BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F8.MO12.PP | Versión 5 | 29/05/18 | Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

Hoja 1 de 3

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION SABER SER
NIT: 806.015.985.9 NUMERO DE CONTRATO: 13002502024
MES: MAYO AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCION: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCION: DIMF

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLIVAR
Nombre Agente Educativo (a): GICELA OROZCO
Código CUENTAME UDS: 13244138706
Dirección UDS: CALLE 22 54-28 BARRIO BURECHE

Centro Zonal: EL CARMEN DE BOLIVAR CC 33286836
Municipio: EL CARMEN DE BOLIVAR
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención DIMF CONSTRUYENDO FUTURO 2
Teléfono UDS: 3219558521

No de Orden	TIPO DOC	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA)																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA LUNES	PRIMERA MARTES	PRIMERA MIÉRCOLES	PRIMERA JUEVES	PRIMERA VIERNES	SEGUNDA LUNES	SEGUNDA MARTES	SEGUNDA MIÉRCOLES	SEGUNDA JUEVES	SEGUNDA VIERNES	TERCERA LUNES	TERCERA MARTES	TERCERA MIÉRCOLES	TERCERA JUEVES	TERCERA VIERNES	CUARTA LUNES	CUARTA MARTES	CUARTA MIÉRCOLES	CUARTA JUEVES	CUARTA VIERNES	QUINTA LUNES	QUINTA MARTES	QUINTA MIÉRCOLES	QUINTA JUEVES	QUINTA VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	CC	1007139039	MARIA	ISABEL	PAVA	PULGAR	2 1	2							A						A					A					A			4		
02	CC	1052071685	DANIELA	MARGARITA	ANDRADE	DIAZ	1 9	5							I						I					I					1				4	
03	CC	1007950060	DANNA	MARCELA	FERNANDEZ	DOMINGUEZ	2 3	4							A						I					I					1			1	3	
04	RC	1042598405	THIAGO	ANDRES	ZUÑIGA	HERRERA	0	4							A						A					A					A			4		
05	RC	1052101385	MATEO		GAMARRA	VALDEZ	0	4							A						A					A					A			4		
06	RC	1050286976	LUIS	DAVID	DIAZ	MONTIEL	0	3							A						A					A					A			4		
07	CC	1052067628	MARYURIS	ELENA	PEREZ	RAMIREZ	2 9	5							A						A					A					A			4		
08	RC	1050286954	HANNA	JAEL	MARTINEZ	BURGOS	0	5							A						A					A					A			4		
09	RC	1050286952	ALANNA	SOFIA	BUSTOS	VARGAS	0	5							A						A					A					A			4		
10	RC	1052101433	ELIOT	ESTEBAN	CASTILLO	JARABA	0	2							A						A					A					A			4		
																																	TOTAL	32	7	

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

18

Kelly Pinedo Pinto
COORDINADOR(A) EA

Gisela Orozco M
RESPONSABLE DE GRUPO

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

Powered by CamScanner

E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN

NIT: 900.196.346-9

Cod.Habilitacion:132440049301

CLL 23 N 56-32 Barrio Monte Carmelo

PLAN DE MANEJO

Nº de ingreso: 689064 **Fecha de Llegada:** 11/05/2024 04:21 a. m.

Folio N°: 46 **Fecha de Atención Médica:** 12/05/2024 10:17 a. m.

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente:	FERNANDEZ DOMINGUEZ DANNA MARCELA	**Identificación:**	1007950060
Fecha Nacimiento:	01/diciembre/2001	**Edad Actual:**	22 Años / 5 Meses / 10 Días
Estado Civil:	Soltero	**Sexo:**	Femenino
Dirección:		**Teléfono:**	
Procedencia:	EL CARMEN DE BOLIVAR	**Entidad:**	MUTUAL SER EPSS

EVITAR COLOCAR EN EL CORRAL, PELUCHAS, COBIJAS Y SABANAS, MANTNER DORMIDO BOCA ARRIBA, NUNCA DE LADO O BOCA ABAJO, NO REALIZAR COLECHO (NO DORMIR AL BEBE JUNTO CON LOS PADRES EN LA MISMA CAMA) (AL MOMENTO DE DORMIR PUEDEN ASFIXIAR CON LOS BRAZOS AL BEBE)

CONSULTA INMEDIATAMENTE A LA URGENCIA SI TU BEBE PRESENTA LO SIGUIENTE:
· NO PUEDE BEBER NI TOMAR EL PECHO. VOMITA TODO. HA TENIDO CONVULSIONES. ESTA IRRITABLE NO SE CONSUELA, SE VE AMARILLO, ESTÁ LETÁRGICO (SE DUERME MUCHO) O INCONSCIENTE. , REPIRE MAL, SE LE MARQUEN LAS COSTILLAS, MÚLTIPLES EPISODIOS DE VÓMITO Y DIARREA FIEBRE MAYOR A 38 GRADOS (DESCUBRIR Y RETIRAR LA ROPA Y TOMAR NUEVAMENTE PARA CONFIRMAR), SI LOS LABIOS PONEN AZULES O MORADOS Y PRESENTA HUNDIMIENTO DE LAS COSTILLAS, SECRECION FETIDA POR EL OMBLIGO O LO VE ROJO.
SI TOMA LACTANCIA MATERNA PUEDE PRESENTAR AUSENCIA DEPOSICIONES HASTA 1 SEMANA, SI SE BE ABULTADO EL ABDOMEN, SE VE MAL Y SUPERA ESTE TIEMPO ACUDIR POR URGENCIAS.

INDICACIONES MEDICAS DE SALIDA

Powered by CamScanner

E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN

NIT: 900.196.346-9

Cod.Habilitacion:132440049301

CLL 23 N 56-32 Barrio Monte Carmelo

PLAN DE MANEJO

FUNDACIÓN SER
Organización para el Desarrollo Social

Nº de ingreso: 689064 **Fecha de Llegada:** 11/05/2024 04:21 a. m.
Folio Nº: 46 **Fecha de Atención Médica:** 12/05/2024 10:17 a. m.

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente:	FERNANDEZ DOMINGUEZ DANNA MARCELA	**Identificación:**	1007950060
Fecha Nacimiento:	01/diciembre/2001	**Edad Actual:**	22 Años / 5 Meses / 10 Días
Estado Civil:	Soltero	**Sexo:**	Femenino
Dirección:		**Teléfono:**	
Procedencia:	EL CARMEN DE BOLIVAR	**Entidad:**	MUTUAL SER EPSS

PLAN DE MANEJO - INDICACIONES A PACIENTE

Indicación: ORDENES SALIDA POSTPARTO VAGINAL

-ALTA MÉDICA
- MEDROXIPROGESTERONA AMP 150MG, APLICAR IM PREVIO A EGRESO MEDICO
-AMPICILINA TABLETA 500MG #28
USO: TOMAR UNA TABLETA CADA 6 HORAS POR 7 DIAS
-ACETAMINOFEN TABLETA 500MG #28
USO: TOMAR UNA TABLETA CADA 6 HORAS POR DOLOR O FIEBRE
- ACIDO FOLICO TAB 1 MG #90
USO TOMAR UNA TAB DIARIA POR 3 MESES POSTPARTO
- VITAMINA A TAB 50.000 UND #4
USO: TOMAR UNA TAB DIARIA
-SULFATO FERROSO TABLETA 200MG #30
USO: TOMAR UNA TABLETA CADA 24 HORAS POR UN MES

RECOMENDACIONES:
-CITA CON GINECOLOGIA EN 8 DIAS
-CITA PRIORITARIA CON PLANIFICACION FAMILIAR
-COMPLETAR ESQUEMA ANTIBIOTICO

-LICENCIA MATERNA SEGÚN LO ESTIPULADO POR LEY ACTUAL (18 SEMANAS A PARTIR DE LA FECHA 126 DIAS)

SIGNOS DE ALARMA
-ACUDIR A SERVICIO DE URGENCIA SI PRESENTA FIEBRE, CONVULSIONES, DOLOR DE CABEZA INTENSO, ESCUCHA PITIDOS, VE LUCES O MANCHAS NEGRAS, PERDIDA DE CONOCIMIENTO, SANGRADO GENITAL ABUNDANTE, VOMITOS INCONTROLABLES, DOLOR ABDOMINAL INTENSO, FIEBRE QUE NO CEDE A ACETAMINOFEN.

ORDENES DEL RECIEN NACIDO

-CITA CON PEDIATRIA EN 5DIAS (CON RESULTADO DE TSH NEONATAL).
-ECOGRAFIA DE CADERA BILATERAL (TAMIZAJE DISPLASIA) A LOS 4 MESES
-CITA CON FONOAUDIOLOGIA EN 8 DIAS
-TAMIZAJE VISUAL Y AUDITIVO (S/s OTOEMISIONES ACUSTICAS +POTENCIALES EVOCADOS) CITA OPTOMETRIA
-INGRESAR A CRECIMIENTO Y DESARROLLO
-CONTINUAR ESQUEMA DE VACUNACION PROXIMA DOSIS A LOS 2 MESES DE NACIDO. ACUDIR A SU EPS O CENTRO DE SALUD DE SU MUNICIPIO.

RECOMENDACIONES:
-LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA A LIBRE DEMANDA O PEDIADO DEL BEBE, (NO EXCEDER MAS DE 2-3 HORAS SIN ALIMENTACION), DAR EXCLUSIVA POR 6 MESES
-LIMPIEZA DE CORDON UMBILICAL CON AGUA Y JABON O SOLUCION SALINA PARA BEBE PREFERIBLEMENTE DESDE LA BASE DEL CORDON HASTA LA PUNTA. NO QUITAR CLAMP QUE CUBRE Y MANTENER SECO, MANTENER POR FUERA DEL PAÑAL Y ROPA
-NO ALIMENTAR CON MAZAMORRAS, CHICHAS, BEBIDAS AROMATICAS, LECHE COMPLEMENTARIA. MANZANILLA, AGUA DE MANZANA.
-NO UTILIZAR BIBERONES, CHUPOS, TETEROS
LAVADO FRECUENTE DE MANOS ANTES Y DESPUÉS DE CADA MANIPULACIÓN DEL NIÑO.
· EVITAR EXPOSICIÓN A PERSONAS CON SÍNTOMAS RESPIRATORIOS, INCLUIDOS HERMANOS PEQUEÑOS.
· SI EL CUIDADOR TIENE SÍNTOMAS RESPIRATORIOS DEBE EVITAR EL CONTACTO CON EL NIÑO. SI ESTO NO SE PUEDE, DEBE USAR TAPABOCAS Y EXTREMAR EL LAVADO DE MANOS.
· EVITAR GUARDERÍA HASTA LOS 6 MESES DE EDAD.
PARA EVITAR ASFIXIA DEL NEONAO NO COLOCAR MEDIAS, MANOPLAS, Y GORRO.
-RECOMENDACIONES DE SUEÑO

Ginecología
18 Mayo
11 AM
DR Garrido

Powered by CamScanner

Fecha Actual : domingo, 12 mayo 2024

E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN

NIT: 900.196.346-9

Cod.Habilitacion:132440049301

CLL 23 N 56-32 Barrio Monte Carmelo

INDICACIÓN MEDICA

INGRESO:689064

EVOLUCION \ HOSPITALIZACION

Nº Historia Clínica: 1007950060 **Nº Folio:** 46 **Folio Asociado:** 45

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente:	DANNA MARCELA FERNANDEZ DOMINGUEZ	**Identificacion:**	1007950060 **Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento:	01/diciembre/200**Edad Actual:** 22 Años / 5 Meses / 10 Días 1	**Estado Civil:**	Soltero
Dirección:	BARRIO NARIÑO	**Teléfono:**	3105310587
Procedencia:	EL CARMEN DE BOLIVAR	**Ocupación:**	PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad:	MUTUAL SER EPSS	**Régimen:**	Regimen_Simplificado
Plan Beneficios:	MUTUAL SER EVENTO SUBS - HOSPITALIZACION Y CIRUGIA	**Nivel - Estrato:**	Subsidiado Nivel 1

DATOS DEL INGRESO

Responsable:		**Teléfono Resp:**	
Dirección Resp:		**Fecha Registro:**	12/05/2024 10:17:49 a. m.
Finalidad Consulta:	No_Aplica	**Causa Externa:**	Otra

INDICACIÓN MEDICA

Tipo Indicacion: Salida

Detalle: ORDENES SALIDA POSTPARTO VAGINAL

-ALTA MÉDICA
- MEDROXIPROGESTERONA AMP 150MG, APLICAR IM PREVIO A EGRESO MEDICO
-AMPICILINA TABLETA 500MG #28
USO: TOMAR UNA TABLETA CADA 6 HORAS POR 7 DIAS
-ACETAMINOFEN TABLETA 500MG #28
USO: TOMAR UNA TABLETA CADA 6 HORAS POR DOLOR O FIEBRE
- ACIDO FOLICO TAB 1 MG #90
USO TOMAR UNA TAB DIARIA POR 3 MESES POSTPARTO
- VITAMINA A TAB 50.000 UND #4
USO: TOMAR UNA TAB DIARIA
-SULFATO FERROSO TABLETA 200MG #30
USO: TOMAR UNA TABLETA CADA 24 HORAS POR UN MES

RECOMENDACIONES:
-CITA CON GINECOLOGIA EN 8 DIAS
-CITA PRIORITARIA CON PLANIFICACION FAMILIAR
-COMPLETAR ESQUEMA ANTIBIOTICO

-LICENCIA MATERNA SEGÚN LO ESTIPULADO POR LEY ACTUAL (18 SEMANAS A PARTIR DE LA FECHA 126 DIAS)

SIGNOS DE ALARMA
-ACUDIR A SERVICIO DE URGENCIA SI PRESENTA FIEBRE, CONVULSIONES, DOLOR DE CABEZA INTENSO, ESCUCHA PITIDOS, VE LUCES O MANCHAS NEGRAS, PERDIDA DE CONOCIMIENTO, SANGRADO GENITAL ABUNDANTE, VOMITOS INCONTROLABLES, DOLOR ABDOMINAL INTENSO, FIEBRE QUE NO CEDE A ACETAMINOFEN.

Powered by CamScanner

E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN

NIT: 900.196.346-9

Cod.Habilitacion:132440049301

CLL 23 N 56-32 Barrio Monte Carmelo

INCAPACIDAD MEDICA

N°7357

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha Documento: 12/mayo/2024 10:17 a. m.

Médico: 1047503866 GUSTAVO ADOLFO GAITAN HERRERA

Información Paciente: DANNA MARCELA FERNANDEZ DOMINGUEZ **Tipo Paciente:** Subsidiado **Sexo:** Femenino

Tipo Documento: Cédula_Ciudadanía **Número:** 1007950060 **Edad:** 22 Años / 5 Meses / 10 Dias **F. Nacimiento:** 01/12/2001

Entidad: ESS207 MUTUAL SER EPSS

DETALLE DE LA INCAPACIDAD

Dias de Incapacidad: 126 **Fecha Inicial:** 12/mayo/2024 **Fecha Final:** 14/septiembre/2024

-LICENCIA MATERNA SEGÚN LO ESTIPULADO POR LEY ACTUAL (18 SEMANAS A PARTIR DE LA FECHA 126 DIAS)

Nombre del DX : O800 - PARTO UNICO ESPONTANEO, PRESENTACION CEFALICA DE VERTICE

GAITAN HERRERA GUSTAVO ADOLFO
C.C. 1047503866
MEDICO GENERAL
RM 1047503866

Powered by CamScanner

Fecha Actual : domingo, 12 mayo 2024

E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN

NIT: 900.196.346-9

Cod.Habilitacion:132440049301

CLL 23 N 56-32 Barrio Monte Carmelo

INDICACIÓN MEDICA

INGRESO:689064

FUNDACIÓN SER
Organización para el Desarrollo Social

EVOLUCION \ HOSPITALIZACION

Nº Historia Clínica: 1007950060 **Nº Folio:** 46 **Folio Asociado:** 45

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente:	DANNA MARCELA FERNANDEZ DOMINGUEZ	**Identificacion:**	1007950060 **Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento:	01/diciembre/200**Edad Actual:** 22 Años / 5 Meses / 10 Días 1	**Estado Civil:**	Soltero
Dirección:	BARRIO NARIÑO	**Teléfono:**	3105310587
Procedencia:	EL CARMEN DE BOLIVAR	**Ocupación:**	PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad:	MUTUAL SER EPSS	**Régimen:**	Regimen_Simplificado
Plan Beneficios:	MUTUAL SER EVENTO SUBS - HOSPITALIZACION Y CIRUGIA	**Nivel - Estrato:**	Subsidiado Nivel 1

DATOS DEL INGRESO

Responsable:		**Teléfono Resp:**	
Dirección Resp:		**Fecha Registro:**	12/05/2024 10:17:49 a. m.
Finalidad Consulta:	No_Aplica	**Causa Externa:**	Otra

EVITAR COLOCAR EN EL CORRAL, PELUCHAS, COBIJAS Y SABANAS, MANTNER DORMIDO BOCA ARRIBA, NUNCA DE LADO O BOCA ABAJO, NO REALIZAR COLECHO (NO DORMIR AL BEBE JUNTO CON LOS PADRES EN LA MISMA CAMA) (AL MOMENTO DE DORMIR PUEDEN ASFIXIAR CON LOS BRAZOS AL BEBE)

CONSULTA INMEDIATAMENTE A LA URGENCIA SI TU BEBE PRESENTA LO SIGUIENTE:
· NO PUEDE BEBER NI TOMAR EL PECHO. VOMITA TODO. HA TENIDO CONVULSIONES. ESTA IRRITABLE NO SE CONSUELA, SE VE AMARILLO, ESTÁ LETÁRGICO (SE DUERME MUCHO) O INCONSCIENTE. , REPIRE MAL, SE LE MARQUEN LAS COSTILLAS, MÚLTIPLES EPISODIOS DE VÓMITO Y DIARREA FIEBRE MAYOR A 38 GRADOS (DESCUBRIR Y RETIRAR LA ROPA Y TOMAR NUEVAMENTE PARA CONFIRMAR), SI LOS LABIOS PONEN AZULES O MORADOS Y PRESENTA HUNDIMIENTO DE LAS COSTILLAS, SECRECION FETIDA POR EL OMBLIGO O LO VE ROJO.
SI TOMA LACTANCIA MATERNA PUEDE PRESENTAR AUSENCIA DEPOSICIONES HASTA 1 SEMANA, SI SE BE ABULTADO EL ABDOMEN, SE VE MAL Y SUPERA ESTE TIEMPO ACUDIR POR URGENCIAS.

1047503866

GUSTAVO ADOLFO GAITAN HERRERA
Registro Medico: 1047503866
MEDICO GENERAL

Powered by CamScanner

Fecha Actual : domingo, 12 mayo 2024

E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN

NIT: 900.196.346-9

Cod.Habilitacion:132440049301

CLL 23 N 56-32 Barrio Monte Carmelo

INDICACIÓN MEDICA

INGRESO:689064

FUNDACIÓN SER
Organización para el Desarrollo Social

EVOLUCION \ HOSPITALIZACION

Nº Historia Clínica: 1007950060 **Nº Folio:** 46 **Folio Asociado:** 45

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente:	DANNA MARCELA FERNANDEZ DOMINGUEZ	**Identificacion:** 1007950060	**Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento:	01/diciembre/200 1	**Edad Actual:** 22 Años / 5 Meses / 10 Días	**Estado Civil:** Soltero
Dirección:	BARRIO NARIÑO	**Teléfono:**	3105310587
Procedencia:	EL CARMEN DE BOLIVAR	**Ocupación:**	PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad:	MUTUAL SER EPSS	**Régimen:**	Regimen_Simplificado
Plan Beneficios:	MUTUAL SER EVENTO SUBS - HOSPITALIZACION Y CIRUGIA	**Nivel - Estrato:**	Subsidiado Nivel 1

DATOS DEL INGRESO

Responsable:		**Teléfono Resp:**	
Dirección Resp:		**Fecha Registro:**	12/05/2024 10:17:49 a. m.
Finalidad Consulta:	No_Aplica	**Causa Externa:**	Otra

ORDENES DEL RECIEN NACIDO

-CITA CON PEDIATRIA EN 5DIAS (CON RESULTADO DE TSH NEONATAL).
-ECOGRAFIA DE CADERA BILATERAL (TAMIZAJE DISPLASIA) A LOS 4 MESES
-CITA CON FONOAUDIOLOGIA EN 8 DIAS
-TAMIZAJE VISUAL Y AUDITIVO (S/s OTOEMISIONES ACUSTICAS +POTENCIALES EVOCADOS) CITA OPTOMETRIA
-INGRESAR A CRECIMIENTO Y DESARROLLO
-CONTINUAR ESQUEMA DE VACUNACION PROXIMA DOSIS A LOS 2 MESES DE NACIDO.
ACUDIR A SU EPS O CENTRO DE SALUD DE SU MUNICIPIO.

RECOMENDACIONES:
-LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA A LIBRE DEMANDA O PEDIADO DEL BEBE, (NO EXCEDER MAS DE 2-3 HORAS SIN ALIMENTACION), DAR EXCLUSIVA POR 6 MESES
-LIMPIEZA DE CORDON UMBILICAL CON AGUA Y JABON O SOLUCION SALINA PARA BEBE PREFERIBLEMENTE DESDE LA BASE DEL CORDON HASTA LA PUNTA. NO QUITAR CLAMP QUE CUBRE Y MANTENER SECO, MANTENER POR FUERA DEL PAÑAL Y ROPA
-NO ALIMENTAR CON MAZAMORRAS, CHICHAS, BEBIDAS AROMATICAS, LECHE COMPLEMENTARIA. MANZANILLA, AGUA DE MANZANA.
-NO UTILIZAR BIBERONES, CHUPOS, TETEROS
LAVADO FRECUENTE DE MANOS ANTES Y DESPUÉS DE CADA MANIPULACIÓN DEL NIÑO.
· EVITAR EXPOSICIÓN A PERSONAS CON SÍNTOMAS RESPIRATORIOS, INCLUIDOS HERMANOS PEQUEÑOS.
· SI EL CUIDADOR TIENE SÍNTOMAS RESPIRATORIOS DEBE EVITAR EL CONTACTO CON EL NIÑO. SI ESTO NO SE PUEDE, DEBE USAR TAPABOCAS Y EXTREMAR EL LAVADO DE MANOS.
· EVITAR GUARDERÍA HASTA LOS 6 MESES DE EDAD.
PARA EVITAR ASFIXIA DEL NEONAO NO COLOCAR MEDIAS, MANOPLAS, Y GORRO.
-RECOMENDACIONES DE SUEÑO

Powered by CamScanner

E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN

NIT: 900.196.346-9

Cod.Habilitacion:132440049301

CLL 23 N 56-32 Barrio Monte Carmelo

FUNDACIÓN SER
Organización para el Desarrollo Social

EPICRISIS

Nº44216 **Ingreso No: 689064**

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha Documento: 12/mayo/2024 10:18 a. m. **Confirmado**

Médico: 1047503866 GUSTAVO ADOLFO GAITAN HERRERA

Informacion Paciente: DANNA MARCELA FERNANDEZ DOMINGUEZ **Tipo Paciente:** Subsidiado **Sexo:** Femenino

Tipo Documento: Cédula_Ciudadanía **Número:** 1007950060 **Edad:** 22 Años / 5 Meses / 10 Días **F. Nacimiento:** 01/12/2001

Entidad: ESS207 MUTUAL SER EPSS

INFORMACIÓN DE LA EPICRISIS

Fecha Ingreso: 11/mayo/2024 04:21 a. m. **Fecha Egreso:** 12/mayo/2024 10:18 a. m.

Servicio de Egreso Ninguna **Estado Paciente:** VIVO

Motivo Consulta:

" TENGO DOLORES"

Enfermedad Actual:

PACIENTE DE 22 AÑOS DE EDAD, G2A1, CON EMBARAZO DE 38.2 SEMANAS POR ECOGRAFIA DE I TRIMESTRE, QUIEN INGRESA POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE APROXIMADAMENTE 1 DIA DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DOLOR EN HIPOGASTRIO TIPO CONTRACCCION QUE SE ASOCIA A SALIDA DE LIQUIDO CLARO NO FETIDO EN MODERADA CANTIDAD HACE APROXIMADAMENTE 1 HORA, REFIERE MOVIMIENTOS FETALES POSITIVOS, NIEGA SINTOMAS OMINOSOS.

Revisión del Sistema:

LO ANOTADO

Indica Med/Conducta:

Analisis:

PACIENTE DE 22 AÑOS DE EDAD, G2A1, CON EMBARAZO DE 38.2 SEMANAS POR ECOGRAFIA DE I TRIMESTRE, QUIEN INGRESA POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE APROXIMADAMENTE 1 DIA DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DOLOR EN HIPOGASTRIO TIPO CONTRACCCION QUE SE ASOCIA A SALIDA DE LIQUIDO CLARO NO FETIDO EN MODERADA CANTIDAD HACE APROXIMADAMENTE 1 HORA, REFIERE MOVIMIENTOS FETALES POSITIVOS, NIEGA SINTOMAS OMINOSOS.

PACIENTE DE 22 AÑOS DE EDAD, EN CONTEXTO DE :
G2A1
EMBARAZO DE 38.2 SEMANAS
FETO UNICO VIVO
RUPTURA PRECOZ DE MEMBRANAS +/-1 HORA
TRABAJO DE PARTO FASE LATENTE
RIESGO OBSTETRICO ALTO (OBESIDAD - ABORTO PREVIO - NULIPARA - BAJO NIVEL SOCIOECONOMICO)
REISGO DE DEPRESION POSPARTO BAJO
RIESGO NUTRICIONAL ALTO IMC 40
RIERSGO DE BIOPSICOSOCIAL MODERADO
RIESGO TROMBOTICO MODERADO
ESCALA DEL DOLOR 7/10
PLANIFICACION POSTPARTO : PENDIENTE POR DEFINIR POR LAPACIENTE

PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS ANTERIORMENTE, QUIEN SE ENCUENTRA ESTABLE HEMODINAMICAMENTE AFEBRIL SIN SIGNOS DE SIRS, NORMOTENSA Y NORMOCARDICA, CON BIENESTAR FETAL CONSERVADO DADO POR MONITORIA FETAL SATISFACTORIA, SE INGRESA BAJO CONTEXTO DE TRABAJO DE PARTO FASE LATENTE, PARA LABORATORIOS Y VALORACION POR GINECOLOGIA PARA DEINIR CONDUCTA A SEGUIR. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIAR QUIEN ENTIENDE Y ACEPTA.

Tratamiento:
ORDENES POSTPARTO
TRASLADO A MATERNIDAD CON RECIEN NACIDO ALOJAMIENTO CONJUNTO Y ESTIMULO BINOMIO MADRE HIJO
-DIETA NORMAL
-OXITOCINA 10 UND IM CON SALIDA DE HOMBRO ANTERIOR + 5 UND EN LEV
- AMPICILINA 1GR IV CADA 6 HORAS.
-ACETAMINOFEN 1000 MG VO CADA 6 HORAS.
-VIGILAR BOLO DE SEGURIDAD DE PINARD Y SANGRADO POR GENITALES C 15 MIN POR 2 H LUEGO C 2 H . Y ANOTAR
/S A NEONATO HEMOCLASIFICACION TSH NEONATAL
-INICAR DE AMBULACION DE FORMA TEMPRANA
-CSV Y AC CADA 2 H
-INICIAR LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA A LIBRE DEMANDA AHORA
ORDENES DEL NEONATO
TRASLADO CONJUNTO LADO MATERNO FORTALECIMEINTO VINCULO MADRE-HIJO
-MANTENER EUTERMICO
-LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA A LIBRE DEMANDA
-PROFILAXIS OCULAR CON YODOPOVIDONA OFTALMICA
-VITAMINA K 1 MG IM
-S/S HEMOCLASIFICACION Y TSH
-INICIAR ESQUEMA DE VACUNACION: BCG Y HEPATITIS B
-CUIDADOS GENERALES DEL RECIEN NACIDO
-CURACIONES DE ÓNFALO
-CSV AC
Conducta
HOSPITALIZAR
-DIETA NORMAL
-AMPICILINA 1GR IV CADA 6 HORAS.
-ACETAMINOFEN 500 MG VO CADA 6 HORAS.
-VIGILAR BOLO DE SEGURIDAD DE PINARD Y SANGRADO POR GENITALES
-INICAR DE AMBULACION DE FORMA TEMPRANA
-CSV Y AC CADA 2 H
-INICIAR LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA A LIBRE DEMANDA AHORA CADA 3 HRS
Conducta
SALIDA CON LA MADRE

COLOCACION AL SOL DOS VECES AL DIA 7 AM Y 4 PM SIN ROPA COLOCACION INDIRECTA, NO DIRECTAMENTE AL SOL

Powered by CamScanner

E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN

NIT: 900.196.346-9

Cod.Habilitacion:132440049301

CLL 23 N 56-32 Barrio Monte Carmelo

EPICRISIS

Nº44216 **Ingreso No: 689064**

TRAER POR URGENCIA SI EL BEBE PRESENTA ALGUNO DE LOS SIGUIENTE SINTOMAS:

Cuando el bebé llora debilmente, si no se despierta para alimentarse

Presenta dificultad o falta de fuerza si no tiene tono muscular y se mueve menos de lo normal debes consultar
Si el bebé está irritable, llora sin control aún después de haberle dado de comer, bañado, cambiado, etc.

Si presenta dificultad para respirar: Síntomas de esta dificultad son un ritmo elevado de respiración, 60 respiraciones por minuto o pausas sin respirar de más de 20 segundos, piel azulada, ruidos al respirar y quejidos.

Es importante acudir si el bebé vomita mucho, para evitar que se deshidrate.

alrededor del cordón umbilical o enrojecimiento, pus o sangre que le sale de allí, hedor o mal olor

dificultades en la succión de la leche, intolerancia y rechazo al alimento.

Cuando veas un color azulado en el interior o alrededor de la boca, la lengua, en manos y pies.
Si TIENE FIEBRE, la temperatura de tu bebé es mayor a 38 grados tiene fiebre

CITA A PEDIATRIA EN 3 DIAS

DAR LECHE MATERA A LIBRE DEMANADA CADA 2 A 3 HORAS, SACAR BIEN LOS GASES,

S/S PONETECIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE TALLO

ACOSTAR BOCA ARRIBA.
Conducta

- CITA EN 2 MESES EN SU IPS DE ATENCION PRIMARIA PARA COMPLETAR ESQUEMA.
- SE ENTREGA CARNET DE VACUNACION INFANTIL CON REGISTRO DE DOSIS APLICADAS.
- RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.
- SE DEJA COPIA DEL CARNET DE VACUNACION EN HISTORIA CLINICA DE LA PACIENTE.

Conducta
ORDENES SALIDA POSTPARTO VAGINAL

-ALTA MÉDICA
- MEDROXIPROGESTERONA AMP 150MG, APLICAR IM PREVIO A EGRESO MEDICO
-AMPICILINA TABLETA 500MG #28
USO: TOMAR UNA TABLETA CADA 6 HORAS POR 7 DIAS
-ACETAMINOFEN TABLETA 500MG #28
USO: TOMAR UNA TABLETA CADA 6 HORAS POR DOLOR O FIEBRE
- ACIDO FOLICO TAB 1 MG #90
USO TOMAR UNA TAB DIARIA POR 3 MESES POSTPARTO
- VITAMINA A TAB 50.000 UND #4
USO: TOMAR UNA TAB DIARIA
-SULFATO FERROSO TABLETA 200MG #30
USO: TOMAR UNA TABLETA CADA 24 HORAS POR UN MES

RECOMENDACIONES:
-CITA CON GINECOLOGIA EN 8 DIAS
-CITA PRIORITARIA CON PLANIFICACION FAMILIAR
-COMPLETAR ESQUEMA ANTIBIOTICO

-LICENCIA MATERNA SEGÚN LO ESTIPULADO POR LEY ACTUAL (18 SEMANAS A PARTIR DE LA FECHA 126 DIAS)

SIGNOS DE ALARMA
-ACUDIR A SERVICIO DE URGENCIA SI PRESENTA FIEBRE, CONVULSIONES, DOLOR DE CABEZA INTENSO, ESCUCHA PITIDOS, VE LUCES O MANCHAS NEGRAS, PERDIDA DE CONOCIMIENTO, SANGRADO GENITAL ABUNDANTE, VOMITOS INCONTROLABLES, DOLOR ABDOMINAL INTENSO, FIEBRE QUE NO CEDE A ACETAMINOFEN.

ORDENES DEL RECIEN NACIDO

-CITA CON PEDIATRIA EN 5DIAS (CON RESULTADO DE TSH NEONATAL).
-ECOGRAFIA DE CADERA BILATERAL (TAMIZAJE DISPLASIA) A LOS 4 MESES
-CITA CON FONOAUDIOLOGIA EN 8 DIAS
-TAMIZAJE VISUAL Y AUDITIVO (S/s OTOEMISIONES ACUSTICAS +POTENCIALES EVOCADOS) CITA OPTOMETRIA
-INGRESAR A CRECIMIENTO Y DESARROLLO
-CONTINUAR ESQUEMA DE VACUNACION PROXIMA DOSIS A LOS 2 MESES DE NACIDO.
ACUDIR A SU EPS O CENTRO DE SALUD DE SU MUNICIPIO.

RECOMENDACIONES:
-LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA A LIBRE DEMANDA O PEDIADO DEL BEBE, (NO EXCEDER MAS DE 2-3 HORAS SIN ALIMENTACION), DAR EXCLUSIVA POR 6 MESES
-LIMPIEZA DE CORDON UMBILICAL CON AGUA Y JABON O SOLUCION SALINA PARA BEBE PREFERIBLEMENTE DESDE LA BASE DEL CORDON HASTA LA PUNTA. NO QUITAR CLAMP QUE CUBRE Y MANTENER SECO, MANTENER POR FUERA DEL PAÑAL Y ROPA
-NO ALIMENTAR CON MAZAMORRAS, CHICHAS, BEBIDAS AROMATICAS, LECHE COMPLEMENTARIA. MANZANILLA, AGUA DE MANZANA.
-NO UTILIZAR BIBERONES, CHUPOS, TETEROS
LAVADO FRECUENTE DE MANOS ANTES Y DESPUÉS DE CADA MANIPULACIÓN DEL NIÑO.
· EVITAR EXPOSICIÓN A PERSONAS CON SÍNTOMAS RESPIRATORIOS, INCLUIDOS HERMANOS PEQUEÑOS.
· SI EL CUIDADOR TIENE SÍNTOMAS RESPIRATORIOS DEBE EVITAR EL CONTACTO CON EL NIÑO. SI ESTO NO SE PUEDE, DEBE USAR TAPABOCAS Y EXTREMAR EL

Powered by CamScanner

E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN

NIT: 900.196.346-9

Cod.Habilitacion:132440049301

CLL 23 N 56-32 Barrio Monte Carmelo

FUNDACIÓN SER
Organización para el Desarrollo Social

EPICRISIS

Nº44216 **Ingreso No: 689064**

Condiciones Salida:

Indicación Paciente:

Examen Físico:

Sistema Nervioso Central:
SIN DEFICIT GLASGOW 15/15
Craneo Cara y Cuello:
NORMOCEFALO PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, TABIQUE NASAL CENTRAL, NARINAS PERMEABLES, CUELLO MOVIL NO DOLOROSO A LOS MOVIMIENTOS ACTIVOS NI PASIVOS, TRAQUEA CENTRAL SIN ADENOPATIAS
Torax:
TORAX SIMETRICO EXPANSIBLE RUIDOS CARDIACOS RITMICOS BIEN TIMBRADOS SIN SOPLOS, PULMONES CLAROS BUEN VENTILADOS CON MURMULLO VESICULAR UNIVERSAL SIN SOBREAGREGADOS
Abdomen:
ABDOMEN GLOBOSO POR UTERO GRAVIDO Y ABUNDANTE PANICULO ADIPOSO AU: 36 CM FETO UNICO VIVO LONGUITUDINAL DORSO IZQUIERDO DE LA MADRE FCF: 150 LPM, MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES, SE PALPA ACTIVIDAD UTERINA EN 10 MINUTOS 2/20/10
Piel y Faneras:
HIDRATADA SIN ALTERACIONES
Genito-Urinario:
GENITALES NORMOCONFIGURADOS PARA EDAD Y SEXO, AL TACTO VAGINAL CON VAGINA NORMOTERMICA, CUELLO POSTERIOR DILATACION DE 2CM BORRAMIENTO 80% ESTACION +1 MEMBRANAS ROTAS.
Extremidades:
EUTROFICAS SIN EDEMA

Justificación:

Resultado Examen:

Justificación Muerte:

DIAGNÓSTICOS

TIPO DIAGNÓSTICO	CÓDIGO	NOMBRE	HC
Ingreso/Relacionado	Z358	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO	☑
Ingreso/Relacionado	Z359	SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION	☑
Ingreso/Relacionado	O800	PARTO UNICO ESPONTANEO, PRESENTACION CEFALICA DE VERTICE	☑
Ingreso/Relacionado	Z008	OTROS EXAMENES GENERALES	☑
Egreso	O800	PARTO UNICO ESPONTANEO, PRESENTACION CEFALICA DE VERTICE	☑
Egreso	O800	PARTO UNICO ESPONTANEO, PRESENTACION CEFALICA DE VERTICE	☑
Egreso	O800	PARTO UNICO ESPONTANEO, PRESENTACION CEFALICA DE VERTICE	☑
Egreso	O800	PARTO UNICO ESPONTANEO, PRESENTACION CEFALICA DE VERTICE	☑
Egreso	O800	PARTO UNICO ESPONTANEO, PRESENTACION CEFALICA DE VERTICE	☑
Egreso	O800	PARTO UNICO ESPONTANEO, PRESENTACION CEFALICA DE VERTICE	☑
Egreso	O800	PARTO UNICO ESPONTANEO, PRESENTACION CEFALICA DE VERTICE	☑

EVOLUCIONES MEDICAS

11/05/2024 05:59 FERNANDEZ FERNANDEZ HERMIDES JOSE

Subjetivo
PACIENTE REFIERE DOLOR TIPO CONTRACCION, NIEGA SINTOMAS OMINOSOS.

11/05/2024 08:48 TEJADA PEDROZA MARIA CAMILA

Nota de Ingresi a Piso:
SE TRASLADA PACIENTE A SALA DE PARTO SE COLOCA EN POSICION DE LITOTOMIA, PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA, SE REALIZA TACTO VAGINAL ENCONTRANDOSE DILATACION DE 10 CM BORRAMIENTO DE 100 %, ESTACION +3 MEMBRANAS ROTAS. SE OBSERVA Y SE EVALUA ENCONTRANDOSE PERINE POCO ELASTICO, POR CUAL SE REALIAZ EPISIOTOMIA PREVIA COLOCACION DE ANESTESICO LOCAL, MEDIANTE PUJO ESPONTANEO POR PARTE DE LA MADRE, SE OBSERVA POLO FETAL EN CANAL VAGINAL, SE DAN INDICACIONES A LA MADRE , SE OBTIENE POLO CEFALICO, SIN CIRCULAR DE CORDON EL CUAL SE REDUCE MANUALMENTE, SE PROCEDE A DESPREMNDIMIENTO DE HOMBRO ANTERIOR SE DA ORDEN DE COLOCAR OXITOCINA 10UI IM, LUEGO HOMBRO POSTERIOR CON PREVIA PROTECCION DE PERINE , SE RECIBE RECIEN NACIDO VIVO, SE ESPERA 2 MINUTOS, HASTA QUE CORDON UMBILICAL DEJE DE LATIR FAVORECIENDO CONTACTO PIEL A PIEL CON MADRE, SE PINZA Y SE CORTA CORDON UMBILICAL A SE ENTREGA RECIEN NACIDO A PERSONAL DE ENFERMERIA, PARA MEDICION ANTROPOMETRICA: HORA 08+18 AMSEXO: FEMENINO APGAR 7/10 AL PRIMER MINUTO, 9/5 MINUTOS , 9/10 MINUTOS, PESO 2890 GR – TALLA: 47 CM, PC:31 CMS PT: 32 CMS, PA: 32 CMS SE HACE TRACCION CONTROLADA DEL CORDON Y CONTRATRACCION UTERINA, OBTENIENDOSE PLACENTA TIPO SCHULTZE COMPLETA, SE OBSERVA CANAL VAGINAL CON EPISIOTOMIA SANGRANTE EL CUAL SE SUTURA, SE REALIZA EPISIORRAFIA, SE OBSERVA SALIDA DE SANGRE EN ESCASA CANTIDAD SE REALIZA MASAJE BIMANUAL SE PALPA BOLO DE SEGURIDAD DE PINARD NORMOTONICO SE HACEN MASAJE BIMANUAL, SE REALIZA LIMPIEZA DE LOQUIOS HEMATICOS. PACIENTE TOLERA PROCEDIEMITENTO, SIN COMPLICACIONES PERDIDA ESTIMADA DE SANGRE DE 150 CC
IDX:
POSPARTO VAGINAL CON EPISIOTOMIA + EPISORRAFIA.
RECIEN NACIDO UNICO VIVO 11/05/24 08+18
PUERPERIO INMEDIATO

11/05/2024 10:28 TEJADA PEDROZA MARIA CAMILA

Analisis Subjetivo
NOTA DE 2 HORAS POSPARTO
Analisis Objetivo

PACIENTE FEMENIA DE 22 AÑOS EN CONTEXTO DE :
POSPARTO VAGINAL CON EPISIOTOMIA + EPISORRAFIA.
RECIEN NACIDO UNICO VIVO 11/05/24 08+18
PUERPERIO INMEDIATO

PACIENTE QUIEN REFIERE BUENA ESTANCIA, REFIERE BUENA INTERACCION CON RECIEN NACIDO, YA INICIO LACTANCIA MATERNA, SE VERIFICA TECNICA Y SE INSTRUYE EN LA MISMA,

Powered by CamScanner

E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN

NIT: 900.196.346-9

Cod.Habilitacion:132440049301

CLL 23 N 56-32 Barrio Monte Carmelo

FUNDACIÓN SER
Organización para el Desarrollo Social

EPICRISIS

Nº44216 **Ingreso No: 689064**

PARA EVITAR ASFIXIA DEL NEONAO NO COLOCAR MEDIAS, MANOPLAS, Y GORRO.
-RECOMENDACIONES DE SUEÑO
EVITAR COLOCAR EN EL CORRAL, PELUCHAS, COBIJAS Y SABANAS, MANTNER DORMIDO BOCA ARRIBA, NUNCA DE LADO O BOCA ABAJO, NO REALIZAR COLECHO (NO DORMIR AL BEBE JUNTO CON LOS PADRES EN LA MISMA CAMA) (AL MOMENTO DE DORMIR PUEDEN ASFIXIAR CON LOS BRAZOS AL BEBE)

CONSULTA INMEDIATAMENTE A LA URGENCIA SI TU BEBE PRESENTA LO SIGUIENTE:
· NO PUEDE BEBER NI TOMAR EL PECHO. VOMITA TODO. HA TENIDO CONVULSIONES. ESTA IRRITABLE NO SE CONSUELA, SE VE AMARILLO, ESTÁ LETÁRGICO (SE DUERME MUCHO) O INCONSCIENTE. , REPIRE MAL, SE LE MARQUEN LAS COSTILLAS, MÚLTIPLES EPISODIOS DE VÓMITO Y DIARREA FIEBRE MAYOR A 38 GRADOS (DESCUBRIR Y RETIRAR LA ROPA Y TOMAR NUEVAMENTE PARA CONFIRMAR), SI LOS LABIOS PONEN AZULES O MORADOS Y PRESENTA HUNDIMIENTO DE LAS COSTILLAS, SECRECION FETIDA POR EL OMBLIGO O LO VE ROJO.
SI TOMA LACTANCIA MATERNA PUEDE PRESENTAR AUSENCIA DEPOSICIONES HASTA 1 SEMANA, SI SE BE ABULTADO EL ABDOMEN, SE VE MAL Y SUPERA ESTE TIEMPO ACUDIR POR URGENCIAS.
Conducta
ORDENES SALIDA POSTPARTO VAGINAL

-ALTA MÉDICA
- MEDROXIPROGESTERONA AMP 150MG, APLICAR IM PREVIO A EGRESO MEDICO
-AMPICILINA TABLETA 500MG #28
USO: TOMAR UNA TABLETA CADA 6 HORAS POR 7 DIAS
-ACETAMINOFEN TABLETA 500MG #28
USO: TOMAR UNA TABLETA CADA 6 HORAS POR DOLOR O FIEBRE
- ACIDO FOLICO TAB 1 MG #90
USO TOMAR UNA TAB DIARIA POR 3 MESES POSTPARTO
- VITAMINA A TAB 50.000 UND #4
USO: TOMAR UNA TAB DIARIA
-SULFATO FERROSO TABLETA 200MG #30
USO: TOMAR UNA TABLETA CADA 24 HORAS POR UN MES

RECOMENDACIONES:
-CITA CON GINECOLOGIA EN 8 DIAS
-CITA PRIORITARIA CON PLANIFICACION FAMILIAR
-COMPLETAR ESQUEMA ANTIBIOTICO

-LICENCIA MATERNA SEGÚN LO ESTIPULADO POR LEY ACTUAL (18 SEMANAS A PARTIR DE LA FECHA 126 DIAS)

SIGNOS DE ALARMA
-ACUDIR A SERVICIO DE URGENCIA SI PRESENTA FIEBRE, CONVULSIONES, DOLOR DE CABEZA INTENSO, ESCUCHA PITIDOS, VE LUCES O MANCHAS NEGRAS, PERDIDA DE CONOCIMIENTO, SANGRADO GENITAL ABUNDANTE, VOMITOS INCONTROLABLES, DOLOR ABDOMINAL INTENSO, FIEBRE QUE NO CEDE A ACETAMINOFEN.

ORDENES DEL RECIEN NACIDO

-CITA CON PEDIATRIA EN 5DIAS (CON RESULTADO DE TSH NEONATAL).
-ECOGRAFIA DE CADERA BILATERAL (TAMIZAJE DISPLASIA) A LOS 4 MESES
-CITA CON FONOAUDIOLOGIA EN 8 DIAS
-TAMIZAJE VISUAL Y AUDITIVO (S/s OTOEMISIONES ACUSTICAS +POTENCIALES EVOCADOS) CITA OPTOMETRIA .
-INGRESAR A CRECIMIENTO Y DESARROLLO
-CONTINUAR ESQUEMA DE VACUNACION PROXIMA DOSIS A LOS 2 MESES DE NACIDO.
ACUDIR A SU EPS O CENTRO DE SALUD DE SU MUNICIPIO.

RECOMENDACIONES:
-LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA A LIBRE DEMANDA O PEDIADO DEL BEBE, (NO EXCEDER MAS DE 2-3 HORAS SIN ALIMENTACION), DAR EXCLUSIVA POR 6 MESES
-LIMPIEZA DE CORDON UMBILICAL CON AGUA Y JABON O SOLUCION SALINA PARA BEBE PREFERIBLEMENTE DESDE LA BASE DEL CORDON HASTA LA PUNTA. NO QUITAR CLAMP QUE CUBRE Y MANTENER SECO, MANTENER POR FUERA DEL PAÑAL Y ROPA
-NO ALIMENTAR CON MAZAMORRAS, CHICHAS, BEBIDAS AROMATICAS, LECHE COMPLEMENTARIA. MANZANILLA, AGUA DE MANZANA.
-NO UTILIZAR BIBERONES, CHUPOS, TETEROS
LAVADO FRECUENTE DE MANOS ANTES Y DESPUÉS DE CADA MANIPULACIÓN DEL NIÑO.
· EVITAR EXPOSICIÓN A PERSONAS CON SÍNTOMAS RESPIRATORIOS, INCLUIDOS HERMANOS PEQUEÑOS.
· SI EL CUIDADOR TIENE SÍNTOMAS RESPIRATORIOS DEBE EVITAR EL CONTACTO CON EL NIÑO. SI ESTO NO SE PUEDE, DEBE USAR TAPABOCAS Y EXTREMAR EL LAVADO DE MANOS.
· EVITAR GUARDERÍA HASTA LOS 6 MESES DE EDAD.
PARA EVITAR ASFIXIA DEL NEONAO NO COLOCAR MEDIAS, MANOPLAS, Y GORRO.
-RECOMENDACIONES DE SUEÑO
EVITAR COLOCAR EN EL CORRAL, PELUCHAS, COBIJAS Y SABANAS, MANTNER DORMIDO BOCA ARRIBA, NUNCA DE LADO O BOCA ABAJO, NO REALIZAR COLECHO (NO DORMIR AL BEBE JUNTO CON LOS PADRES EN LA MISMA CAMA) (AL MOMENTO DE DORMIR PUEDEN ASFIXIAR CON LOS BRAZOS AL BEBE)

CONSULTA INMEDIATAMENTE A LA URGENCIA SI TU BEBE PRESENTA LO SIGUIENTE:
· NO PUEDE BEBER NI TOMAR EL PECHO. VOMITA TODO HA TENIDO CONVULSIONES. ESTA IRRITABLE NO SE CONSUELA, SE VE AMARILLO, ESTÁ LETÁRGICO (SE DUERME MUCHO) O INCONSCIENTE. , REPIRE MAL, SE LE MARQUEN LAS COSTILLAS, MÚLTIPLES EPISODIOS DE VÓMITO Y DIARREA FIEBRE MAYOR A 38 GRADOS (DESCUBRIR Y RETIRAR LA ROPA Y TOMAR NUEVAMENTE PARA CONFIRMAR), SI LOS LABIOS PONEN AZULES O MORADOS Y PRESENTA HUNDIMIENTO DE LAS COSTILLAS, SECRECION FETIDA POR EL OMBLIGO O LO VE ROJO.
SI TOMA LACTANCIA MATERNA PUEDE PRESENTAR AUSENCIA DEPOSICIONES HASTA 1 SEMANA, SI SE BE ABULTADO EL ABDOMEN, SE VE MAL Y SUPERA ESTE TIEMPO ACUDIR POR URGENCIAS.

Estado Ingreso:
CONSCIENTE, ORIENTADA, A FEBRIL, TRANQUILA, INGRESA CAMINANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS, TOLERA VIA ORAL, TOLERA O2 AMBIENTE, SIN SIGNOS DE ALARMA A LA INSPECCIÓN

Antecedentes:
Tipo:Alérgicos Fecha: 18/11/2022 02:53 p. m.
Detalle: NIEGA

Result. Procedimientos:

Powered by CamScanner

E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN

NIT: 900.196.346-9

Cod.Habilitacion:132440049301

CLL 23 N 56-32 Barrio Monte Carmelo

FUNDACIÓN SER
Organización para el Desarrollo Social

EPICRISIS

Nº44216 **Ingreso No: 689064**

PUERPERA MEDIATA QUIEN ACTUALMENTE SE ENCUENTRA CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL, SIN PROBLEMAS A LA DEAMBULACION, CIFRAS TENSIONALES EN METAS A LA EXPLORACION, AL EXAMEN FISICO SIN ALTERACIONES DE IMPORTANCIA, QUIEN SE ENCUENTRA EN ALOJAMIENTO CONJUNTO CON NEONATO, ACTIVO, REACTIVO, BUEN PATRON RESPIRATORIO, REFIERE BUENA SUCCIÓN Y LACTANCIA, VALORADA EN CONJUNTO CON ESPECIALISTA EN RONDA MEDICA QUIEN ORDENA DAR DE ALTA CUMPLIENDO TIEMPO PROTOCOLARIO DE ATENCION, SE DEJA CON MANEJO AMBULATORIO, CITA POR GINECOLOGIA Y PLANIFICACION FAMILIAR, SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA TANTO MATERNOS COMO NEONATALES, SE EXPLICA CONDUCTA A PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

SE INFORMA ACERCA DE LOS METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR DISPONIBLES SEGÚN LO INDICADO EN PROTOCOLO DE ANTICONCEPCIÓN DE POST EVENTO OBSTETRICO, QUIEN REFIERE DESEO DE AMPOLLA TRIMESTRAL MEDROXIPROGESTERONA.

SE HACE PEGAGOGIA SOBRE LOS EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS:

SANGRADO INTERMENSTRUAL O MANCHADO, SENSIBILIDAD EN LAS MAMAS, DOLORES DE CABEZA, NÁUSEAS, HINCHAZÓN ABDOMINAL, AUMENTO DE LA PRESIÓN ARTERIAL.

12/05/2024 10:17 GAITAN HERRERA GUSTAVO ADOLFO

ANALISIS SUBJETIVO
-POST PARTO VAGINAL ASISTIDO + EPISIOTOMIA Y EPISIORRAFIA 11/05/2024 A LAS 08+18 HRS
-RECIEN NACIDO UNICO VIVO SEXO FEMENINO
-PUERPERIO MEDIATO

SUBJETIVO
PACIENTE REFIERE SENTIRSE BIEN, NIEGA DOLOR ABDOMINAL, NIEGA SANGRADO VAGINAL, NIEGA CEFALEA, NIEGA FOSFENOS, NIEGA ACUFENOS, NIEGA ESCOTOMAS, NIEGA EDEMA, YA SE LEVANTÓ DE LA CAMA, DEAMBULACION SIN INCONVENIENTES, NO SIGNOS DE ALARMA. EN ALOJAMIENTO CONJUNTO CON RECIEN NACIDO.

ANALSIS OBJETIVO
OBJETIVO
PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, CONSCIENTE, ORIENTADA, AFEBRIL, NORMOCEFALA, CUELLO BIEN IMPLANTADO, PUPILAS ISOCORICAS, NORMOREACTIVAS A LA LUZ, OROFARINGE NORMAL, CUELLO MOVIL SIN MASAS NI ADENOPATIAS, TORAX SIMETRICO, EXPANSIBLE CARDIOPULMONAR NORMAL. NO SOPLOS NO SOBREAGREGADOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE BOLO DE SEGURIDAD DE PINARD PALPABLE, INFRAUMBILICAL, NORMOTONICO. GU: NORMOCONFIGURADOS, LOQUIOS ESCASOS SIN SANGRADO ACTIVO, EXTREMIDADES SIMETRICAS EUTROFICAS SIN EDEMA, SNC SIN DEFICIT.

ACOMPAÑADA DE RECIEN NACIDO, EUTERMICO, ROSADO ACTIVO REACTIVO, NO ICTERICIA FONTANELAS NORMOTENSAS, COANAS PERMEABLE, CUELLO MOVIL SIN MASAS NI ADENOPATIAS, PALADAR INTEGRO, TORAX SIMETRICO, SIN TIRAJES, RS CS RS SIN SOPLOS NO SOBREAGREGADOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO MASAS, SUCCION ADECUADA.

ANALISIS
PUERPERA MEDIATA QUIEN ACTUALMENTE SE ENCUENTRA CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL, SIN PROBLEMAS A LA DEAMBULACION, CIFRAS TENSIONALES EN METAS A LA EXPLORACION, AL EXAMEN FISICO SIN ALTERACIONES DE IMPORTANCIA, QUIEN SE ENCUENTRA EN ALOJAMIENTO CONJUNTO CON NEONATO, ACTIVO, REACTIVO, BUEN PATRON RESPIRATORIO, REFIERE BUENA SUCCIÓN Y LACTANCIA, VALORADA EN CONJUNTO CON ESPECIALISTA EN RONDA MEDICA QUIEN ORDENA DAR DE ALTA CUMPLIENDO TIEMPO PROTOCOLARIO DE ATENCION, SE DEJA CON MANEJO AMBULATORIO, CITA POR GINECOLOGIA Y PLANIFICACION FAMILIAR, SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA TANTO MATERNOS COMO NEONATALES, SE EXPLICA CONDUCTA A PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

SE INFORMA ACERCA DE LOS METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR DISPONIBLES SEGÚN LO INDICADO EN PROTOCOLO DE ANTICONCEPCIÓN DE POST EVENTO OBSTETRICO, QUIEN REFIERE DESEO DE AMPOLLA TRIMESTRAL MEDROXIPROGESTERONA.

SE HACE PEGAGOGIA SOBRE LOS EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS:

SANGRADO INTERMENSTRUAL O MANCHADO, SENSIBILIDAD EN LAS MAMAS, DOLORES DE CABEZA, NÁUSEAS, HINCHAZÓN ABDOMINAL, AUMENTO DE LA PRESIÓN ARTERIAL.

SERVICIOS

CÓDIGO	NOMBRE	HC
902211	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	✓
906219	Virus de Inmunodeficiencia Humana 1 Y 2 ANTICUERPOS	✓
906915	PRUEBA NO TREPONEMICA [VDRL EN SUERO O LCR] MANUAL	✓
903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	✓
911015	HEMOCLASIFICACION SISTEMA Rh [ANTIGENO Rh D] POR MICROTECNICA	✓
904903	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES TSH NEONATAL	✓

MEDICAMENTOS

CÓDIGO	NOMBRE	HC
707298540[illegible]1	LACTATO DE RINGER -Sol Hartmann 500ml -FRESSENIUS	✓
J01CA0111	AMPICILINA 1G POLVO PARA RECONSTITUIR(SICFARMA)	✓
B05XA0323	CLORURO DE SODIO 0.9% 100 ML ML 100	✓
MD000003	ACETAMINOFEN 500 mg TAB	✓
JER03DE1001	JERINGA 10 ML	✓
JER03DEIN06	JERINGA DE INSULINA 270 X 1/2	✓
J01CA0111	AMPICILINA 1G POLVO PARA RECONSTITUIR(SICFARMA	✓
LAB0116	COMPRESA ESTERIL UNIDAD	✓
CLA03[illegible]001	CLAM P/CORDON MEDICAL ESTERIL	✓
GUA03[illegible]002	GUANTE ESTERIL ESTERIL	✓
GUA03[illegible]003	GUANTE ESTERIL N 7 1/2 ESTERIL	✓
JER03DE[illegible]0501	JERINGA 5 ML C/A 21G 1 1/2	✓
B05XA[illegible]006	LACTATO DE RINGER (Sol. Hartmann) 500ml (BAXTER)	✓
H01BB0299	OXITOCINA 10 U.I/ Amp	✓
B02B[illegible]013801	FITOMENADIONA (VITAMINA K1) 1MG/ML SOLUCION INYECTABLE (BIOSANO)	✓
GAES009	GASA ESTERIL 3" X 3", (7,5X7,5 CM)	✓
CAT03CRCT04	CATGUT CROMADO 1 C/A CT-1 90 CM 925 T ETHICON	✓
J01CA011[illegible]	AMPICILINA 1G POLVO PARA RECONSTITUIR(SICFARMA)	✓
B05XA0323	CLORURO DE SODIO 0.9% 100 ML ML 100	✓
JER03DE1001	JERINGA 10 ML	✓
MD000003	ACETAMINOFEN 500 mg TAB	✓
[illegible]	[illegible]	✓

Powered by CamScanner

E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN

NIT: 900.196.346-9

Cod.Habilitacion:132440049301

CLL 23 N 56-32 Barrio Monte Carmelo

FUNDACIÓN SER
Organización para el Desarrollo Social

EPICRISIS

Nº44216 **Ingreso No: 689064**

NORMOCEFALA, PUPILAS ISOCORICAS FOTORREACTIVAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, ESCLERAS ANICTERICAS. CUELLO SIMETRICO, MOVIL, NO DOLOROSO, TRAQUEA MOVIL, CENTRADA, TIROIDES NO PALPABLE, SIN INGURGITACION YUGULAR, SIN SOPLOS NI ADENOPATIAS. TORAX SIMETRICO, EXPANSIBLE, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, BIEN TIMBRADOS, SIN SOPLOS NI AGREGANTES, MURMULLO VESICULAR UNIVERSAL, SIN CREPITOS NI SIBILANTES. ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE LEVEMENTE DOLOROSO EN CUADRANTES INFERIORES, BOLO DE SEGURIDAD DE PINARD NORMOTONICO A NIVEL INFRAUMBILICAL. GENITOURINARIO NORMOCONFIGURADO, LOQUIOS HEMATICOS ESCASOS, NO FETIDOS, SIN SANGRADO ACTIVO. EXTREMIDADES SIMETRICAS, SIN EDEMA. LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS. NEUROLOGICO SIN DEFICIT NI FOCALIZACION APARENTE. GLASGOW 15/15.

RECIEN NACIDO: RECIEN NACIDO, EUTERMICO, ROSADO ACTIVO, REACTIVO, NO ICTERICIA FONTANELAS NORMOTENSAS, COANAS PERMEABLE, CUELLO MOVIL SIN MASAS NI ADENOPATAIAS, PALADAR INTEGRO, TORAX SIMETRICO, SIN TIRAJES, RS CS RS SIN SOPLOS NO SOSBREAGREGADOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO MASA ONFALO SIN SIGNOS DE INFECCION LOCAL, SIN SUPURACIONES, CON CLAMP UMBILICAL , GU NORMOCONFIGURADO SNC SIN DEFCIT APARENTE MORO PRESENTE SUCCION PRESENTE.

PACIENTE CON DIAGNOSTICOS PREVIAMENTE ANOTADOS. ACTUALMENTE SE ENCUENTRA CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE A NIVEL GINECO BSTETRICO: ABDOMEN BLANDO NO DOLOROSO, SE PALPA UTERO EN INVOLUCION NORMOTONICO A NIVEL INFRAUMBILICAL, ESCASOS LOQUIOS HEMATICOS EN CANAL VAGINAL SIN SANGRADO ACTIVO. RESTO DE EXAMEN FISICO SIN ALTERACIONES DE IMPORTANCIA. SE ENCUENTRA NEONATO A SU LADO, ACTIVO, REACTIVO, BUEN PATRON RESPIRATORIO, REFIERE BUENA SUCCIÓN Y LACTANCIA, SE DA EDUCACION PARA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA HASTA LOS 6 MESES DE EDAD Y COMPLEMENTARIA HASTA LOS 2 AÑOS DE EDAD Y RECOMENDACIONES GENERALES ACERCA DEAMBULACION TEMPRANA. POR TODO LO ANTERIOR SE DECIDE CONTINUAR IGUALES ORDENES MEDICAS POR GINECOLOGIA, CUMPLIENDO TIEMPO DE OBSERVACION DE PUERPERIO INTRAHOSPITALARIO, A DETERMINAR CONDUCTA SEGUN EVOLUCION.

11/05/2024 18:02 OCHOA GARCIA TANYA
ANALISIS SUBJETIVO
FOLIO PARA CARGAR MEDICAMENTOS A PACIENTE

11/05/2024 18:35 OCHOA GARCIA TANYA
ANALISIS SUBJETIVO
MEDICAMENTO

11/05/2024 20:01 SARABIA AGAMEZ SANDRA MILENA
ANALISIS SUBJETIVO
RECIEN NACIDO VIVO DE SEXO FEMENINO HIJO DE MADRE DE 22 AÑOS EMBRAZO CONTROLADO, NACE PÓR PARTO VAGINAL NORMAL SIN COMPLICACIONES, CON APGAR AL MINUTO DE 9 A LOS 5 MINUTOS DE 10, ACTIVO, EN APARENTE BUENAS CONDICIONES GENERALES , TIPO DE SANGRE DEL BEBE O+
ANALSIS OBJETIVO
PESO: 28900, TALLA 47 CM, PC 31CM, PT 32 CM, PA 32 CM
SE OBSERVA COLORACION ROSADA, NORMOCEFALO, FONTANELA NORMOPTENSA, ESCLRAS ANICTERICAS, MUCOSAS HUMEDAS, TORX SIMETRICO EXPANSIBLE SIN TIRAJES A LA AUSUCLTACION RCR NO SOPLOS, PULMONES CLAROS SIN SOBREAGREGADOS, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE,A LA PALPACION MUÑOM UMBILICAL PRENSADO A CLAM SIN SALIDA DE SANGRE O SECRECIONES, NO MASAS NIO MEGALIAS, EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES SIMETRICAS, SIN EDEMA, CONCIENTE, ACTIVO, REACTIVO, REFLEJOS PRIMITIVOS PRESENTES

12/05/2024 07:52 LISBETH MONTES CARBAJAL
ANALISIS SUBJETIVO
SE EXPLICA NOTA RETROSPECTIVA 11/05/2024 08:30

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION PAI
VACUNACION AL RECIEN NACIDO.

ANTEDEDENTES: NIEGA
CONTRAINDICACIONES PARA VACUNACION: NO
SEXO: FEMENINO
NOMBRE DEL RN: DARA ANDREA ROMERO FERNANDEZ
NACIDO VIVO: 24052210967794

PESO AL NACER :2890 GR

FECHA DE NACIMIENTO DEL RECIEN NACIDO: 11/05/2024 – 08:18 AM
BIOLOGICOS

• HEPATITIS B: ANTES DE LAS 12 HORAS DE NACIDO.
LOTE: 0321Q018D
FECHA DE VENCIMIENTO: 30/11/2024
APLICADA: 11/05/2024 A LAS 09:30 AM
EN TERCIO MEDIO CARA ANTEROLATERAL DEL MUSLO IZQUIERDO, AGUJA N° 23

• BCG:
LOTE: 0372MA052
FECHA DE VENCIMIENTO: 30/12/2024
APLICADA: 11/05/2024 A LAS 09:32 AM
EN REGION SUBESCAPULAR IZQUIERDA - AGUJA N° 26

VACUNADORA: LISBETH MONTES CARBAJAL
ANALSIS OBJETIVO
SE LE EXPLICA AMPLIAMANENTE LA IMPORTANCIA DE LA VACUNACION, BIOLOGICOS APLICADOS – SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA, CITA EN 2 MESES EN SU IPS DE ATENCION PRIMARIA PARA CONTINUAR ESQUEMA DE VACUNACION.

12/05/2024 08:40 FERNANDEZ FERNANDEZ HERMIDES JOSE
ANALISIS SUBJETIVO
-POST PARTO VAGINAL ASISTIDO + EPISIOTOMÍA Y EPISIORRAFIA 11/05/2024 A LAS 08+18 HRS
-RECIEN NACIDO UNICO VIVO SEXO FEMENINO
-PUERPERIO MEDIATO

SUBJETIVO
PACIENTE REFIERE SENTIRSE BIEN, NIEGA DOLOR ABDOMINAL, NIEGA SANGRADO VAGINAL, NIEGA CEFALEA, NIEGA FOSFENOS, NIEGA ACUFENOS, NIEGA ESCOTOMAS, NIEGA EDEMA, YA SE LEVANTÓ DE LA CAMA, DEAMBULACION SIN INCONVENIENTES, NO SIGNOS DE ALARMA, EN ALOJAMIENTO CONJUNTO CON RECIEN NACIDO.

ANALSIS OBJETIVO
OBJETIVO:
PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, CONSCIENTE, ORIENTADA, AFEBRIL, NORMOCEFALA, CUELLO BIEN IMPLANTADO, PUPILAS ISOCORICAS, NORMOREACTIVAS A LA LUZ, OROFARINGE NORMAL. CUELLO MOVIL SIN MASAS NI ADENOPATIAS, TORAX SIMETRICO, EXPANSIBLE CARDIOPULMONAR NORMAL. NO SOPLOS NO SOBREAGREGADOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE BOLO DE SEGURIDAD DE PINARD PALPABLE, INFRAUMBILICAL, NORMOTONICO, GU: NORMOCONFIGURADOS, LOQUIOS ESCASOS SIN SANGRADO ACTIVO, EXTREMIDADES SIMETRICAS EUTROFICAS SIN EDEMA, SNC SIN DEFICIT.

ACOMPAÑADA DE RECIEN NACIDO, EUTERMICO, ROSADO ACTIVO REACTIVO, NO ICTERICIA FONTANELAS NORMOTENSAS, COANAS PERMEABLE, CUELLO MOVIL SIN MASAS NI ADENOPATIAS, PALADAR INTEGRO, TORAX SIMETRICO, SIN TIRAJES, RS CS RS SIN SOPLOS NO SOBREAGREGADOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO MASAS, SUCCION ADECUADA.

Powered by CamScanner

E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN

NIT: 900.196.346-9

Cod.Habilitacion:132440049301

CLL 23 N 56-32 Barrio Monte Carmelo

EPICRISIS

Nº44216

Ingreso No: 689064

J01CA0111	AMPICILINA 1G POLVO PARA RECONSTITUIR(SICFARMA)	☑
B05XA0323	CLORURO DE SODIO 0.9% 100 ML ML 100	☑
JER03DE1001	JERINGA 10 ML	☑
707298540081	LACTATO DE RINGER -Sol Hartmann 500ml -FRESSENIUS	☑
MD000003	ACETAMINOFEN 500 mg TAB	☑
G03AC063802	MEDROXIPROGESTERONA 150 MG AMP 3 M	☑

GAITAN HERRERA GUSTAVO ADOLFO
C.C. 1047503866
MEDICO GENERAL
RM 1047503866

Powered by CamScanner

E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN

NIT: 900.196.346-9

Cod.Habilitacion:132440049301

CLL 23 N 56-32 Barrio Monte Carmelo

EPICRISIS

N°43313 **Ingreso No: 676611**

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha Documento: 01/mayo/2024 04:43 p. m. **Confirmad**

Médico: 1052095714 CAMILA MARCELA TURBAY ARIZA

Informacion Paciente: HIJO DE DANIELA MARGARITA ANDRADE DIAZ **Tipo Paciente:** Subsidiado **Sexo:** Masculino

Tipo Documento: Número_Unico_Identificación **Número:** 24046110954566 **Edad:** 0 Años / 0 Meses / 1 Dias **F. Nacimiento:** 30/04/2024

Entidad: EPS048 MUTUAL SER EPS

INFORMACIÓN DE LA EPICRISIS

Fecha Ingreso: 01/mayo/2024 08:28 a. m. **Fecha Egreso:** 01/mayo/2024 04:43 p. m.

Servicio de Egreso Ninguna **Estado Paciente:** VIVO

Motivo Consulta:

Enfermedad Actual:

Revisión del Sistema:

Indica Med/Conducta:

Conducta
SALIDA
CITA PEDIATRIA EN 3 DIAS
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA
POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVO Y VISUALES
SIGNOS DE ALARMA CONSULTAR ' POR URGENCIAS SI PRESNETA DIFICULTAD PARA RESPIRAR. FIEBRE. VOMITO. RECHAZO AL ALIMENTO. COLOR AMARRILLE
CIANOSIS (COLOR MORADO) . RECHAZO AL ALIMENTO
Conducta
-CITA CON PEDIATRIA EN 5DIAS (CON RESULTADO DE TSH NEONATAL)
-ECOGRAFIA DE CADERA BILATERAL (TAMIZAJE DISPLASIA) A LOS 4 MESES
-CITA CON FONOAUDIOLOGIA EN 8 DIAS
-TAMIZAJE VISUAL Y AUDITIVO (S/s OTOEMISIONES ACUSTICAS +POTENCIALES EVOCADOS) CITA OPTOMETRIA
-INGRESAR A CRECIMIENTO Y DESARROLLO
-CONTINUAR ESQUEMA DE VACUNACION PROXIMA DOSIS A LOS 2 MESES DE NACIDO.
ACUDIR A SU EPS O CENTRO DE SALUD DE SU MUNICIPIO.

RECOMENDACIONES
-LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA A LIBRE DEMANDA O PEDIADO DEL BEBE, (NO EXCEDER MAS DE 2-3 HORAS SIN ALIMENTACION). DAR EXCLUSIVA POR 6 ME
-LIMPIEZA DE CORDON UMBILICAL CON AGUA Y JABON O SOLUCION SALINA PARA BEBE PREFERIBLEMENTE DESDE LA BASE DEL CORDON HASTA LA PUNTA
QUITAR CLAMP QUE CUBRE Y MANTENER SECO, MANTENER POR FUERA DEL PAÑAL Y ROPA
-NO ALIMENTAR CON MAZAMORRAS. CHICHAS. BEBIDAS AROMATICAS, LECHE COMPLEMENTARIA. MANZANILLA. AGUA DE MANZANA
-NO UTILIZAR BIBERONES, CHUPOS, TETEROS
LAVADO FRECUENTE DE MANOS ANTES Y DESPUES DE CADA MANIPULACIÓN DEL NIÑO.
• EVITAR EXPOSICION A PERSONAS CON SINTOMAS RESPIRATORIOS, INCLUIDOS HERMANOS PEQUEÑOS.
• SI EL CUIDADOR TIENE SINTOMAS RESPIRATORIOS DEBE EVITAR EL CONTACTO CON EL NIÑO. SI ESTO NO SE PUEDE. DEBE USAR TAPABOCAS Y EXTREM
LAVADO DE MANOS
• EVITAR GUARDERÍA HASTA LOS 6 MESES DE EDAD
PARA EVITAR ASFIXIA DEL NEONAO NO COLOCAR MEDIAS. MANOPLAS. Y GORRO
-RECOMENDACIONES DE SUEÑO
EVITAR COLOCAR EN EL CORRAL. PELUCHAS. COBIJAS Y SABANAS. MANTNER DORMIDO BOCA ARRIBA. NUNCA DE LADO O BOCA ABAJO. NO REALIZAR CO
(NO DORMIR AL BEBE JUNTO CON LOS PADRES EN LA MISMA CAMA) (AL MOMENTO DE DORMIR PUEDEN ASFIXIAR CON LOS BRAZOS AL BEBE)

CONSULTA INMEDIATAMENTE A LA URGENCIA SI TU BEBE PRESENTA LO SIGUIENTE
• NO PUEDE BEBER NI TOMAR EL PECHO. VOMITA TODO. HA TENIDO CONVULSIONES. ESTA IRRITABLE NO SE CONSUELA. SE VE AMARILLO. ESTÁ LE TAN
DUERME MUCHO) O INCONSCIENTE . REPIRE MAL. SE LE MARQUEN LAS COSTILLAS. MULTIPLES EPISODIOS DE VOMITO Y DIARREA FIEBRE MAYOR A 38 GR
(DESCUBRIR Y RETIRAR LA ROPA Y TOMAR NUEVAMENTE PARA CONFIRMAR). SI LOS LABIOS PONEN AZULES O MORADOS Y PRESENTA HUNDIMIENTO E
COSTILLAS. SECRECION FETIDA POR EL OMBLIGO O LO VE ROJO.
SI TOMA LACTANCIA MATERNA PUEDE PRESENTAR AUSENCIA DEPOSICIONES HASTA 1 SEMANA. SI SE BE ABULTADO EL ABDOMEN. SE VE MAL Y SUFRE
TIEMPO ACUDIR POR URGENCIAS

Estado Ingreso:

Antecedentes:

Result. Procedimientos:

Condiciones Salida:

Indicación Paciente:

Examen Fisico:

Justificación:

Resultado Examen:

ustificacion Muerte:

Powered by CamScanner

Fecha Actual: miércoles, 01 mayo 2024

E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN

NIT: 900.196.346-9

Cod.Habilitacion:132440049301

CLL 23 N 56-32 Barrio Monte Carmelo

EPICRISIS

Nº43313

Ingreso No: 676611

DIAGNÓSTICOS

TIPO DIAGNÓSTICO	CÓDIGO	NOMBRE	RC
Ingreso/Especialidad	Z370	NACIDO VIVO, UNICO	
Ingreso/Rutas Atención	Z370	NACIDO VIVO, UNICO	
Ingreso/Patron Atención	Z370	NACIDO VIVO, UNICO	
Egreso	Z370	NACIDO VIVO, UNICO	

EVOLUCIONES MEDICAS

01/05/2024 16:33 ORTEGA CASTRO JIVIANA ISABEL

ANALISIS SUBJETIVO
REPORTE DE LAB LEU 19.3* NEU70.5 / Bnd 23.1 Hb 14.6 Hto 43.0 PLAQ 248.000 CALCIO 9.1 PCR 1.3 GLICEMIA 43 CPK TOTAL 78
FOSFATAS ALCALINA 335
LDH 757
ANALISIS OBJETIVO
GLUCOEMTRIA 60 MG DL
PERFIL HIPOXICO NEGATIVO ADECUADA SUCCION NORMOTENSO NORMOGLICEMICO DECIDO DAR SALIDA

01/05/2024 16:41 TURBAY ARIZA CAMILA MARCELA

ANALISIS SUBJETIVO
POSPARTO VAGINAL CON EPISIOTOMÍA + EPISIORRAFIA
RECIÉN NACIDO UNICO VIVO J0/04/24
PUERPERIO INMEDIATO

ANALISIS OBJETIVO
RECIEN NACIDO, EUTERMICO, ROSADO ACTIVO REACTIVO, NO ICTERICIA FONTANELAS NORMOTENSAS, CONAS PERMEABLE, CUELLO MOVIL SIN MASAS NI ADENOPATIAS, A INTEGRO, TORAX SIMETRICO, SIN TIRAJES, RS CS RS SIN SOPLOS NO SOBREAGREGADOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO MASAS, SUCCION ADECUADA.

Deshidrogenasa Lactica (LDH) 757 UI/L
BILIRRUBINAS Bilirrubina Total 4.57 mg/dl 0.2 - 1.2 Recien Nacidos a Termino: Hasta las 48 Hs. 7.5 mg/dl De 3 a 5 dias 12.0 mg/dl Bilirrubina Directa 0.22 mg/dl 0 - 0.3 Bilirrubina Indirecta 4.35 mg/dl
Proteina C Reactiva 1 mg/L
Glucosa 43 mg/dl
CPK TOTAL (CREATIN KINASA TOTAL) 78 24 195 Fosfatasa Alcalina 335 U/L
CALCIO IONIZADO 9.1
HEMOGRAMA Recuento de Leucocitos 19.3 x10e3/uL 3.70 - 10.1 % Neutrofilos 70.4 % 39.3 - 73.7 % Linfocitos 23.1 % 18.0 - 48.3 % Monocitos 4.5 % 4.40 - 12.7 % Eosinofilos 1.8 % 0.00 - 7.30 % Basofilos 0.2 % 0.00 - 1.70 % Granulocitos Inmaduros 4.1 % % Normoblastos (NRBC) 0.0 % # Neutrofilos 13.60 x10e3/uL 1.63 - 6.9 # Linfocitos 4.4 x10e3/uL 1.09 - 2.99 # Monocitos 0.8 x10e3/uL 0.00 - 0.80 # Eosinofilos 0.35 x10e3/uL 0.030 - 0.440 # Basofilos 0.04 x10e3/uL 0.00 - 0.80 # Granulocitos Inmaduros 0.79 x10e3/uL # Normoblastos (NRBC) 0.1 x10^3 /uL Recuento de Eritrocitos 4.3 x10e6/uL 3.93 - 5.22 Hemoglobina 14.8 g/dL 13 - 17 11.8 - 15 Hematocrito 43.6 % 39 - 52 35.4 - 46 Volumen Corpuscular Medio 100.6 fL 81.1 - 96.0 HB Corpuscular Media 34.2 pg 27.9 - 31.2 Concentracion de HB Corpuscular Media 33.9 g/dL 31.8 - 35.4 Ancho Distribucion Eritrocitaria 15.1 % 11.5 - 14.5 Recuento de Plaquetas 240 x10e3/uL 150 - 450 Volumen Plaquetario Medio 11.5 fL 8.90 - 12.6 Ancho de Distribucion Plaquetaria (GSD) 0.00 - 99.9 Concentracion de Plaquetas Grandes (P-LCC) 83 x10^3 /uL % Concentracion de Plaquetas Grandes (P-LCR) 34.6 % Plaquetocrito 0.2 % 0.20 - 0.50 Reticulocitos 0.0200 - 0.20 % Reticulocitos 3.62 % 0.30 - 3.00 Fraccion de Reticulocitos Inmaduros 47.5 % 0.0 - 25.0 Reticulocitos de Baja Fluorescencia 52.5 % 80.0 - 100.0 Reticulocitos de Media Fluorescencia 0.0 % 0.0 - 20.0 Reticulocitos de Alta Fluorescencia 21.6 % 0.0 - 5.0 Hemoglobina Reticulocitaria 29.7

NEONATO, ACTIVO, REACTIVO, BUEN PATRON RESPIRATORIO, REFIERE BUENA SUCCION Y LACTANCIA, VALORADA EN CONJUNTO CON PEDIATRA EN HONDA MEDICA DAR DE ALTA, SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA

SERVICIOS

CÓDIGO	NOMBRE
902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO
903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA
902224	REQUENTO DE RETICULOCITOS AUTOMATIZADO
906913	PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOMATIZADO
903804	CALCIO IONICO
903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
903821	CREATIN QUINASA TOTAL (CK-CPK)
903828	DESHIDROGENASA LACTICA
903833	FOSFATASA ALCALINA

CC 1052095714

TURBAY ARIZA CAMILA MARCELA
C.C 1052095714
MEDICO GENERAL
TM 1052095714

Powered by CamScanner

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F6.MO12.PP Versión 5	29/05/18 Página 1 de 1
BIENESTAR FAMILIAR	FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ___FUNDACION SABER SER___ NUMERO DE CONTRATO: _1300/2602024_
NIT: 806 015 985-9 ANO: ___2024
MES: MAYO
MODALIDAD DE ATENCION: _FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCION: __DIMF

IDENTIFICACION
Regional: __BOLIVAR Centro Zonal: __EL CARMEN DE BOLIVAR
Nombre Agente Educativo (a): GICELA OROZCO CC 33288838 Municipio: __EL CARMEN DE BOLIVAR
Codigo CUENTAME UDS: 1324413806 Hoja 2 de 3
Direccion UDS: CALLE 22 34-28 BARRIO BUMECHE Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención DIMF: CONSTRUYENDO FUTURO 2
Telefono UDS: 3215666521

No de Orden	TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																								TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	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	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1140716111	JULIANA	SOFIA	ARROYO	CAREY	0	9								A					A					A					A			4		
02	RC	1050286881	MADELEINE		CABRERA	MEZA	0	8								A					A					A					A			4		
03	RC	1050286946	LIAM	DAVID	TAPIA	CORTEZ	0	6								A					A					A					A			4		
04	RC	1052101205	THIAGO	ANDRES	DIAZ	BARBOZA	0	7								A					A					A					A			4		
05	RC	1140716061	SAMUEL	ANDRES	TORRES	DIAZ	0	9								A					A					A					A			4		
06	RC	1044023013	DANIEL	ALEJANDRO	VILLERO	BURGOS	0	8								A					A					A					A			4		
07	RC	1052101183	IVANNA		DIAZ	BELTRAN	0	7								A					A					A					A			4		
08	RC	1052101196	BRIAN	CAMILO	QUIROZ	JAIME	0	6								A					A					A					A			4		
09	RC	1052101228	SANTIAGO	ELIAS	BOBADILLA	TEHERAN	0	6								A					A					A					A			4		
10	RC	1050286927	ALINSON	DAYANA	PATERNINA	NAVAS	0	7								A					A					A					A			4		
11	RC	1140716114	LIAM	DAVID	LEIVA	TORRES	0	8								A					A					A					A			4		
12	RC	1052101156	YEILIS	ANDREA	GUZMAN	PARDO	0	7								A					A					A					A			4		
13	RC	1052101200	DARELL	SANTIAGO	FONSECA	OCHOA	0	6								A					A					A					A			4		
																																	TOTAL	52	

Kelly Miranda.
COORDINADOR(A)

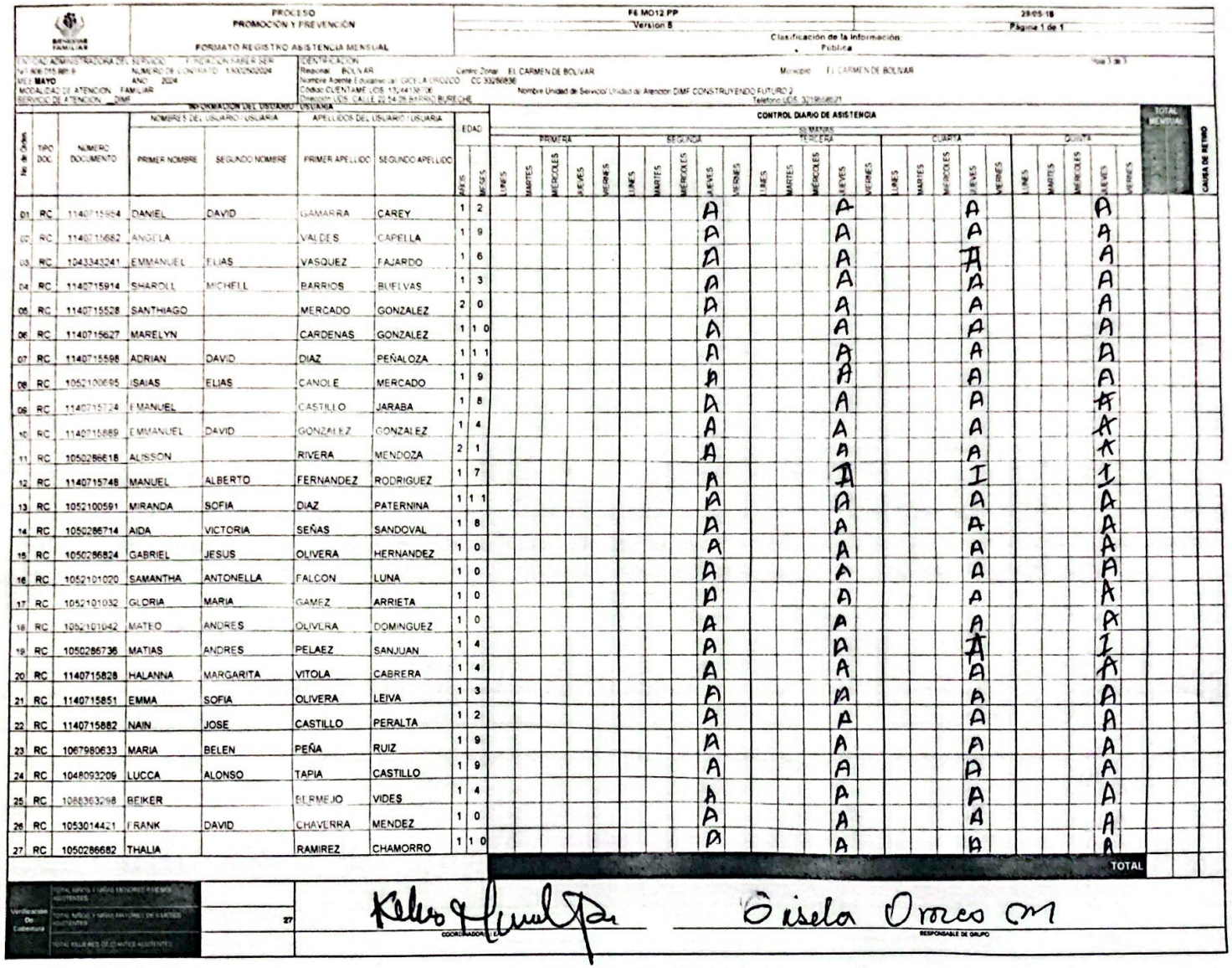
Gicela Orozco M
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

Powered by CamScanner



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP
Versión 5

29/05/18
Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

UNIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION SEMBRE SER
Nit: 806.015.867-9
MES: MAYO
MODALIDAD DE ATENCION: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCION: DMF
NUMERO DE CONTRATO: 1XX2/2024
AÑO: 2024

UBICACION
Regional: BOLIVAR
Nombre Agente Educativo: GISELA OROZCO
Código CUENTAME LOS: 1364138106
Dirección LOS: CALLE 22 54 26 BARRIO BUSCHE
Centro Zonal: EL CARMEN DE BOLIVAR
CC 33256836
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: DMF CONSTRUYENDO FUTURO 2
Teléfono LOS: 3218548621
Municipio: EL CARMEN DE BOLIVAR

Hoja 1 de 1

No de Orden	TIPO DOC	NUMERO DOCUMENTO	INFORMACION DEL USUARIO/ USUARIA: NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA: PRIMERA: LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SEGUNDA: LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	TERCERA: LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	CUARTA: LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	QUINTA: LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	TOTAL MENSUAL	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1140715984	DANIEL	DAVID	GAMARRA	CAREY	1	2									A					A					A					A			
02	RC	1140715682	ANGELA		VALDES	CAPELLA	1	9									A					A					A					A			
03	RC	1043343241	EMMANUEL	ELIAS	VASQUEZ	FAJARDO	1	6									A					A					A					A			
04	RC	1140715914	SHAROLL	MICHELL	BARRIOS	BUELVAS	1	3									A					A					A					A			
05	RC	1140715528	SANTHIAGO		MERCADO	GONZALEZ	2	0									A					A					A					A			
06	RC	1140715627	MARELYN		CARDENAS	GONZALEZ	1	1	0							A					A					A					A			
07	RC	1140715598	ADRIAN	DAVID	DIAZ	PEÑALOZA	1	1	1							A					A					A					A			
08	RC	1052100695	ISAIAS	ELIAS	CANOLE	MERCADO	1	9									A					A					A					A			
09	RC	1140715724	EMANUEL		CASTILLO	JARABA	1	8									A					A					A					A			
10	RC	1140715889	EMMANUEL	DAVID	GONZALEZ	GONZALEZ	1	4									A					A					A					A			
11	RC	1050286618	ALISSON		RIVERA	MENDOZA	2	1									A					A					A					A			
12	RC	1140715748	MANUEL	ALBERTO	FERNANDEZ	RODRIGUEZ	1	7									A					A					I					A			
13	RC	1052100591	MIRANDA	SOFIA	DIAZ	PATERNINA	1	1	1								A					A					A					A			
14	RC	1050286714	AIDA	VICTORIA	SEÑAS	SANDOVAL	1	8									A					A					A					A			
15	RC	1050286824	GABRIEL	JESUS	OLIVERA	HERNANDEZ	1	0									A					A					A					A			
16	RC	1052101020	SAMANTHA	ANTONELLA	FALCON	LUNA	1	0									A					A					A					A			
17	RC	1052101032	GLORIA	MARIA	GAMEZ	ARRIETA	1	0									A					A					A					A			
18	RC	1052101042	MATEO	ANDRES	OLIVERA	DOMINGUEZ	1	0									A					A					A					A			
19	RC	1050286736	MATIAS	ANDRES	PELAEZ	SANJUAN	1	4									A					A					A					A			
20	RC	1140715828	HALANNA	MARGARITA	VITOLA	CABRERA	1	4									A					A					A					A			
21	RC	1140715851	EMMA	SOFIA	OLIVERA	LEIVA	1	3									A					A					A					A			
22	RC	1140715882	NAIN	JOSE	CASTILLO	PERALTA	1	2									A					A					A					A			
23	RC	1067980633	MARIA	BELEN	PEÑA	RUIZ	1	9									A					A					A					A			
24	RC	1048093209	LUCCA	ALONSO	TAPIA	CASTILLO	1	9									A					A					A					A			
25	RC	1088363298	BEIKER		BERMEJO	VIDES	1	4									A					A					A					A			
26	RC	1053014421	FRANK	DAVID	CHAVERRA	MENDEZ	1	0									A					A					A					A			
27	RC	1050286682	THALIA		RAMIREZ	CHAMORRO	1	1	0								A					A					A					A			
																																		TOTAL		

Verificación De Cobertura
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES A DIEZ ASISTENTES
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE DIEZ ASISTENTES
TOTAL ASISTENTES
27

COORDINADOR(A) DE ZONAL

RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

Powered by CamScanner

Servicio de Desarrollo Infantil en Medio Familiar

REGISTRO DE NOVEDADES Y SITUACIONES ESPECIALES

FECHA: 30 | 05 | 24

HORA: 8:30 AM

1. DATOS GENERALES:

Nombre del niño- niña o mujer gestante: _____

Edad: _____

2. Descripción del evento o situación:

Siendo las 8:30 AM se dá apertura al encuentro grupal del día de hoy 30 Mayo 2024, una vez Tomada la asistencia los usuarios Manuel A Fernández, Matias Pelaez S. No asistieron en el día de hoy, manifestaron Telefonicamente y al grupo de Watsap que manejamos no poder asistir por motivos de lluvia incesante, lo cual genera riesgo de enfermedades Virales IRA.

3. Acciones de seguimiento:

En caso de persistir en la inasistencia de los mismos se procederá a seguir Seguimiento.

4.Compromisos:

Seguir motivando a las familias para su asistencia masiva a los encuentros grupales

Gisela Orozco M.

Firma de profesional o agente educativo Quien registra la

Firma del cuidador o mujer gestant

Powered by CamScanner

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP
Versión 5

29/05/18
Página 1 de 1

Clasificación de la información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO ___FUNDACION SABER SER
NIT 806.015.985 9
MES MAYO
AÑO ___2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN _FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN __DIMF

IDENTIFICACIÓN
Regional __BOLIVAR
Centro Zonal __EL CARMEN DE BOLIVAR
Nombre Agente Educativo (a) LERIS VARGAS CC 45582322
Codigo CUENTAME UDS 13002502024
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención DIMF CONSTRUYENDO FUNTURO 2
Dirección UDS CALLE 22 54-28 BARRIO BURECHE
Teléfono UDS 3219558521
Municipio ___EL CARMEN DE BOLIVAR

Hoja 3 de 3

No de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA							CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
	TIPO DOC	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD	SEMANAS																						ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA				
									LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1140716229	SAMUEL		ARIAS	ARRIETA	0	5							A						A					A					A				
02	RC	1140716226	SAMUEL		ATENCIA	MUÑOZ	0	5							A						A					A					A				
03	RC	1140716280	GAEL	JOSE	MONTES	MARTELO	0	3							A						A					A					A				
04	RC	1052101366	MATHÍAS	ANDRES	ARROYO	TORRES	0	4							A						A					A					A				
05	RC	1140716266	ANTONELLA		GARCÍA	CÁRDENA	0	4							A						A					A					A				
06	RC	1052101296	MATEO		BUELVAS	RODRIGUEZ	0	5							A						A					A					A				
07	RC	1052101279	ANTONELLA		ALVAREZ	CASTRO	0	5							A						A					A					A				
08	RC	1140716215	ADRIHAN	CAMILO	GUERRERO	GUZMAN	0	4							A						A					A					A				
09	RC	1140716351	KEYLA	JOHANA	ORTEGA	OROZCO	0	1							I						I					I					I				
10	RC	1052101387	SARA	JULIANA	AGAMEZ	MARTINEZ	0	2							A						A					A					A				
																														TOTAL				

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 5 AÑOS ASISTENTES	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 5 AÑOS ASISTENTES	10
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	

Identificación y Cobertura

Kellis Miranda
COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

Powered by CamScanner

El futuro es de todos

Servicio de Desarrollo Infantil en Medio Familiar

REGISTRO DE NOVEDADES Y SITUACIONES ESPECIALES

FECHA: 02 05 24

HORA: 10:00 Am

1. DATOS GENERALES:

Nombre del niño- niña o mujer gestante: Keyla Johana Ortega Orozco
Edad: 1 mes

2. Descripción del evento o situación:

La Señora Karen Margarita Orozco Cordona 1079 914 445 Al momento de ingresar al programa se encuentra en licensia de maternidad por tal motivo no a podido estar en los encuentro encuentros grupales.

3. Acciones de seguimiento:

hacer el Seguimiento de acompañamiento nutricional para Vigilar el proceso de la lactancia Materna.

4.Compromisos:

hacer entrega de la papeleria de correspondiente de la niña.

Firma de profesional o agente educativo
Quien registra la

Firma del cuidador o mujer gestan

Powered by CamScanner

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F6.MO12.PP Versión 5	29/05/18 Página 1 de 1
BIENESTAR FAMILIAR	FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO ___FUNDACION SABER SER
NIT 806 015 985 9 NUMERO DE CONTRATO _13002502024
ME MAYO ANO:__2024
MODALIDAD DE ATENCION: _FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCION: __DIMF

IDENTIFICACIÓN
Regional __BOLIVAR Centro Zonal __EL CARMEN DE BOLIVAR Municipio: __EL CARMEN DE BOLIVAR
Nombre Agente Educativo (a): LERIS VARGAS CC 45582322
Código CUENTAME UDS: 13002502024 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención DIMF CONSTRUYENDO FUNTURO 2
Dirección UDS: CALLE 22 54-28 BARRIO BURECHE Teléfono UDS: 3219558521

Hoja 2 de 2

INFORMACION DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																												TOTAL MENSUAL		
								SEMANAS																														
								PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA										
Nº de Orden	TIPO DOC	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD																													ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	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	1140716106	SAMUEL	JOSE	TOVAR	MARTELO	0	8								A					A					A					A					4		
02	RC	1050286917	SARA	VALENTINA	PEÑARANDA	ARROYO	0	6								A					A					A					A					4		
03	RC	1015489420	EMMANUEL		NAVARRO	HERRERA	0	7								A					A					A					A					4		
04	RC	1050286890	CAMILA	ANDREA	NAVARRO	PEÑA	0	6								A					A					A					A					4		
05	RC	1140716154	KALEB		PEREZ	ZAPATA	0	6								A					A					A					A					4		
06	RC	1050286865	KYLIAN	JOSE	SIMANCA	MEDINA	0	9								A					A					A					A					4		
07	RC	1140716057	IZAN	DAVID	ROMERO	SERRANO	0	10								A					A					A					A					4		
08	RC	1052101212	MILAN	NAEL	TORRES	OCHOA	0	6								A					A					A					A					4		
09	RC	1050286853	AURORA	CELESTE	LEGUIA	HERRERA	0	8								A					A					A					A					4		
																																		TOTAL		36	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	9
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	

Kelis Miranda Pun
COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP | Versión 8 | 29/05/18 | Página 1 de 3

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION SABER SER
NIT: 806 015 985 9 | NUMERO DE CONTRATO: 13002502024
MES: MAYO | AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCION: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCION: DIMF

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLIVAR
Nombre Agente Educativo (a): LERIS VARGAS
Código CUENTAME UDS: 13002502024
Dirección UDS: CALLE 22 54-28 BARRIO BURECHE

Centro Zonal: EL CARMEN DE BOLIVAR | Municipio: EL CARMEN DE BOLIVAR
CC 45582322
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención DIMF CONSTRUYENDO FUNTURO 2
Teléfono UDS: 3219558521

Hoja 1 de 2

No de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																			TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									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	1140715787	MOISES	DAVID	GONZALEZ	ESTRADA	1	5									A					A					A					A	4		
02	RC	1052100235	PAULINA		SANJUAN	ROCHA	2	6									A					A					A					A	4		
03	RC	1050286761	MATEO		MONTES	SALCEDO	1	4									A					A					A					A	4		
04	RC	1140715769	YULIBETH	PAOLA	BARRIOS	JULIO	1	6									A					A					A					A	4		
05	RC	1140715906	CHLOE	CELESTE	VARGAS	GONZALEZ	1	3									A					A					A					A	4		
06	RC	1042865984	EMELY	SOPHIA	HERNANDEZ	FERREIRA	1	3									A					A					A					A	4		
07	RC	1140715820	NATANAEL		SALAZAR	GONZALEZ	1	5									A					A					A					A	4		
08	RC	1140715936	NAHOMYS		OCHOA	BATISTA	1	2									A					A					A					A	4		
09	RC	1140715739	VICTOR	MANUEL	SALCEDO	MARTELO	1	7									A					A					A					A	4		
10	RC	1140715850	DIEGO		ATENCIA	TORRES	1	4									A					A					A					A	4		
11	RC	1052100599	STIVEN	JOSE	MUÑOZ	MENDOZA	1	10									A					A					A					A	4		
12	RC	1043342548	EMMILY	SOFÍA	FUENTES	PATERNINA	1	6									A					A					A					A	4		
13	RC	1240297473	WIL	SANTIAGO	LUGO	MEZA	1	6									A					A					A					A	4		
14	RC	1052100624	XALETH	DAVID	PERNETH	CAMARGO	1	9									A					A					A					A	4		
15	RC	1052100860	EMILY	SOFIA	RICO	PEREZ	1	3									A					A					A					A	4		
16	RC	1050287016	SAEL	DAVID	TORRES	SUAREZ	1	1									A					A					A					A	4		
17	RC	1140715757	ELIAS	JOSE	VALENCIA	NARVAEZ	2	2									A					A					A					A	4		
18	RC	1140716004	THIAGO	LUIS	MENDOZA	CHICA	1	0									A					A					A					A	4		
19	RC	1052100097	DAVINSON	DAVID	HERRERA	HERRERA	2	9									A					A					A					A	4		
20	RC	1140715346	FREDIS	ENRIQUE	TAPIA	BUELVAS	2	4									A					A					A					A	4		
																																TOTAL	80		

Verificacion De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	20
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	

Kelly Maria P.
COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	29/05/18
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

Hoja 1 de 3

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :___FUNDACION SABER SER
NIT: 806 015.985.9 NUMERO DE CONTRATO: _13002502024
ME: MAYO AÑO:__2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: _FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: __DIMF

IDENTIFICACIÓN
Regional: __BOLIVAR Centro Zonal __EL CARMEN DE BOLIVAR Municipio: __EL CARMEN DE BOLIVAR
Nombre Agente Educativo (a): IRIS DIAZ CC 45576238
Código CUENTAME UDS: 13002502024 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención DIMF CONSTRUYENDO FUNTURO 2
Dirección UDS: CALLE 22 54-28 BARRIO BURECHE Teléfono UDS: 3219558521

INFORMACION DEL USUARIO / USUARIA									CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																												TOTAL MENSUAL		
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																														
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA										
No. de Orden	TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	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	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	CC	1002439446	YESICA	PAOLA	TORRES	MENDEZ	28	8		A					A					A					A					A					4		
02	CC	1068661739	XILENA		HERNANDEZ	BANDERA	28	5		A					A					A					A					A					4		
03	CC	1050276940	ANDREA	CAROLINA	LUNA	ALVAREZ	19	3		A					A					A					A					A					4		
04	CC	1052093563	JENIFER		CABARCAS	MEZA	25	1		A					A					A					A					A					4		
05	CC	1052067225	ANA	MILENA	ALVIS	TORRES	38	2		A					A					A					A					A					4		
06	RC	1140716320	ELIECER	MANUEL	HERRERA	PADILLA	0	2		A					A					A					A					A					4		
07	RC	1140716311	DILAN	DAVID	DIAZ	GUTIERREZ	0	2		A					A					A					A					A					4		
08	RC	1052101247	JANER	YESITH	DEAVILA	VALDES	0	5		A					A					A					A					A					4		
09	RC	1052101292	ASHLEY	SOFIA	HERNANDEZ	MENDOZA	0	4		A					A					A					A					A					4		
10	RC	1050981697	SARA	SOFIA	LAZO	GONZALEZ	0	5		A					A					A					A					A					4		
																																	TOTAL	40		

Verificacion De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	10
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	

Kellis Miranda Ruiz
COORDINADOR(A) EA

Iris Diaz Cano
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F8.MO12.PP | Versión 8 | 29/05/18 | Página 1 de 3

Clasificación de la Información: Pública

Hoja 2 de 3

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION SABER SER
NIT: 806.015.985.9 | NUMERO DE CONTRATO: 13002502024
MES: MAYO | AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: DIMF

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLIVAR | Centro Zonal: EL CARMEN DE BOLIVAR | Municipio: EL CARMEN DE BOLIVAR
Nombre Agente Educativo (a): IRIS DIAZ | CC 45576238
Código CUENTAME UDS: 13002502024 | Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: DIMF CONSTRUYENDO FUNTURO 2
Dirección UDS: CALLE 22 54-28 BARRIO BURECHE | Teléfono UDS: 3219558521

No. de Orden	INFORMACION DEL USUARIO / USUARIA: TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS: PRIMERA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	SEGUNDA	TERCERA	CUARTA	QUINTA	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1050286973	GAEL	DAVID	ESCORCIA	LEGUIA	0	6				A	A	A	A	4		
02	RC	1140716190	ISABELLA		MONTERO	MARTINEZ	0	6				A	A	A	A	4		
03	RC	1140716168	ABBY	VICTORIA	CALDERON	SIERRA	0	6				A	A	A	A	4		
04	RC	1140716159	LARISSA	SOFIA	DEAVILA	MARQUEZ	0	6				A	A	A	A	4		
05	RC	1050286924	CAMILO	ANDRES	TORRES	MADRID	0	6				A	A	A	A	4		
06	RC	1052101166	LUIS	SANTIAGO	GARRIDO	SERRANO	0	7				A	A	A	A	4		
07	RC	1050286866	LIAM	ANDRES	CARDENAS	CARO	0	9				A	A	A	A	4		
08	RC	1140716053	YULIANN	ANDRES	BARRAZA	CRUZ	0	10				A	A	A	A	4		
09	RC	1052101072	EMILIANO		SUAREZ	MONTES	0	10				A	A	A	A	4		
10	RC	1140716072	LUZ	SELENA	TORRIENTE	BAÑOS	0	9				A	A	A	A	4		
11	RC	1140716062	LUNA	SOFIA	VALDES	RIVERA	0	8				A	A	A	A	4		
12	RC	1140716054	DILAN	JOSE	OCHOA	ARVELO	0	10				A	A	A	A	4		
13	RC	1052101121	IAM	DANIEL	TORRES	BERMUDEZ	0	9				A	A	A	A	4		
14	RC	1052101083	BRIANNA	THAEL	BARRIOS	VILORIA	0	10				A	A	A	A	4		
15	RC	1140716079	JESUS	MIGUEL	HERRERA	GARCIA	0	9				A	A	A	A	4		
															TOTAL	60		

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	15
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	

Kelly Miranda P.
COORDINADOR(A) EA

Iris Diaz Cano
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

Powered by CamScanner

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP
Versión 5

29/05/18
Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACIÓN SABER SER — IDENTIFICACIÓN
NIT: 806.015.985-9 — NUMERO DE CONTRATO: 13002502024 — Regional: BOLIVAR — Centro Zonal: EL CARMEN DE BOLIVAR — Municipio: EL CARMEN DE BOLIVAR — Hoja 3 de 3
MES: MAYO — AÑO: 2024 — Nombre Agente Educativo (a): IRIS DIAZ — CC 45676238
MODALIDAD DE ATENCION: FAMILIAR — Codigo CUENTAME UDS: 13002502024 — Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atencion: DIMF CONSTRUYENDO FUTURO 2
SERVICIO DE ATENCION: DIMF — Dirección UDS: CALLE 22 54-28 BARRIO BURECHE — Telefono UDS: 3219556521

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																								TOTAL ASISTENCIA		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRE DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRE DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	SEMANAS: PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA							
									LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1140715152	JUAN	JOSE	PEREZ	GAMARRA	2	3									A					A					A					A			
02	RC	1052100897	AYLA		GUEVARA	VASQUEZ	1	2									A					A					A					A			
03	RC	1140715824	SAMARA	SOFIA	BALLESTAS	BOHORQUEZ	1	3									A					A					A					I			
04	RC	1238348967	MILAGROS		BLANCO	MARQUEZ	1	6									A					A					P					A			
05	RC	1242589627	GAEL	DAVID	JARABA	FLORES	1	6									A					A					A					A			
06	RC	1052100730	LIAM	ANDRES	DEAVILA	JIMENEZ	1	7									A					A					A					A			
07	RC	1140715783	ISABELLA		GALLARDO	TORRES	1	4									A					A					A					A			
08	RC	1073146597	THIAGO	ANDRES	MENDOZA	BELEÑO	1	2									A					A					A					A			
09	RC	1140715590	BRIANIS	SOFIA	GALVAN	HERRERA	1	9									A					A					A					A			
10	RC	1050961023	LIANA	SOFIA	HERRERA	HERNANDEZ	1	7									A					A					A					A			
11	RC	1201289618	EMILIANO		PICO	OROZCO	1	1 1									A					A					A					A			
12	RC	1052100787	YAN	CARLOS	CARO	ROSALES	1	8									A					A					A					A			
13	RC	1140715690	LUCIANA		TORRES	RIVAS	1	4									A					A					A					A			
14	RC	1140715495	MARIA	ANGEL	MARTINEZ	BUELVAS	2	2									A					A					A					I			
15	RC	1102896354	MARIA	ELIS	PRASCA	CARMONA	2	0									A					A					A					A			
16	RC	1052101268	AINARA	SOFIA	LAMADRID	MALDONADO	1	0									A					A					A					A			
17	RC	1050286850	WILLIAM	JOSE	OROPEZA	LAMBRAÑO	1	0									A					A					A					A			
18	RC	1052101045	NEYMAR	JUNIOR	CONTRERAS	SALCEDO	1	0									A					A					A					A			
19	RC	1140716043	DANIEL	EDUARDO	SALGADO	BOLAÑO	1	0									A					A					A					A			
20	RC	1140715865	LUISANA		GUTIERREZ	NIEVES	1	0									A					A					A					A			
21	RC	1050286530	PAULA	ELENA	SALAZAR	SALAZAR	2	6									A					A					A					A			
22	RC	1044022632	MELODY	AINARA	VANEGAS	ALVAREZ	1	0									A					A					A					A			
23	RC	1044022675	EYTHAN		CANO	BUITRAGO	1	0									A					A					A					A			
24	RC	1050286872	SARA	SOFIA	TORRES	TAPIA	1	0									A					A					A					A			
25	RC	1052100492	ALANIS	SOFIA	GARCIA	MONTES	2	1									A					A					A					A			
																																TOTAL			

Verificación De Cobertura
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS HOMBRES (MES) ASISTENTES
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MUJERES (MES) ASISTENTES
TOTAL FIGURAS GESTANTES ASISTENTES

25

Kellis Hernandez
COORDINADOR(A) EA

Iris Diaz Cano
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

Powered by CamScanner

Servicio de Desarrollo Infantil en Medio Familiar

REGISTRO DE NOVEDADES Y SITUACIONES ESPECIALES

FECHA: 30 | 05 | 24

HORA: 8:30 am

1. DATOS GENERALES:

Nombre del niño- niña o mujer gestante: Samara Ballesteros Bohorquez

Edad: 15 Meses

2. Descripción del evento o situación:

La madre de la niña Samara nos informa que su hija no puede asistir al encuentro por presentar Vomito y EDA. enfermedad que le impide sacarla de la casa y menos con el clima lluvioso con el que amanecimos en el día de hoy.

3. Acciones de seguimiento:

Recomendamos a la madre estar atenta a la salud de la niña, empezar hidratación y en caso de persistir llevarla al médico

4.Compromisos:

Continuaremos motivando a la familia para que cuando la niña mejore pueda asistir a el encuentro general.

Iris Díaz Cano

Firma de profesional o agente educativo Quien registra la

Nelly B

Firma del cuidador o mujer gesta

Powered by CamScanner

El futuro es de todos

Servicio de Desarrollo Infantil en Medio Familiar

REGISTRO DE NOVEDADES Y SITUACIONES ESPECIALES

FECHA: 30 | 05 | 24

HORA: 8:30 am.

1. DATOS GENERALES:

Nombre del niño- niña o mujer gestante: Hario Angel Martinez Bueltas

Edad: 23 Meses

2. Descripción del evento o situación:

El padre de familia de la usuaria en mención manifiesta no poder asistir al encuentro en el día de hoy, ya que la niña presenta un cuadro gripal y fiebre y por lo clima lluvioso que hay en el día de hoy se hace imposible sacarla para llevarla hasta la unidad.

3. Acciones de seguimiento:

Recomendamos a la familia que en caso de persistir la enfermedad llevarla al medico. Si persiste las inasistencias procederemos a realizar seguimiento.

4.Compromisos:

Continuar motivando a la familia para las asistencias a los encuentros grupales.

Iris Diaz Cano

Firma de profesional o agente educativo
Quien registra la

Deylis M.H.

Firma del cuidador o mujer gestar

Powered by CamScanner

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F6.MO12.PP Versión 5	29/05/18 Página 1 de 1
BIENESTAR FAMILIAR	FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO ___FUNDACION SABER SER
NIT: 806 015 985 9 NUMERO DE CONTRATO _13002502024
MES MAYO AÑO ___2024
MODALIDAD DE ATENCION _FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCION __DIMF

IDENTIFICACIÓN
Regional __BOLIVAR
Nombre Agente Educativo (a): OLGA IBAÑEZ
Código CUENTAME UDS 13244138706
Dirección UDS: CALLE 22 54-28 BARRIO BURECHE

Centro Zonal __EL CARMEN DE BOLIVAR
CC 33283908
Municipio: ___EL CARMEN DE BOLIVAR
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención DIMF CONSTRUYENDO FUNTURO 2
Teléfono UDS: 3219556521

Hoja 1 de 3

No de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA SEMANAS PRIMERA: LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SEGUNDA: LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	TERCERA: LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	CUARTA: LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	QUINTA: LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	TOTAL MENSUAL #ASISTENCIAS	#AUSENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	TI	1052076321	DIANA	MARCELA	JARABA	MARTINEZ	1 6	1 0							A					A					A					A					4		
02	TI	1052073103	WENDY	JOHANA	ORTEGA	SALCEDO	1 8	1							A					A					A					A					4		
03	CC	1052081668	AURA	MARIA	MARTINEZ	SUAREZ	3 2	1 1							A					A					A					A					4		
04	RC	1140716299	JADER	DAVID	VALDES	VARGAS	0	1							A					A					A					A					4		
05	RC	1052101435	AXEL	DAVID	CASTILLO	ARIAS	0	1							A					A					A					A					4		
06	RC	1140716261	ALISSON	PATRICIA	MONTERO	MEDINA	0	2							A					A					A					A					4		
07	RC	1050286970	ABBY		GONZALEZ	HERNANDEZ	0	5							A					A					A					A					4		
08	RC	1052101254	ISABELLA	SOFIA	BOLAÑO	QUIROZ	0	5							A					A					A					A					4		
09	RC	1140716209	LUCIANA		LOZANO	GUEVARA	0	5							A					A					A					A					4		
10	RC	1052101226	ALEXA		RODRIGUEZ	NOVOA	0	5							A					A					A					A					4		
11	TI	1052074497	KAROLL	JULIANA	IBAÑEZ	TURIZO	1 7	7							A					A					A					A					4		
																																	TOTAL	44		

Verificacion De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	11
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	

Kellys Miranda P.
COORDINADOR(A) EA

Olga Ibañez G.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	29/05/18
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION SABER SER
NIT: 806 015 985 9 — NUMERO DE CONTRATO: 13002502024
MES: MAYO — AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCION: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCION: DIMF

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLIVAR
Nombre Agente Educativo (a): OLGA IBANEZ — CC 33283908
Código CUENTAME UDS: 13244138706
Dirección UDS: CALLE 22 54-26 BARRIO BURECHE
Centro Zonal: EL CARMEN DE BOLIVAR
Municipio: EL CARMEN DE BOLIVAR
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención DIMF CONSTRUYENDO FUNTURO 2
Teléfono UDS: 3219558521

Hoja 2 de 3

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA: NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA — PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA — PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD — AÑOS	MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS — PRIMERA: LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SEGUNDA: LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	TERCERA: LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	CUARTA: LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	QUINTA: LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	#ASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1050286887	SCARLETT		CORPAS	LAMBRAÑOS	0	8			A					A					A					A					4		
02	RC	1140716076	MIGUELANGEL		DE ARCO	PATERNINA	0	9			A					A					A					A					4		
03	RC	1044023270	ABIGAIL		ALCAZAR	RIVERO	0	7			A					A					A					A					4		
04	RC	1052101213	DARIEL		MARTINEZ	BOLIVAR	0	8			A					A					A					A					4		
05	RC	1052101091	HANNA		BLANCO	SIERRA	0	10			A					A					A					A					4		
06	RC	1140716189	BREYNER	JOSE	MARTINEZ	MARTINEZ	0	8			A					A					A					A					4		
07	RC	1140716086	LUCIANA		BENITEZ	QUIROZ	1	8			A					A					A					A					4		
08	RC	1052101064	ISABELLA		VARGAS	MARQUEZ	0	10			A					A					A					A					4		
09	RC	1140716069	JUAN	PABLO	ARIAS	BERRIO	0	9			A					A					A					A					4		
																															TOTAL	36		

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	9
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

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

Powered by CamScanner

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F6.MO12.PP Versión 5	29/05/18 Página 1 de 1
BIENESTAR FAMILIAR	FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL		Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION SABER SER
NIT 805 015 985 9 — NUMERO DE CONTRATO 13002502024
MES MAYO — AÑO 2024
MODALIDAD DE ATENCION FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCION DIMF

IDENTIFICACIÓN
Regional BOLIVAR — Centro Zonal EL CARMEN DE BOLIVAR — Municipio EL CARMEN DE BOLIVAR
Nombre Agente Educativo (a) OLGA IBAÑEZ — CC 33283908
Código CUENTAME UDS 13244139706
Dirección UDS CALLE 22 54-28 BARRIO BURECHE
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención DIMF CONSTRUYENDO FUNTURO 2
Teléfono UDS 3219556521

Hoja 3 de 3

No de Orden	TIPO DOC	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS — PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	TOTAL ASISTENCIAS		
01	RC	1140715666	ADRIAN	DAVID	QUINTERO	ORTEGA	1	6									A					A					A					A		4		
02	RC	1052100297	SEBASTIAN		ORTEGA	ARCOS	2	3									A					A					A					A		4		
03	RC	1052100678	SAMARA		RODRIGUEZ	TEHERAN	1	6									A					A					A					A		4		
04	RC	1140715848	SAMARA		LLERENA	LORA	1	3									A					A					A					A		4		
05	RC	1052100551	ALLANA	VANESSA	GUTIERREZ	SIERRA	1	10									A					A					A					A		4		
06	RC	1052100930	EMILIANO		QUIROZ	VALDEZ	1	0									A					A					A					A		4		
07	RC	1052100040	MARIA	VICTORIA	MONTES	VIDES	2	9									A					A					A					A		4		
08	RC	1140715918	STIVEN	CAMILO	LUNA	OSORIO	1	1									A					A					A					A		4		
09	RC	1052100625	ADRIAN	DAVID	MARTINEZ	FLOREZ	1	8									A					A					A					A		4		
10	RC	1050286711	MARIA	EMMA	ESCHONBOT	URRUTIA	1	6									A					A					A					A		4		
11	RC	1052100166	EUTH		MONTES	GRACIA	2	7									A					A					A					A		4		
12	RC	1140715109	SANTIGO	ANDRES	TARRA	VERGARA	2	6									A					A					A					A		4		
13	RC	1052100201	DANNA	SOFIA	GONZALEZ	MUÑOZ	2	5									A					A					A					A		4		
14	RC	1140715792	EMMANUEL		OSORIO	MELENDREZ	1	4									A					A					A					A		4		
15	RC	1050286821	JESUS	ADRIAN	MONTES	CEPEDA	1	0									A					A					A					A		4		
16	RC	1042865737	ZOE		ALCAZAR	CARO	1	11									A					A					A					A		4		
17	RC	1140715602	JEREMY	RAFAEL	VILORIA	FLORES	1	8									A					A					A					A		4		
18	RC	1241591338	AMELIA	ITZAE	MAVAREZ	OCANDO	1	0									A					A					A					A		4		
19	RC	1052100177	YANDRYS	PAOLA	PEREZ	GONZALEZ	2	5									A					A					A					A		4		
20	RC	1050286963	EMMANUEL	DAVID	FERIA	BOHORQUEZ	1	0									A					A					A					A		4		
21	RC	1043344092	CARLOS	MIGUEL	CARO	CARO	1	0									A					A					A					A		4		
22	RC	1050286713	MAIK	DAVID	MORENO	CHAMORRO	1	5									A					A					A					A		4		
23	RC	1052100984	ANDRES	DAVID	ARAGON	HERRERA	1	0									A					A					A					A		4		
24	RC	1050286673	JUAN	ANDRES	PEREZ	MORENO	1	9									A					A					A					A		4		
25	RC	1052100854	MARIPAZ		MELENDREZ	TORRES	1	2									A					A					A					A		4		
26	RC	1140715059	MARIA	FERNANDA	LEGUIA	JARABA	2	8									A					A					A					A		4		
27	RC	1140715937	SAMUEL	DAVID	SIERRA	ROMERO	1	0									A					A					A					A		4		
28	RC	1140715776	SALOME		ACOSTA	BARRIOS	1	6									A					A					A					A		4		
29	RC	1052100805	EMMA	VALERIA	MERCADO	SIERRA	1	5									A					A					A					A		4		
30	RC	1140715920	NILSON	GAEL	ROJAS	ALONSO	1	1									A					A					A					A		4		
																																	TOTAL	120		

Verificación De Cobertura

30

Kellis Alvarado
COORDINADOR(A) EA

Olga Ibañez S.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP | Versión 5 | 29/05/18 | Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

Hoja 1 de 3

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION SABER SER
NIT: 806 015.985.9 NUMERO DE CONTRATO: 13002502024
MES: MAYO AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCION: DIMF

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLIVAR Centro Zonal: EL CARMEN DE BOLIVAR Municipio: EL CARMEN DE BOLIVAR
Nombre Agente Educativo (a): LINETH SIERRA CC 33282346
Codigo CUENTAME UDS: 13244138706 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención DIMF CONSTRUYENDO FUTURO 2
Dirección UDS: CALLE 22 54-28 BARRIO BURECHE Teléfono UDS: 3219558521

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
	TIPO DOC	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	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	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	CC	1052074764	ROSBELIS		PEREZ	CARRILLO	1	8							A						A						A						4		
02	TI	1052077356	NATALIA	PARIS	FERNANDEZ	HERAZO	1	6							A						A						A						4		
03	TI	1050279083	LUCIA	PAOLA	BUELVAS	QUINTANA	1	6							A						A						A						4		
04	RC	1140716263	MARIAN		MUÑOZ	CARO	0	4							A						A						A						4		
05	RC	1140716237	ISABELLA		YEPES	IBAÑEZ	0	4							A						A						A						4		
06	RC	1052101240	SAMARA		LEGUIA	FERNANDEZ	0	5							A						A						A						4		
07	RC	1140716309	ABBY		HERNANDEZ	YEPES	0	2							A						A						A						4		
08	RC	1140716276	RAUL	ALEJANDRO	CAREY	CASTRO	0	2							A						A						A						4		
09	RC	1140716222	VALERY	SOFIA	VIDES	VALDES	0	4							A						A						A						4		
10	RC	1052101342	ANAYLETH		MEDINA	TAPIA	0	3							A						A						A						4		
																															TOTAL		40		

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	10
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	

Kellis Miranda P.
COORDINADOR(A) EA

Lineth Sierra
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

Powered by CamScanner

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F6.MO12.PP Versión 5	29/05/18 Página 1 de 1
BIENESTAR FAMILIAR	FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION SABER SER | IDENTIFICACIÓN | Hoja 3 de 3
NIT 806.015.985-9 | Regional: BOLIVAR | Centro Zonal: EL CARMEN DE BOLIVAR | Municipio: EL CARMEN DE BOLIVAR
MES: MAYO | NUMERO DE CONTRATO: 1300052024 | Nombre Agente Educativo (a): LINETH SIERRA CC 33282446
MODALIDAD DE ATENCION: FAMILIAR | AÑO: 2024 | Código CLIENTAME UDS: 1234413876 | Nombre Unidad de Servicio/Unidad de Atención:DIMF CONSTRUYENDO FUTURO 2
SERVICIO DE ATENCION: DIMF | Dirección UDS: CALLE 22 54-26 BARRIO BURECHE | Teléfono UDS: 3215854521

Orden de Nº	TIPO DOC	NUMERO DOCUMENTO	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA				EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																					TOTAL MENSUAL	CAUSA DE RETIRO
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANA 1 PRIMERA					SEMANA 2 SEGUNDA					SEMANA 3 TERCERA					SEMANA 4 CUARTA					SEMANA 5 QUINTA						
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES		
01	RC	1140715980	LUCIA	ISABELL	MUÑOZ	SEQUEA	2	0									A					A					A				A		4	
02	RC	1052100974	AILIN		CARO	ANILLO	1	1									A					A					A				A		4	
03	RC	1244058138	LIAM	ANDRES	OLIVERA	SEÑAS	1	1									A					A					A				A		4	
04	RC	1052100998	LIAN	DAVID	VASQUEZ	MORALES	1	1									A					A					A				A		4	
05	RC	1140715896	LUCIANA		OLIVERA	BOLAÑO	1	2									A					A					A				A		4	
06	RC	1140715872	DAYANIS	SOFIA	TORRES	ROMERO	1	2									A					A					A				A		4	
07	RC	1084475561	SARA	ELENA	RESTREPO	BOBADILLA	1	0									A					A					A				A		4	
08	RC	1140715295	EMMA	SOFIA	CASTRO	CORREA	2	4									A					A					A				A		4	
09	RC	1050286623	JOSHUA	DE JESUS	OSORIO	GONZALEZ	1	1									A					A					A				A		4	
10	RC	1052101280	SCARLETT	VALENTINA	LLERENA	JULIO	1	1									A					A					A				A		4	
11	RC	1070333900	MARIA	DEL CARMEN	MALDONADO	MARTINEZ	2	0									A					A					A				A		4	
12	RC	1240298617	NOAH		CAICEDO	GARCIA	1	9									A					A					A				A		4	
13	RC	1249068585	KYLIAM		ROMERO	SALCEDO	1	2									A					A					A				A		4	
14	RC	1140715306	GABRIELA	ALEJANDRA	SIERRA	CAREY	2	4									A					A					A				A		4	
15	RC	1052101096	EIMY	JULIANA	OVIEDO	YEPES	1	1									A					A					A				A		4	
16	RC	1140715980	SEBASTIAN	ANDRES	ARRIETA	SUAREZ	1	1									A					A					A				A		4	
17	RC	1140715982	MARIANA	SOFIA	SALCEDO	CABRERA	1	1									A					A					A				A		4	
18	RC	1044021521	LUCIANA	SOFIA	LEIVA	MERCADO	1	6									A					A					A				A		4	
19	RC	1140716183	SALOME	SOFIA	MENA	ALVARINO	1	9									A					A					A				A		4	
20	RC	1235545903	JEREMIAS	ISAAC	OROZCO	NARVAEZ	1	4									A					A					A				A		4	
21	RC	1140715192	LEONELA		OTALVARO	SIMANCA	2	7									A					A					A				A		4	
22	RC	1052093902	DAYANIS		MELENDREZ	MONTERO	1	7									A					A					A				A		4	
23	RC	1052100398	MELANIS	SOFIA	BAÑOS	RODRIGUEZ	2	4									A					A					A				A		4	
24	RC	1140715843	KMILO	ANDRES	ANGULO	TAPIA	2	4									A					A					A				A		4	
25	RC	1140715840	LIAN	DAVID	PEÑA	PEREZ	2	4									A					A					A				A		4	
26	RC	1044020603	IVAN	DAVID	NARVAEZ	GOMEZ	1	10									A					A					A				A		4	
27	RC	1231941316	ALAYNNA	SOFIA	SAENZ	MARQUEZ	2	4									A					A					A				A		4	
28	RC	1140715924	MARIA	CELESTE	MUÑOZ	GAMARRA	1	2									A					A					A				A		4	
29	RC	1140715998	DARLIS	PAOLA	RIVERA	VASQUEZ	1	3									A					A					A				A		4	
																																TOTAL	116

Verificado por Cobertura

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

Powered by CamScanner

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F6.MO12.PP Versión 5	29/06/16 Página 1 de 1
BIENESTAR FAMILIAR	FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION SABER SER
NIT: 806.015.985.9 NUMERO DE CONTRATO: 13002502024
MES: MAYO AÑO: 2024
MODALIDAD DE ATENCION: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCION: DIMF

IDENTIFICACION
Regional: BOLIVAR Centro Zonal: EL CARMEN DE BOLIVAR Municipio: EL CARMEN DE BOLIVAR
Nombre Agente Educativo (a): LINETH SIERRA CC 33282346
Código CUENTAME UDS: 13244138706 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención DIMF CONSTRUYENDO FUTURO 2
Dirección UDS: CALLE 22 54-28 BARRIO BUFECHE Teléfono UDS: 3219558521

Hoja 2 de 3

No de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																								
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	FALLAS EJERCIDAS	
									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	1052101146	ADRIEL	JOSE	LOPEZ	VALDEZ	0	8								A					A					A					A			4		
02	RC	1140716036	CELESTE	SOFIA	TAPIA	PAREDES	0	11								A					A					A					A			4		
03	RC	1050286907	KILLYAN	ANDRES	ARIAS	VASQUEZ	0	8								A					A					A					A			4		
04	RC	1052101227	SAMUEL	DAVID	VIOLET	HERNANDEZ	0	6								A					A					A					A			4		
05	RC	1140716183	SALOME	SOFIA	DURAN	CUETO	0	6								A					A					A					A			4		
06	RC	1050286913	ISAAC	EMIL	HERAZO	AMAYA	0	7								A					A					A					A			4		
07	RC	1140716104	THIAGO	ANDRES	BARCASNEGRA	VIDES	0	7								A					A					A					A			4		
08	RC	1140716103	ABEL	ANTONIO	PEREZ	HIGUARAN	0	8								A					A					A					A			4		
09	RC	1052101103	JULIAN	DANIEL	VILORIA	BOHORQUEZ	0	8								A					A					A					A			4		
10	RC	1050286964	EIDER		RODRIGUEZ	MARIMON	0	8								A					A					A					A			4		
11	RC	1052101048	SAMARA		LUNA	MEDINA	0	10								A					A					A					A			4		
																																TOTAL	44		

11

Kellis Miranda R.
COORDINADOR(A)

Lineth Sierra
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

Powered by CamScanner

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F6.MO12.PP Versión 5	29/05/18 Página 1 de 1
BIENESTAR FAMILIAR	FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	Clasificación de la Información: Pública	

Hoja 2 de 3

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO ___FUNDACION SABER BER
NIT: 806 015 685 9 NUMERO DE CONTRATO _13002502024
MES: MAYO AÑO:__2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: _FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: __DMF

IDENTIFICACIÓN
Regional: __BOLIVAR
Nombre Agente Educativo (a): ARACELY VARGAS CC 45578625
Código CUENTAME UDS: 13244138708
Dirección UDS: CALLE 22 54-28 BARRIO BURECHE
Centro Zonal __EL CARMEN DE BOLIVAR
Municipio: __EL CARMEN DE BOLIVAR
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención FAMILIAS CONSTRUYENDO FUTURO 2
Teléfono UDS: 3219558521

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA SEMANAS PRIMERA: LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
01	CC	1052090783	JENIFER		LLAMAS	VARGAS	2 8	3					
02	CC	1052080106	LIZETH	PAOLA	BENITES	LEONES	3 4	5					
03	RC	1140716293	THIAGO		TOBIAS	DE AVILA	0	2					
04	RC	1052101237	JULIANNA		ARRIETA	SIERRA	0	5					
05	RC	1140716227	KEILANY	SOFIA	RAMIREZ	ATENCIA	0	5					
06	RC	1140716241	EMMA	SOFIA	BENITEZ	GARCIA	0	4					
07	RC	1052101351	ERICK	JAVIER	COHEN	CARDENAS	0	3					
08	RC	1052101221	THIAGO	ANDRES	HERRERA	TORRES	0	5					
09	RC	1140716287	LIAN	TIAGO	LEONES	PEÑA	0	2					
10	RC	1050286981	SALOME		CHAMORRO	ARROYO	0	4					

SEMANAS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
SEGUNDA		A I A A A I A A A A			
TERCERA		A I A A A I A A A A			
CUARTA		A I A A A I A A A A			
QUINTA		A I A A A I A A A A			

TOTAL MENSUAL ASISTENCIA	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
4		
	4	
4		
4		
4		
	4	
4		
4		
4		
4		
TOTAL 32	8	

Verificación De Soportes

10

Kelly Miranda R
COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

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

Powered by CamScanner

Servicio de Desarrollo Infantil en Medio Familiar

REGISTRO DE NOVEDADES Y SITUACIONES ESPECIALES

FECHA: 05 05 24

HORA: 2:00 pm

1. DATOS GENERALES:

Nombre del niño- niña o mujer gestante: Liseth Benitez G.

Edad: 30

2. Descripción del evento o situación:

Se encuentra en periodo de posparto por Cesarea

3. Acciones de seguimiento:

* Seguir Recomendaciones medicas
* Seguimiento por parte del componente de salud

4.Compromisos:

* Hacer llegar historia clinica y documentos de recien nacido

Firma de profesional o agente educativo
Quien registra la

Lizeth Benitez
Firma del cuidador o mujer gestant

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP | Versión 5 | 29/05/18 | Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

Hoja 2 de 3

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ___FUNDACION SABER SER
NIT: 806 015 985 9 NUMERO DE CONTRATO: _13002502024
MES: MAYO AÑO:__2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: _FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: __DIMF

IDENTIFICACIÓN
Regional: _BOLIVAR
Nombre Agente Educativo (a): ARACELY VARGAS CC 45579625
Código CUENTAME UDS: 1324413870 6
Dirección UDS: CALLE 22 54-28 BARRIO BURECHE
Centro Zonal: _EL CARMEN DE BOLIVAR
Municipio: __EL CARMEN DE BOLIVAR
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención FAMILIAS CONSTRUYENDO FUTURO 2
Teléfono UDS: 3219558521

No. de Orden	INFORMACION DEL USUARIO / USUARIA: TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS — PRIMERA: LUNES	PRIMERA: MARTES	PRIMERA: MIÉRCOLES	PRIMERA: JUEVES	PRIMERA: VIERNES	SEGUNDA: LUNES	SEGUNDA: MARTES	SEGUNDA: MIÉRCOLES	SEGUNDA: JUEVES	SEGUNDA: VIERNES	TERCERA: LUNES	TERCERA: MARTES	TERCERA: MIÉRCOLES	TERCERA: JUEVES	TERCERA: VIERNES	CUARTA: LUNES	CUARTA: MARTES	CUARTA: MIÉRCOLES	CUARTA: JUEVES	CUARTA: VIERNES	QUINTA: LUNES	QUINTA: MARTES	QUINTA: MIÉRCOLES	QUINTA: JUEVES	QUINTA: VIERNES	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1140716059	MAJKOL	JUNIOR	RIVERA	GUERRA	0	10								A					A					A					D			4		
02	RC	1052101094	MILAGRO		CARO	MEDINA	0	10								A					A					A					A			4		
03	RC	1048337045	VALERIA	SOFIA	MARTELO	TORRES	0	9								A					A					A					A			4		
04	RC	1140716205	MATHEO		GAMARRA	SANDON	0	6								A					A					A					A			4		
05	RC	1052101190	SANDRITH		MARTINEZ	HERNANDEZ	0	7								A					A					A					A			4		
06	RC	1235053108	EMMANUEL	DAVID	BLANCO	MATURANA	0	8								A					A					A					A			4		
																																	TOTAL	24		

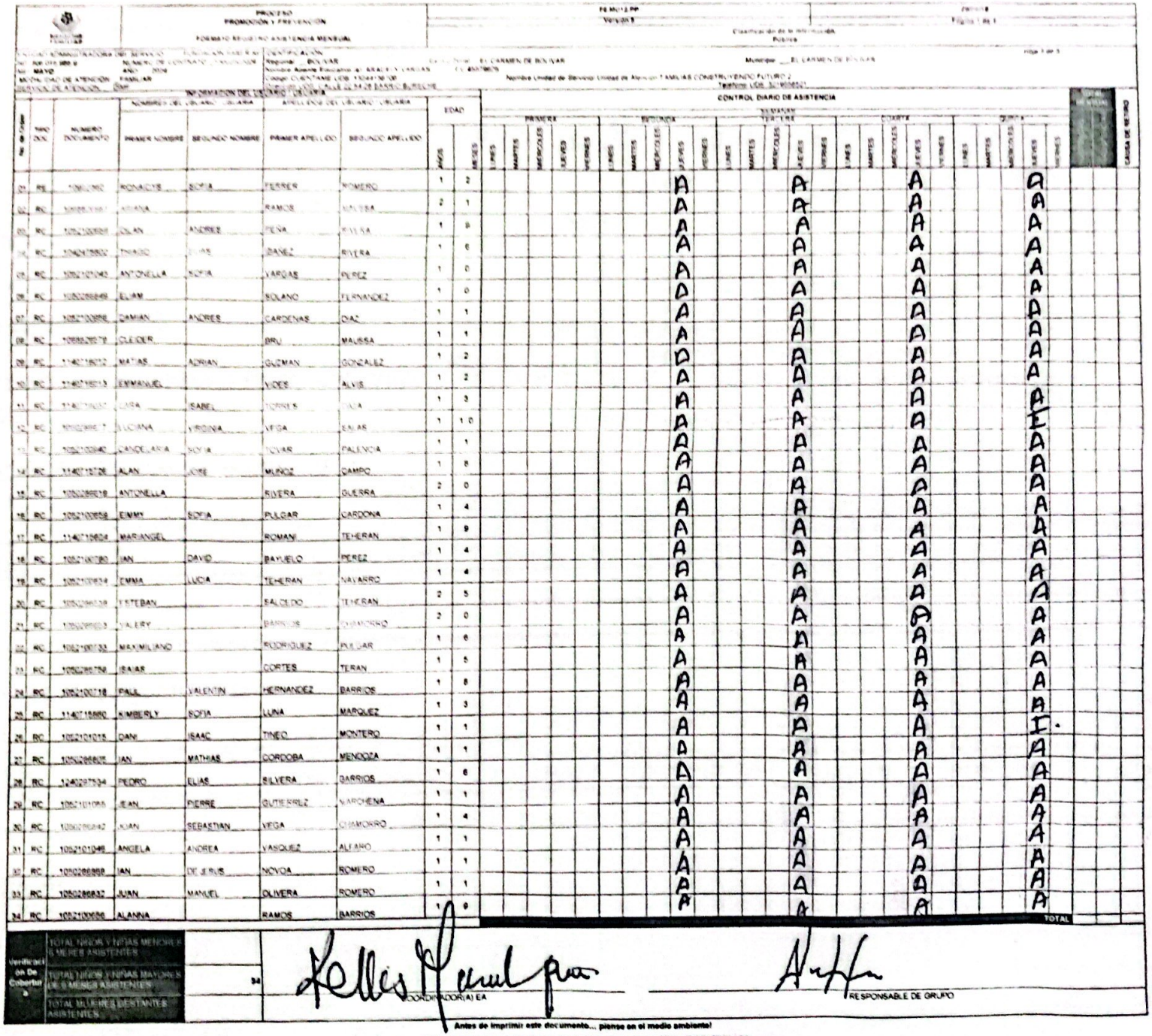
Verificacion De Cobertura

Kellis Miranda P
COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

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

Powered by CamScanner



PROYECTO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

CENTRALIZACIÓN
Regional: BOLIVAR — Centro Zonal: EL CARMEN DE BOLIVAR
Nombre Asistente Encuentro a): GRACE LANCHEROS — C.C. 45578675
Código CUENTAME (CB): 1504136 OP — Nombre Unidad de Servicio: Unidad de Atención FAMILIAS CONSTRUYENDO FUTURO 2
Dirección: CLL 5 CRA 24 BARRIO BURELO — Teléfono (CB): 3218566521

Municipio: EL CARMEN DE BOLIVAR

INFORMACIÓN DEL DIGNO DE CUIDA

No.	TIPO DOC	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL CUIDADO / CUIDADA		APELLIDOS DEL CUIDADO / CUIDADA		EDAD AÑOS	EDAD MESES
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		
01	RC	1060[illegible]90	RONALYS	SOFIA	FERRER	ROMERO	1	2
02	RC	1065[illegible]56	[illegible]ANA		RAMOS	[illegible]LISSA	2	1
03	RC	1052[illegible]69	JOLAN	ANDRES	PEÑA	[illegible]LISSA	1	8
04	RC	1062[illegible]52	THIAGO	[illegible]AS	[illegible]ANEZ	RIVERA	1	6
05	RC	1052101040	ANTONELLA	SOFIA	VARGAS	PEREZ	1	0
06	RC	1052[illegible]49	ELIAM		SOLANO	FERNANDEZ	1	0
07	RC	1052[illegible]56	DAMIAN	ANDRES	CARDENAS	DIAZ	1	1
08	RC	1065[illegible]79	CLEIDER		BRU	MALISSA	1	1
09	RC	1140[illegible]12	MATIAS	ADRIAN	GUZMAN	GONCALEZ	1	2
10	RC	1140[illegible]13	EMMANUEL		VIDES	ALVIS	1	2
11	RC	1140[illegible]27	[illegible]URA	ISABEL	TORRES	[illegible]LIA	1	3
12	RC	[illegible]7	LUCIANA	VIRGINIA	VEGA	ELIAS	1	10
13	RC	1052[illegible]40	CANDELARIA	SOFIA	[illegible]OLVAR	PALENCIA	1	1
14	RC	1140[illegible]26	ALAN	JOSE	MUÑOZ	CAMPO	1	8
15	RC	1052[illegible]18	ANTONELLA		RIVERA	GUERRA	2	0
16	RC	1052[illegible]58	EMMY	SOFIA	PULGAR	CARDONA	1	4
17	RC	1140[illegible]04	MARIANGEL		ROMAN	TEHERAN	1	9
18	RC	1052[illegible]80	IAN	DAVID	BAYUELO	PEREZ	1	4
19	RC	1052[illegible]34	EMMA	LUCIA	TEHERAN	NAVARRO	1	4
20	RC	1052[illegible]38	ESTEBAN		SALCEDO	TEHERAN	2	5
21	RC	1052[illegible]03	VALERY		BARRIOS	[illegible]MORRO	2	0
22	RC	1052[illegible]33	MAXIMILIANO		RODRIGUEZ	PULGAR	1	6
23	RC	1052[illegible]79	ISAIAS		CORTES	TERAN	1	5
24	RC	1052[illegible]18	PAUL	VALENTIN	HERNANDEZ	BARRIOS	1	8
25	RC	1140[illegible]80	KIMBERLY	SOFIA	LUNA	MARQUEZ	1	3
26	RC	1052[illegible]15	DANI	ISAAC	TINEO	MONTERO	1	1
27	RC	1052[illegible]07	IAN	MATHIAS	CORDOBA	MENDOZA	1	1
28	RC	1240[illegible]34	PEDRO	ELIAS	SILVERA	BARRIOS	1	6
29	RC	1052[illegible]65	JEAN	PIERRE	GUTIERREZ	MARCHENA	1	1
30	RC	1050[illegible]42	JUAN	SEBASTIAN	VEGA	[illegible]MORRO	1	4
31	RC	1052[illegible]46	ANGELA	ANDREA	VASQUEZ	ALFARO	1	1
32	RC	1050[illegible]68	IAN	DE JESUS	NOVOA	ROMERO	1	1
33	RC	1050[illegible]32	JUAN	MANUEL	OLIVERA	ROMERO	1	1
34	RC	1052[illegible]06	ALANNA		RAMOS	BARRIOS	1	9

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

No.	PRIMERA SEMANA					SEGUNDA SEMANA					TERCERA SEMANA					CUARTA SEMANA					QUINTA SEMANA					TOTAL MENSUAL	CAUSA DE RETIRO
	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES		
01				A					A					A					A					A			
02				A					A					A					A					A			
03				A					A					A					A					A			
04				A					A					A					A					A			
05				A					A					A					A					A			
06				A					A					A					A					A			
07				A					A					A					A					A			
08				A					A					A					A					A			
09				A					A					A					A					A			
10				A					A					A					A					A			
11				A					A					A					A					A			
12				A					A					A					A					A			
13				A					A					A					A					A			
14				A					A					A					A					A			
15				A					A					A					A					A			
16				A					A					A					A					A			
17				A					A					A					A					A			
18				A					A					A					A					A			
19				A					A					A					A					A			
20				A					A					A					A					A			
21				A					A					A					A					A			
22				A					A					A					A					A			
23				A					A					A					A					A			
24				A					A					A					A					A			
25				A					A					A					A					A			
26				A					A					A					A					A			
27				A					A					A					A					A			
28				A					A					A					A					A			
29				A					A					A					A					A			
30				A					A					A					A					A			
31				A					A					A					A					A			
32				A					A					A					A					A			
33				A					A					A					A					A			
34				A					A					A					A					A			
TOTAL																										

Verificación De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 5 MESES ASISTENTES	
TOTAL NIÑOS NIÑAS MAYORES DE 5 MESES ASISTENTES	34
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

Powered by CamScanner

Servicio de Desarrollo Infantil en Medio Familiar

REGISTRO DE NOVEDADES Y SITUACIONES ESPECIALES

FECHA: 30 | 05 | 24

HORA: 7:00 A

1. DATOS GENERALES:

Nombre del niño- niña o mujer gestante: Dani Isaes Tiqueo Monleo

Edad: 13 m.

2. Descripción del evento o situación:

Siendo las 7:00 Am, la madre del menor Informa vía telefónica su inasistencia el día de hoy, ya que el niño presenta un cuadro de diarrea y vomito.

3. Acciones de seguimiento:

- Se le recomienda a la madre quedarse en casa y brindar los cuidados necesarios para su recuperación y si el cuadro diarreico continua llevarlo al medico para evitar deshidratación

4.Compromisos:

- Informar cualquier evento.
- La proxima semana firmar la novedad

Firma de profesional o agente educativo
Quien registra la

Firma del cuidador o mujer gestante

Powered by CamScanner

Servicio de Desarrollo Infantil en Medio Familiar

REGISTRO DE NOVEDADES Y SITUACIONES ESPECIALES

FECHA: 30 | 05 | 24

HORA: 8:00 AM.

1. DATOS GENERALES:

Nombre del niño- niña o mujer gestante: Luciana Vega Salas

Edad: 18 m.

2. Descripción del evento o situación:

• La madre de la menor informa por medio del grupo de Wassap que manejamos a nivel de grupo, que la niña no puede asistir al encuentro por encontrarse con problemas de salud (Estado gripal).

3. Acciones de seguimiento:

• Se le da respuesta a la madre por el mismo medio, que es mejor por salud que la niña se quede en casa para su recuperación.

4.Compromisos:

• Continuar con el cuidado desde casa e informar cualquier cuento que se presente
• Hacer seguimiento a la recuperación.
• La proxima semana debe firmarnos la novedad

Firma de profesional o agente educativo Quien registra la

Firma del cuidador o mujer gestan

Powered by CamScanner