO ANTIBIOTICO, MAÑANA ÚLTIMO DIA, CON LO CUAL SE DEFINIRÁ EGRESO. ESTUDIO DE CINEDEGLUCION SOLICITADO POR TRASTORNO DE LA ALIMENTACION PUEDE SER REALIZADO DE MANER AMBULATORIA, POR EL MOMENTO CONTINUA BAJO MANEJO MEDICO INSTAURADO. SE EXPLICA CONDUCTA A MADRE DE MATEO QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR

16/05/2023 11:27 a. m. MEZA COLON RONALD ALEXANDER

Ronald Meza Colón

MEZA COLON RONALD ALEXANDER

ANALISIS MATEO, PACIENTE MASCULINO LACTANTE MENOR DE 7 MESES EDAD CON ANTECEDENTE DE PARTO PRETÉRMINO 35 SEMANAS, Y SECUELAS DE DISPLASIA BRONOPULMONAR, HOSPITALIZADO POR NEUMONÍA MULTILÓBAR BILATERAL POR LO CUAL SE INSTAURÓ TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO CON AMPICILINA SULBACTAM Y POR DIAGNÓSTICO DE SIBILANTE RECURRENTE AGUDIZADO EN MANEJO CON INHALADORES EN QUIEN ADICIONALMENTE SE SOSPECHA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO POR TRASTORNO DE LA ALIMENTACIÓN CON RIESGO DE DESNUTRICIÓN AGUDA SECUNDARIA. PACIENTE YA VALORADO POR FONOAUDIOLOGÍA QUIENES CONSIDERAN REQUIERE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS PARA DETERMINAR ETIOLOGÍA Y COMPROMISO. A LA VALORACIÓN EL DÍA DE HOY SE ENCUENTRA PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, HIDRATADO, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, ALCANZANDO METAS DE SATURACIÓN ADECUADAS AL AMBIENTE SIN REQUERIMIENTO DE OXÍGENO SUPLEMENTARIO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, A LA AUSCULTACIÓN CON MURMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN SOBREGREGADOS PATOLÓGICOS. DADO LO ANTERIOR CONSIDERAMOS PACIENTE DEBE CONTINUAR HOSPITALIZADO HASTA CULMINAR TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO, HOY ÚLTIMO DÍA, CON LO CUAL SE DEFINIRÁ EGRESO EL DÍA DE MAÑANA. ESTUDIO DE CINEDEGLUCIÓN SOLICITADO POR TRASTORNO DE LA ALIMENTACIÓN SERÁ REALIZADO DE MANERA AMBULATORIA, POR EL MOMENTO CONTINUA BAJO MANEJO MÉDICO INSTAURADO, SE SOLICITA VALORACIÓN POR NUTRICIÓN. SE EXPLICA CONDUCTA A MADRE DE MATEO QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR

17/05/2023 11:45 a. m. MEZA COLON RONALD ALEXANDER

ANALISIS MATEO, PACIENTE MASCULINO LACTANTE MENOR DE 7 MESES EDAD CON ANTECEDENTE DE PARTO PRETÉRMINO 35 SEMANAS, Y SECUELAS DE DISPLASIA BRONOPULMONAR, HOSPITALIZADO POR NEUMONÍA MULTILÓBAR BILATERAL POR LO CUAL SE INSTAURÓ TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO CON AMPICILINA SULBACTAM Y POR DIAGNÓSTICO DE SIBILANTE RECURRENTE AGUDIZADO EN MANEJO CON INHALADORES EN QUIEN ADICIONALMENTE SE SOSPECHA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO POR TRASTORNO DE LA ALIMENTACIÓN CON RIESGO DE DESNUTRICIÓN AGUDA SECUNDARIA. PACIENTE YA VALORADO POR FONOAUDIOLOGÍA QUIENES CONSIDERAN REQUIERE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS PARA DETERMINAR ETIOLOGÍA Y COMPROMISO. A LA VALORACIÓN EL DÍA DE HOY SE ENCUENTRA PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, HIDRATADO, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, ALCANZANDO METAS DE SATURACIÓN ADECUADAS AL AMBIENTE SIN REQUERIMIENTO DE OXÍGENO SUPLEMENTARIO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, A LA AUSCULTACIÓN CON MURMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN SOBREGREGADOS PATOLÓGICOS. DADO LO ANTERIOR CONSIDERAMOS PACIENTE SE PUEDE DAR EGRESO. ESTUDIO DE CINEDEGLUCIÓN SOLICITADO POR TRASTORNO DE LA ALIMENTACIÓN SERÁ REALIZADO DE MANERA AMBULATORIA, SE CONTINUA MANEJO AMBULATORIO CON TERAPIA INHALADA. SE EXPLICA A LA ACUDIENTE CONDUCTA A SEGUIR, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR

SERVICIOS		HC
CÓDIGO	NOMBRE	
871121	871121 - RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL, DECUBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL)	☒
871121	871121 - RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL, DECUBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL)	☒
902210	902210 - HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	☒
906913	906913 - PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOMATIZADO	☒
906841	906841 - PROCALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	☒
881211	881211 - ECOGRAFIA DE TORAX (PERICARDIO O PLEURA)	☒
901107	901107 - COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	☒
901230	901230 - MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS CULTIVO	☒
906841	906841 - PROCALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	☒
871121	871121 - RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL, DECUBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL)	☒
902210	902210 - HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	☒
903895	903895 - CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	☒
903856	903856 - NITROGENO UREICO	☒
903605	903605 - IONOGRAMA [CLORO SODIO POTASIO Y BICARBONATO O CALCIO]	☒
903843	903843 - GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL	☒
903809	903809 - BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	☒
903828	903828 - DESHIDROGENASA LACTICA	☒
903833	903833 - FOSFATASA ALCALINA	☒
903866	903866 - TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	☒
903867	903867 - TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	☒
903839	903839 - GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)	☒
903852	903852 - LIQUIDO PLEURAL (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGIA DE LEUCOCITOS GLUCOSA Y DESHIDROGENASA LACTICA)	☒
881211	881211 - ECOGRAFIA DE TORAX (PERICARDIO O PLEURA)	☒
874910	874910 - FARINGOGRAFIA O ESOFAGOGRAMA (ESTUDIO DE LA DEGLUCION)	☒
19613	19613 - IONTOFORESIS	☒
874910	874910 - FARINGOGRAFIA O ESOFAGOGRAMA (ESTUDIO DE LA DEGLUCION)	☒
890272	890272 - CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGIA PEDIATRICA	☒

Ronald Meza Colon

MEZA COLON RONALD ALEXANDER

RC - 1030712596 - DANNA ISABELLA MAYORGA WANDURRAGA

Fecha impresión: 17/04/2023 09:29



CENTRO POLICLINICO DEL OLAYA
NIT - 800149453 - 6
Todo Por La Salud y La Vida
K/ 20 23 23 Sur - 3612888 - Bogotá - Colombia

Ingreso Hospitalización Pediátrica CPO

DATOS HISTORIA CLINICA

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Tipo identificación: RC Número de identificación: 1030712596 Fecha nacimiento: 09/06/2022 Edad: 0 Años/10 Meses/8 Días Nombre paciente:
DANNA ISABELLA MAYORGA WANDURRAGA Género: Femenino Dirección: CR 81 F NUM 42 60 SUR Teléfono domicilio: 0 Nombre cliente:
EAPB: SALUD TOTAL EPS-S S.A. Nombre convenio: SUBSIDIADO 2022

RIPS CONSULTA

Fecha atención: 17/04/2023 09:29 Fecha registro: 17/04/2023 09:29 Causa externa: Otra

INGRESO A HOSPITALIZACIÓN

Reingreso hospitalización: No

ANAMNESIS

MOTIVO DE CONSULTA

Motivo de la Consulta: PACIENTE INGRESA PARA REDUCCION CERRADA DE LUXACION CONGENITA DE CADERA + INMOVILIZACION EXTERNA CON ESPICA DE YESO Enfermedad Actual: PACIENTE CON ANTECEDENTE DE LUXACION CONGENITA DE CADERA IZQUIERDA PROGRAMADA EL DIA DE HOY PARA REDUCCION CERRADA DE LUXACION CONGENITA DE CADERA + INMOVILIZACION EXTERNA CON ESPICA DE YESO. PROCEDIMIENTO REALIZADO BAJO ANESTESIA GENERAL SIN COMPLICACIONES

REVISION POR SISTEMAS

Cabeza:: NORMAL Cardiorespiratorio: NORMAL Gastrointestinal:: NORMAL Psiquiátrico:: NORMAL Neuromuscular:: NORMAL

ANTECEDENTES

Patológicos: PACIENTE NACE A TERMINO 40 SEMANAS FRUTO DE TERCERA GESTION POR PARTO. PESO 3325 G TALLA 51CM. A LOS 15 DIAS DE NACIDA HOSPITALIZADA POR DESATURACION LA CUAL AUTORESOLVIO Familiares: NIEGA Quirúrgicos: NIEGA Transfusionales:: Niega.
Tóxicos: NIEGA Alérgicos: NIEGA Vacunación:: Si. Desarrollo Psicomotor: Perinatales:

CLASIFICACIÓN NUTRICIONAL

Indicador Peso Para La Talla (P/T): Entre -1 y +1 Peso Adecuado Indicador Talla Para La Edad: Mayor a -1 Talla Adecuada Para La Edad CHEQUEO DE TRANSFUSION ?:: No

CHEQUEO DE TRANSFUSION

¿Cual?: Diligenciamiento completo del consentimiento informado: No Riesgo individual (mayor riesgo de la paciente según el diagnóstico):
Acompañamiento los primeros 15 minutos de la transfusión: Si Presento reacción alérgica a la transfusión: No Se realizó transfusión en su totalidad de las unidades solicitadas: Si Si la respuesta es no, explique por que?: Se finaliza la transfusión sin complicaciones: Si Se solicito cuadro hemático de control pos transfusión?: Si Si la respuesta es no, explique por que?: Población Con Enfoque Diferencial: No Aplica

RECONCILIACION MEDICAMENTOSA DE INGRESO

Reconciliación medicamentosa de Ingreso o Egreso. Si: Reconciliación Medicamentosa De Ingreso o Egreso. No:

TAMIZAJE NUTRICIONAL INICIAL NRS 2002

EL PACIENTE HA PERDIDO PESO EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES?: No EL PACIENTE HA REDUCIDO SU INGESTA EN LA DIETA EN LA ÚLTIMA SEMANA
No ES UN PACIENTE GRAVE?: No

RECONCILIACIÓN MEDICAMENTOSA

Toma medicamentos previo al ingreso? casa/servicio: No El paciente o su familia conoce los medicamentos.: Reconciliación de medicamentos: 0

EXAMEN FISICO

EXAMEN FISICO

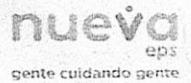
IGNOS VITALES Y DATOS CORPORALES

Presión arterial sistólica: 89 Tensión arterial diastólica: 48 Tensión Media: 61.67 Frecuencia cardíaca: 117 Frecuencia respiratoria: 20
Temperatura: 36.00 SAT O2: 99 Escala Oucher: 1 Peso: 7.00 Kilogramos Talla: 61.00 Metros Índice de masa corporal: 0.00 Estado
General: PACIENTE ALERTA, AFEBRIL, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA Cabeza y Cuello: MUCOSAS HUMEDAS, CUELLO SIN MASAS Neurológico
DEFICIT Cardiorpulmonar: AUSCULTACION NORMAL Abdomen: BLANDO SIN DOLOR Columna - Dorso: SIN DISRRRAFIA Genitourinario: N
LUADO Extremidades: INMOVILIZADOR EXTERNO EN AMBOS MIEMBROS INFERIORES EN POSICION, NO DEFICIT NEUROVASCULAR DISTAL
y Anexos: NORMAL

RESIÓN DIAGNÓSTICA



INDICACIONES MEDICAS



Sede: BIENESTAR BOGOTA - CHAPINERO

Fecha de Atención-17/05/2023

Paciente: SANTIAGO ANDRES VILLAMIL RIOS
Contrato: SUBS-BIENESTAR BOGOTA - CHAPINERO
Tipo de Usuario: BENEFICIARIO
Dirección: KR 87 F NO 57 B 57
Solicitada por: MARTHA JUDITH PARRA PINTO

ID: 1233521863
Plan: SUBSIDIADO
Sede Afiliado: BIENESTAR BOGOTA - CHAPINERO
Teléfono: 3026053045 / 3216401746
Dx: Z001 - CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO

Semanas: 0
Rango: 1

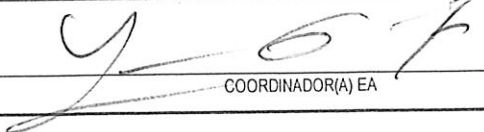
Indicaciones

- 1 INCAPACIDAD PR DOS MESES PR PRESENTA INFECCIONES RESPIRATORIAS . HA REQUERIDO HOSPITALIZACION

Profesional: MARTHA JUDITH PARRA PINTO - RM No. 51742698 - Firmado Electrónicamente.

Datos de impresión - Fecha: 17/05/2023 - Hora: 06:40 AM

MARTHA JUDITH PARRA PINTO
PEDIATRA
51.742.698

	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 DE SERVICIO: PROFESIONALES DE COLOMBIA NIT: 830107985-1 MES: MAYO MODALIDAD DE ATENCIÓN: DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR SERVICIO DE ATENCIÓN: DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR CON ARRIENDO - FAMILIAR INEGR			IDENTIFICACIÓN Regional: BOGOTA Nombre Agente Educativo (a): JAZMIN BECERRA Código CUENTAME UDS: 110011147305 Dirección UDS: CARRERA 80 C # 45-21 SUR		Centro Zonal: KENNEDY CC: 52931661 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: GESTANDO FUTURO GRAN BRITANIA GA3 UA2 Teléfono UDS: 3212323807																											
INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA			CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA												TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO															
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		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			
01	RC	1032515705	ISACC	GADDIEL	BASTIDAS	MORILLO	0	10		A					A					A						A					4	0
02	RC	1141379934	MIA	ANTHONELLA	BRACHO	ROLDAN	0	11		A					A					A						A					3	1
03	RC	1141379062	IAN	FERNANDO	CEDEÑO	SILVA	1	0		A					A					A						A					4	0
04	RC	1141380363	ALMA	LUCIANA	JAIMES	MOLINIVA	0	9		A					A					A						A					4	0
05	RC	1141380164	ARIANA	ESTEFANIA	CRUZ	AVENDAÑO	0	9		A					A					A						A					4	0
06	RC	1233521587	ALLAN	DANIEL	MARTINEZ	GIRAL	0	9		A					A					A						A					4	0
07	RC	1141379081	LUIS	ANGEL	TORRES	VALENCIA	1	0		A					A					A						A					3	1
08	RC	1141380597	ALAN	THOMAS	CABEZAS	SALAZAR	0	8		A					A					A						A					3	1
09	RC	1105063523	YULIANA	LIZETH	CAPERA	TIQUE	1	0		A					A					A						A					4	0
10	RC	1300002850	GLEYSER	SAMUEL	RAMOS	ASCAINO	0	11		A					A					A						A					4	0
11	RC	1022452106	MARIAM	ISABELLA	PEÑA	PARDO	0	8		A					A					A						A					3	1
12	RC	1233522061	HELLEN	LICET	MONTAÑA	SILVA	0	6		A					A					A						A					3	1
13	RC	1030712348	EVELYN	VALERIA	HERRERA	BUSTOS	1	1		A					A					A						A					4	0
14	RC	1013159161	JUAN	DIEGO	MURCIA	PINEDA	1	1		A					A					A						A					4	0
15	RC	1018520552	MIA	ISABELLA	OLAYA	TUSSO	1	1		A					A					A						A					2	2
16	RC	1013159009	JAZIEL	DAVID	VANEGAS	BAQUERO	1	1		A					A					A						A						
17																																
18																																
19																																
20																																
										TOTAL																				57	7	
Verificación De Cobertura		TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:		0				COORDINADOR(A) EA				RESPONSABLE DE GRUPO																				
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:		16																														
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:		0																														



FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

Versión 5

Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

Hoja 1 de 1

Municipio: BOGOTA

CC: 52931661

Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: GESTANDO FUTURO GRAN BRITANIA GA3 UA3

Teléfono UDS: 3212323807

Regional: BOGOTA

Nombre Agente Educativo (a): JAZMIN BECERRA

Código CUENTAME UDS: 110011147305

Ed Dirección UDS: CARRERA 80 C # 45 -21 SUR

ENTIDAD ADMINISTRADORA DE SERVICIO: PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT: 830107985-1 NÚMERO DE CONTRATO: 11005322023

MES: MAYO AÑO: 2023
MODALIDAD DE ATENCIÓN: DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR

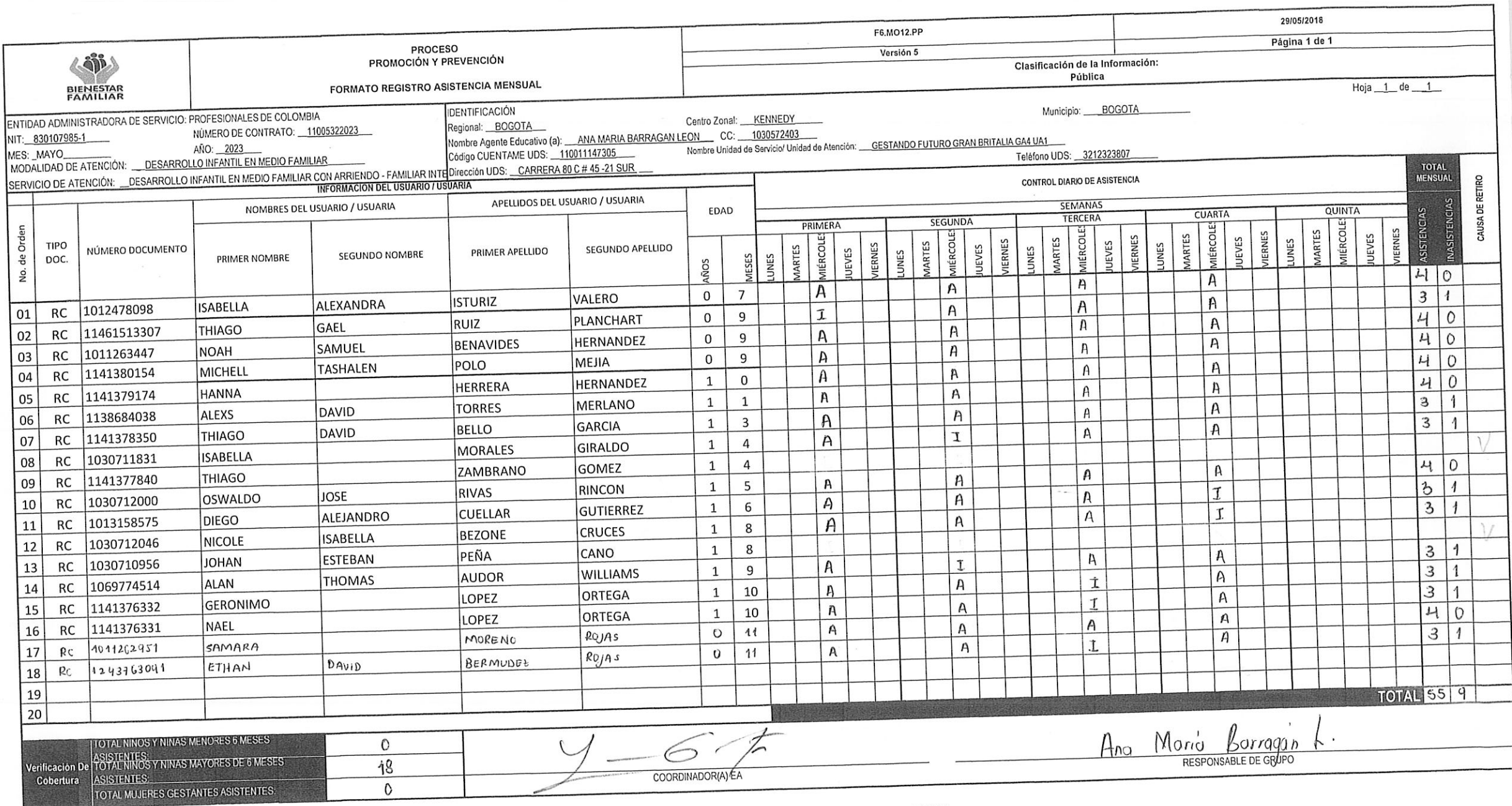
SERVICIO DE ATENCIÓN: DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR CON ARRIENDO - FAMILIAR INE Directo

[illegible]

Verificación De Cobertura	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 6 MESES ASISTENTES:	0	 COORDINADOR(A) EA	Jazmin Becerra RESPONSABLE DE GRUPO
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	17		
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	0		

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.



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

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 1 de 1

ENTIDAD ADMINISTRADORA DE SERVICIO: PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT: 830107985-1

NÚMERO DE CONTRATO: 11005322023

MES: MAYO
AÑO: 2023

MODALIDAD DE ATENCIÓN: DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR

SERVICIO DE ATENCIÓN: DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR CON ARRIENDO - FAMILIAR INTE

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOGOTÁ

Centro Zonal: KENNEDY

Municipio: BOGOTÁ

Nombre Agente Educativo (a): ANA MARIA BARRAGAN LEON CC: 1030572403

Código CUENTAME UDS: 110011147305

Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: GESTANDO FUTURO GRAN BRITANIA GA4 U/ UA2

Dirección UDS: CARRERA 80 C # 45-21 SUR

Teléfono UDS: 3212323807

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						
									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
01	RC	1021697293	SARAH	NAHOMY	PRADO	BARRANTES	0	8				A				A					A				A					4	0					
02	RC	1141380150	NICOLAS	FELIPE	MOLANO	ROA	0	9				A				A					A				A					4	0					
03	RC	1141378611	ALAN	CAMILO	AGUILERA	RAMIREZ	1	2				I				A					A				A					3	1					
04	RC	1141378230	MIA	ANTONELLA	VELASCO	MONROY	1	3				A				A					A				A					4	0					
05	RC	1216983832	LUCIANA	CELIN	ALFARO	GUTIERREZ	1	3				A				A					I				A					3	1					
06	RC	1233520999	EMMA	ALEJANDRA	MORENO	ANDRADE	1	3				A				A					A				I					3	1					
07	RC	1141377974	GAEL	FELIPE	VALENCIA	ALONSO	1	4				A				A					A				A					4	0					
08	RC	1216983813	SAYMON	ANDRES	ALFARO	GUTIERREZ	1	5				A				A					I				A					3	1					
09	RC	1013158708	JESUS	DAVID	PARRA	CAGUA	1	5				A				A					I				A					3	1					
10	RC	1233520485	ANTHONY		ORJUELA	MORA	1	6				A				A					A				A					4	0					
11	RC	1245079340	STEBAN	DE JESUS	DURAN	VILLALOBOS	1	6				A				A					A				A					4	0					
12	RC	1065679166	LEWIN	ANDRES	ROMERO	DE ORO	1	6				I				A					A				A					3	1					
13	RC	1030711032	SARA	ISABELLA	RUIZ	ENCISO	1	9																								V				
14	RC	1028846302	KARLIANY	ISABELA	PEÑA	ORTEGA	1	9				A				A					A				A					4	0					
15	RC	1065142541	KAEL	DAVID	JULIO	MEDINA	1	10				I				A					A				A					3	1					
16	RC	1030710526	ANYA	ISABELL	MARTINEZ	MEJIAS	1	11				I				A					A				A					3	1					
17	RC	1141376421	JHOSUAR	SMITH	MOSQUERA	MOSQUERA	1	11				A				A					A				A					4	0					
18	RC	1030713670	SANTIAGO	DAVID	RAMIREZ	BERRUECOS	0	10				A				A					A				I					3	1					
19																																				
20																																				
								TOTAL																				59	9							

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

ANA MARIA BARRAGAN L.

RESPONSABLE DE GRUPO



FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA
NIT: 899999123-7
REPORTE INCAPACIDADES



Pag 1
5

Página 1/1

IDENTIFICACIÓN

Apellidos: MADERO TORRES
Nombres: KENNETH DAVID
Dirección: KR 81 B N 41A 74 - BOGOTA DC CENTRO - BOGOTA -
BOGOTA
Teléfono: 3182746127 - 3044300697
Entidad: MUTUALSER ESS
N° Ingreso: 184881

Tipo documento: RC Numero: 1238348081
Edad: 01 Años 01 Meses 24 Días (11/03/2022)
Sexo: MASCULINO
Tipo paciente: CONTRIBUTIVO
Tipo afiliado: BENEFICIARIO

DATOS DE LA INCAPACIDAD

Fecha inicial incapacidad: 04/05/2023 Fecha final incapacidad: 13/05/2023 NoDias: 10 Es prórroga: ☐
Tipo incapacidad: Ambulatorio Fecha registro incapacidad: 04/05/2023 Causa de atención: Enfermedad general
Observación: A SOLICITUD DE MADRE CERTIFICO QUE ASISTIO AL SEVICIO DE URGENCIAS
CON SU HIJO DESDE LA MAÑANA DE HOY
Profesional: LUIS HUMBERTO MANRIQUE RUBIO
Modalidad servicios: Intramural Grupo de servicios: Consulta externa

DIAGNÓSTICOS DE LA INCAPACIDAD

CIE-10 Diagnóstico
A099 GASTROENTERITIS Y COLITIS DE ORIGEN NO ESPECIFICADO

Principal



Profesional: LUIS HUMBERTO MANRIQUE RUBIO
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Tarjeta profesional # 1014242775
Identificación: 1014242775

ENTIDAD ADMINISTRADORA DE SERVICIO: PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT: 830107985-1
MAYO
MODALIDAD DE ATENCIÓN: DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR CON ARRIENDO - FAMILIAR INTER

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOGOTÁ
Nombre Agente Educativo (a): ANA CAMACHO SANCHEZ
Código CUENTAME UDS: 110011147305
Dirección UDS: CARRERA 80 C # 45-21 SUR

Centro Zonal: KENNEDY
CC: 39664915
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: GESTANDO FUTURO GRAN BRITANIA GA5 UA1
Teléfono UDS: 3212323807

Municipio: BOGOTÁ

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																									ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RET.																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO			PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
							AÑOS	MESES	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	1141378441	ALISON	MARIA JOSE	FIRAYA	GARCIA	1	2				A						A																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															

Verificación De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 6 MESES ASISTENTES

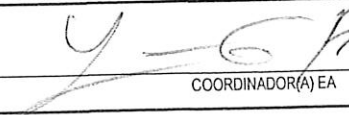
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES

TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES

0

16

0

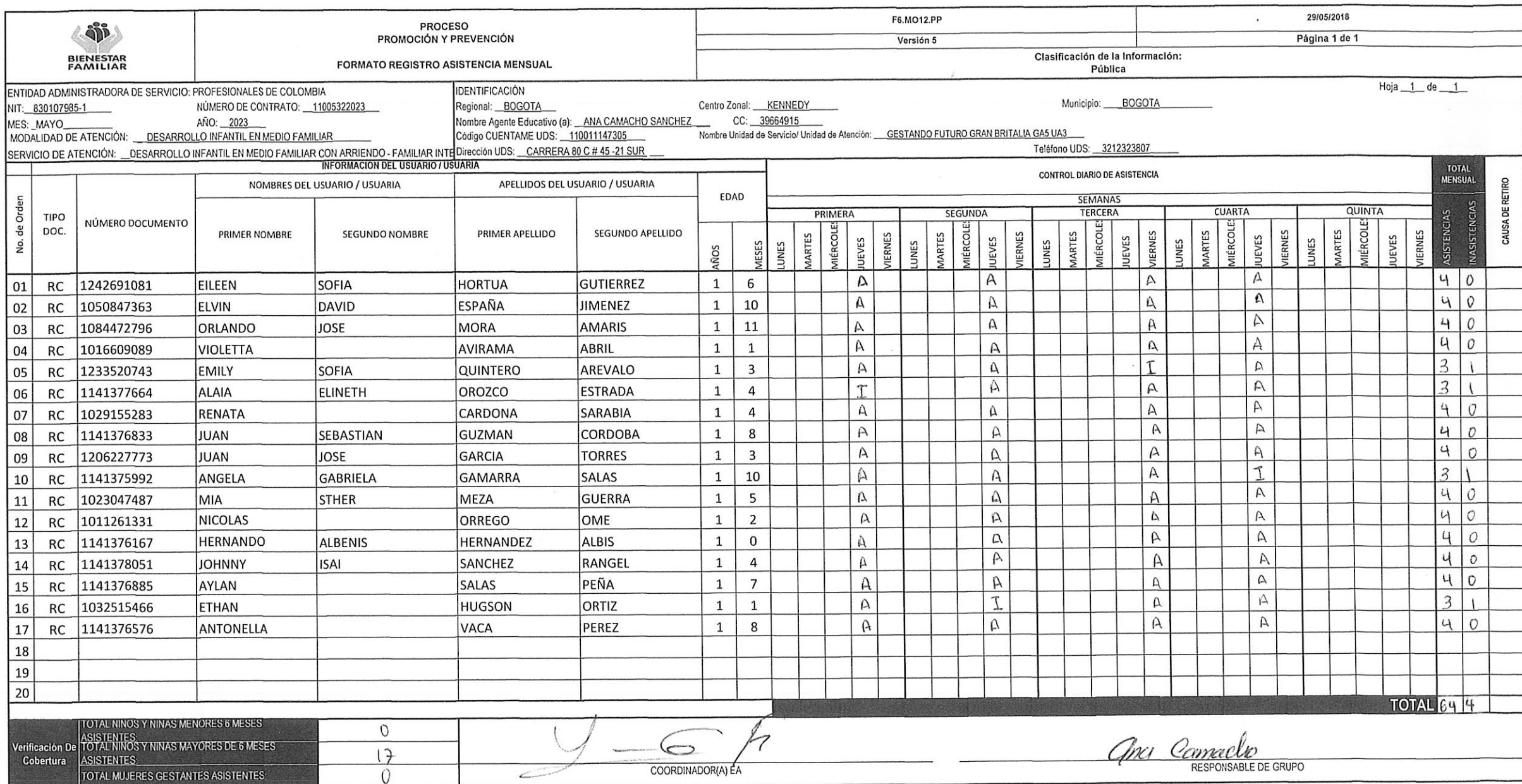


COORDINADOR(A) EA



RESPONSABLE DE GRUPO

		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 DE SERVICIO: PROFESIONALES DE COLOMBIA NIT: 830107985-1 NÚMERO DE CONTRATO: 11005322023 MES: MAYO AÑO: 2023 MODALIDAD DE ATENCIÓN: DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR SERVICIO DE ATENCIÓN: DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR CON ARRIENDO - FAMILIAR INTEG				IDENTIFICACIÓN Regional: BOGOTÁ Nombre Agente Educativo (a): ANA CAMACHO SANCHEZ Código CUENTAME UDS: 110011147305 Dirección UDS: CARRERA 80 C # 45 -21 SUR		Centro Zonal: KENNEDY CC: 39664915 Municipio: BOGOTÁ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: GESTANDO FUTURO GRAN BRITANIA GA5 UA2 Teléfono UDS: 3212323807																													
INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA				CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA												TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO																	
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																				ASISTENCIAS	INASISTENCIAS					
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	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		
01	RC	1141375881	DARELL	STEVEN	CARVAJAL	RODRIGUEZ	1	5				A					A						P				A						4	0	
02	RC	1014904293	MAURITZ		RUIZ	ALBERTO	1	3				A					A						P				A						4	0	
03	RC	1011260619	IAN	NICOLAS	PACHON	TRIANA	1	10				A					A						I				A						3	1	
04	RC	1141378199	THIAGO	ANDRES	OTAVO	OTAVO	1	2				A					A						P				A						4	0	
05	RC	1030712160	ANGEL	ZAID	RODRIGUEZ	MONROY	1	2				A					A						A				A						4	0	
06	RC	1300002712	MATHIAS		BOBADILLA	PRATO	1	2				A					A						A				A						4	0	
07	RC	1141378110	SARAY	LUCIANA	ZARATE	TORO	1	2				A					I						P				A						3	1	
08	RC	1033830436	ISABELLA	SARAY	MARTINEZ	DURAN	1	7				A					P						A				A						4	0	
09	RC	1065142972	JHOELIS	DAYANA	VERGARA	SIERRA	1	3				A					I						P				A						3	1	
10	RC	1247368009	EILEEN	SALOME	MUÑOZ	VERA	1	1				A					A						A				A						4	0	
11	RC	1012927458	MIGUEL	ANGEL	SALSEDO	VELAZQUEZ	1	4				A					A						A				A						4	0	
12	RC	1013158238	DRAKE	EMMANUEL	MONTEALEGRE	LOZADA	1	8				A					A						P				A						4	0	
13	RC	1028846390	JEICOOB	ALEXANDER	BERMUDEZ	CASTAÑO	1	7				I					A						P				A						3	1	
14	RC	1077255186	JUAN	JOSE	GARCIA	TORRES	1	2				P					A						P				A						4	0	
15	RC	1141378582	DIANA	SARAY	DIAZ	LUCENA	1	1				A					A						A				A						4	0	
16	RC	1233520177	LAURYN		ALVAREZ	AYALA	1	6				A					A																		





ENTIDAD ADMINISTRADORA DE SERVICIO: PROFESIONALES DE COLOMBIA

NIT: 830107985-1

NÚMERO DE CONTRATO: 11005322023

IDENTIFICACIÓN	
----------------	--

Regional: BOGOTA

Centro Zonal: KENNEDY

Municipio: BOGOTA

Hoja 1 de 1

MES: MAYO

AÑO: 2023

Nombre Agente Educativo (a): SOONER SUSANA CHAVES

CC: 52847653

MODALIDAD DE ATENCIÓN: DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR

Código CUENTAME UDS: 110011147305

Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: GESTANDO FUTURO GRAN BRITANIA GA6 UA1

SERVICIO DE ATENCIÓN: DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR CON ARRIENDO - FAMILIAR INTE

Dirección UDS: CARRERA 80 C # 45 -21 SUR

Teléfono UDS: 3212323807

[illegible]

						TOTAL	604
Verificación De Cobertura.	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 6 MESES ASISTENTES:	2	<i>y - GP</i>	COORDINADOR(A) EA		SOONER CHAVEZ	RESPONSABLE DE GRUPO
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	15					
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	0					

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

