BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION RAIZ SOCIAL F. R. S
NIT: 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO: 13003802025
MES: AGOSTO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA
SERVICIO DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLÍVAR
Nombre Agente Educativo (a): JANET POSSO
Código CUENTAME UDS: 136571160370
Dirección UDS: CLL 7 No 9-100 BARRIO LA BODEGA
Centro Zonal: CZ 10-70 EL CARMEN DE BOLÍVAR
CC: 33341650
Municipio: SAN JUAN NEPOMUCENO
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: SAN JUAN DE MIS AMORES 40
Teléfono UDS: 3135899362

Hoja ___ de ___

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
			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	C.C	1051831295	MARIA	JOSE	ACOSTA	MADRID	27	8		A										A											2	0	
02	C.C	1051820953	LAURA	STEFANNY	BUSTILLO	VELEZ	34	2		A										A											2	0	
03	C.C	1051825380	DANIELA	ALEJANDRA	JIMENEZ	PIEDRAHITA	31	3		A										A											2	0	
04	C.C	1051824730	LAURA	MARCELA	SIERRA	TORRES	31	8		A										A											2	0	
05	C.C	1002428300	ANA	MARCELA	SIERRA	MUÑOZ	24	4		A										A											2	0	
06	R.C	1051835792	EMMANUEL	JOSE	SOLAR	HERNANDEZ	0	3		A										A											2	0	
07	C.C	1256019010	MAXIMILIANO		YEPES	CASTIBLANCO	0	5		A										A											2	0	
08	R.C	1051835736	ALANNA	SOFIA	CASTRO	CARABALLO	0	6		A										A											2	0	
09	R.C	1051835673	MARISOL	SOFIA	YEPES	BERMEJO	0	9		A										A											2	0	
10	R.C	1051835597	NOHEMI		BUELVAS	ROJANO	1	0		A										A											2	0	
11	R.C	1051835487	CELESTE	SOFIA	GAZABON	DE LA ROSA	1	4		A										A											2	0	
12	R.C	1051835427	SARA	SOFIA	BARRIOS	RODELO	1	7		A										A											2	0	
13	R.C	1051835267	VIOLETA	JUDITH	VERGARA	MONTERROSA	2	0		A										A											2	0	
14	R.C	1051835225	ASHLEY	CAROLINA	LARA	FERNANDEZ	2	2		A										A											2	0	
15	R.C	1051835137	ENYERLIS	SOFIA	LEIVA	GONZALEZ	2	5		A										A											2	0	
16	R.C	1051365083	YEIKER	ELIAS	OROZCO	PALLARES	2	6		A										A											2	0	
17	R.C	1222255270	ISAAC		BARRIOS	OLIVERA	2	10		A										A											2	0	
18	R.C	1050485578	ADHARA	LUCIA	VASQUEZ	GARIZHAO	3	2		A										A											2	0	
19	R.C	1051834815	DANIEL	DAVID	LEONES	PATERNINA	3	4		A										A											2	0	
20	R.C	1051834714	HANNAH	ISABEL	TORRES	CARMONA	3	8		A										A											2	0	
21	R.C	1051834559	GABRIELA	JUDITH	PERCIA	LEONES	4	0		A										A											2	0	
																															TOTAL	42	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	2
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	14
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	5

Angelica Balanta T
COORDINADOR(A) EA

Janet Posso
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : _____ F. RAIZ SOCIAL
NIT: __ 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO: 13003802025
MES: _____ AGOSTO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD EIC
SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD EIC

IDENTIFICACIÓN
Regional: _____ BOLIVAR Centro Zonal _____ EL CARMEN DE BOLIVAR Municipio: _____ SAN JUAN - BOLIVAR
Nombre Agente Educativo MARCELA YEPEZ LOBELO C.C: 1051826514
Código CUENTAME UDS: 136571160339 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_____ SAN JUAN DE MIS AMORES 10
Dirección UDS: _____ CLL 12 #9-100 BARRIO LA BODEGA Teléfono UDS: _____ 3113847128

Hoja ___ de ____

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																		TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
			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			
1	CC	1051816301	KEIVIN	ANDREA	YEPES	MERCADO	19	11								A										A								2	0	
2	CC	1051820610	MARLY		MEZA	BUSTILLO	34	5								A										A								2	0	
3	CC	1193096941	CAMILA	ANDREA	CAYCEDO	NAVAS	26	0								A										A								2	0	
4	PPT	6233820	GENESIS	JHOANA	PEREZ	ROMERO	36	0								A										A								2	0	
5	CC	1048942457	CELESTE		SALVADOR	ZAMBRANO	27	8								A										A								2	0	
6	CC	1050483978	YULIETH	CAROLINA	ARIAS	MARTINEZ	22	2								A										A								2	0	
7	CC	1051829965	LORENA	LUZ	ARIAS	TORRES	28	9								A										A								2	0	
8	RC	1051835740	AARON	JESUS	VERGARA	ALAVARADO	0	6								A										A								2	0	
9	RC	1044242948	MATEO	EDUARDO	ROMERO	RODRIGUEZ	0	7								A										A								2	0	
10	RC	1046744738	JOSE JR		VARGAS	RODELO	0	9								A										A								2	0	
11	CE	O152778742	MATEO	DAVID	VILLALOBOS	PORTILLO	0	11								A										A								2	0	
12	RC	1104444648	CESAR	ALEJANDRO	SIMANCA	BRIÑEZ	1	1								A										A								2	0	
13	RC	1051835409	NICOLL		GLORIA	AHUMADA	1	8								A										A								2	0	
14	RC	1051835377	KAROL	JULIANA	SERRANO	DE LA ROSA	1	8								A										A								2	0	
15	RC	1050485681	JOHANA	CAROLINA	CASTILLO	GONZALEZ	2	1								A										A								2	0	
16	RC	1051835230	MAIRA	SOFIA	FLOREZ	CHIMA	2	2								A										A								2	0	
17	RC	1051835109	DULCE	JIRETH	CASTRO	CASTILLO	2	6								A										A								2	0	
18	RC	1050485621	DYLAN	JESUS	MONTES	ENSUNCHO	2	10								A										A								2	0	
19	RC	1051834926	AARON	JOSE	CASTRO	LEDESMA	2	11								A										A								2	0	
20	RC	1050286576	CAMILA	ANDREA	MERCADO	ARIAS	3	7								A										A								2	0	
																																		TOTAL	40	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	13
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	7

Edilsa Bulcas C. — COORDINADOR(A) EA

Marcela Yepez Lobelo — RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

FO.MO12.PP | 29/08/2016
Versión 5 | Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :_____ F. RAIZ SOCIAL
NIT: __ 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO 13003802025
MES: _____ JULIO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD EIC
SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD EIC

IDENTIFICACIÓN
Regional: _____ BOLIVAR Centro Zonal _____ EL CARMEN DE BOLIVAR Municipio: _____ SAN JUAN - BOLIVAR
Nombre Agente Educativo (a): BEATRIZ ADRIANA ACEVEDO DIAZ C.C: 33273034
Código CUENTAME UDS: 136571160336 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_____ SAN JUAN DE MIS AMORES 7
Dirección UDS: _____ CLL 12 #9-100 BARRIO LA BODEGA Teléfono UDS: _____ 3136470796

Hoja ____ de ____

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
			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	
1	CC	1051816617	VIVELIS	DAYANA	ROMERO	BERTEL	21	5								A										A							2	0	
2	CC	1051820028	LIZETH	DEL CARMEN	ANDRADE	RODELO	34	11								A										A							2	0	
3	RC	1051835807	EMILIANO		MENDOZA	DE LA HOZ	0	3								A										A							2	0	
4	RC	1050485793	AITANA	ISABEL	POLO	CASTELLAR	0	5								A										A							2	0	
5	RC	1052101745	SAMARA	ISABEL	ESTRADA	MERCADO	0	8								A										A							2	0	
6	RC	1051835644	MILAN	DAVID	BARRIOS	SALGADO	0	11								A										A							2	0	
7	RC	1051835561	CESAR	DAVID	ROMERO	SUAREZ	1	2								A										A							2	0	
8	RC	1051835520	KEYLOR	DAVID	BUELVAS	TRUJILLO	1	3								A										A							2	0	
9	RC	1051835507	DILAN	JOSE	CARMONA	VILORIA	1	4								A										A							2	0	
10	RC	1051835488	ALEXANDRA		CASTILLO	CASTILLO	1	5								A										A							2	0	
11	RC	1140716295	SARA	VALENTINA	SALGADO	GALLARDO	1	5								A										A							2	0	
12	RC	1233931198	MIA	SOPHIA	PARRA	BARRAGAN	1	6								A										A							2	0	
13	RC	1050485715	JOHAN	DAVID	MANJARRES	CARMONA	1	9								A										A							2	0	
14	RC	1051835364	AMALIA	TERESA	GAZABON	LUNA	1	10								A										A							2	0	
15	RC	1051835318	LIAM		DE LA ROSA	BOHORQUEZ	1	11								A										A							2	0	
16	RC	1051835242	ABEL	DE JESUS	ACEVEDO	YEPEZ	2	2								A										A							2	0	
17	RC	1051835219	LUIS	DAVID	BALLESTERO	GUERRERO	2	3								A										A							2	0	
18	RC	1051835104	DIEGO	ANDRES	MELENDEZ	DIAZ	2	6								A										A							2	0	
19	RC	1196975690	LEIRYS	SOFIA	FLOREZ	FLOREZ	2	7								A										A							2	0	
20	RC	1140715022	CRISTIAN	JOSE	CARMONA	VILORIA	4	1								A										A							2	0	
																																TOTAL	40	0	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	2
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	16
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	2

Edilsa Bulcas C.
COORDINADOR(A) EA

Beatriz Acevedo Diaz
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

P6.MO12.PP	29/05/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :_____ F. RAIZ SOCIAL
NIT: __ 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO 13003802025
MES: _____ AGOSTO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD EIC
SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD EIC

IDENTIFICACIÓN
Regional: _____ BOLIVAR Centro Zonal _____ EL CARMEN DE BOLIVAR Municipio: _____ SAN JUAN - BOLIVAR
Nombre Agente Educativ NEYDA ROSA ARIAS MARTINEZ C.C: 33339432
Código CUENTAME UDS 136571160335 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_____ SAN JUAN DE MIS AMORES 6
Dirección UDS: _____ CLL 12 #9-100 BARRIO LA BODEGA Teléfono UDS: _____ 3106480510

Hoja ___ de ____

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																								
									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	
1	CC	1051831519	ELDA	JULIETH	GARCIA	HERNANDEZ	27	5				A					A					A					A					2	0	
2	TI	1051818749	ANDREA	CAROLINA	MIER	RIVERA	18	0				A					A					A					A					2	0	
3	RC	1051835788	MARIANGELES		RODRIGUEZ	CARMONA	0	4				A					A					A					A					2	0	
4	RC	1051835687	GABRIELA	SOFIA	RODRIGUEZ	JIMENEZ	0	8				A					A					A					A					2	0	
5	RC	1051835685	SALOME		ROMERO	CORONELL	0	9				A					A					A					A					2	0	
6	RC	1051835674	JULIO	CESAR	GOMEZ	RODRIGUEZ	0	9				A					A					A					A					2	0	
7	RC	1050487565	ASHLEY	LUCIANA	DIAZ	QUINTANA	0	10				A					A					A					A					2	0	
8	CC	1051835652	AINHARA		BELTRAN	LEDESMA	0	10				A					A					A					A					2	0	
9	RC	1051835645	KIARA	SOFIA	MADRID	CASTRO	0	11				A					A					A					A					2	0	
10	RC	1051835612	DARA		RODRIGUEZ	BABILONIA	1	0				A					A					A					A					2	0	
11	RC	1051835560	JOSE	ALEJANDRO	RODELO	SANCHEZ	1	2				A					A					A					A					2	0	
12	RC	1051835547	ALEX	DAVID	BARRIOS	MARTINEZ	1	2				A					A					A					A					2	0	
13	RC	1051835519	SOFIA		RODRIGUEZ	SIERRA	1	3				A					A					A					A					2	0	
14	RC	1051835463	THIAGO	ANDRES	RODRIGUEZ	MERCADO	1	6				A					A					A					A					2	0	
15	RC	1051835423	EMANUEL	JOSE	MORENO	PALACIN	1	7				A					A					A					A					2	0	
16	RC	1249069732	DALIANYS	PAOLA	OROZCO	PALACIN	1	9				A					A					A					A					2	0	
17	RC	1051835321	ALANA	MARIA	SABALZA	YEPEZ	1	11				A					A					A					A					2	0	
18	RC	1051835298	ADHARA	MALENA	MARQUEZ	BAEZ	2	0				A					A					A					A					2	0	
19	RC	1052635388	LIAN	DANIEL	PIÑA	RODRIGUEZ	2	0				A					A					A					A					2	0	
20	RC	1051835255	CELESTE		PEREZ	ARIAS	2	2				A					A					A					A					2	0	
																															TOTAL	40	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	1
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	17
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	2

Edilsa Bustos C.
COORDINADOR(A) EA

Neyda Arias Martinez
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

	Versión 5
	Página 1 de 1

Clasificación de la información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :_____ F. RAIZ SOCIAL
NIT: __ 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO: 13003802025
MES: _____ AGOSTO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD EIC
SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD EIC

IDENTIFICACIÓN
Regional: _____ BOLIVAR Centro Zonal _____ EL CARMEN DE BOLIVAR Municipio: _____ SAN JUAN - BOLIVAR
Nombre Agente Educativ GINA PAOLA ORTEGA DIAZ C.C: 1051826422
Código CUENTAME UDS: 136571160331 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_____ SAN JUAN DE MIS AMORES 2
Dirección UDS: _____ CLL 12 #9-100 BARRIO LA BODEGA Teléfono UDS: _____ 3001096852

Hoja ___ de ____

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																							
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					
			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	
1	CC	1051820712	MARIA	DE LOS ANGELES	YEPES	GUZMAN	34	4							A										A							2	0	
2	CC	1051815193	ZEILY	MARIA	CASTELLAR	SANCHEZ	20	10							A										A							2	0	
3	CC	1051830752	DENIS	MARIA	BARRETO	ROBLES	28	1							A										A							2	0	
4	RC	1051835802	ANALIZ		VERGARA	ESCALANTE	0	4							A										A							2	0	
5	RC	1256019052	CRISTOPHER		PAYAN	MANJARREZ	0	5							A										A							2	0	
6	RC	1044024696	ISABEL		AHUMEDO	CONTRERAS	0	5							A										A							2	0	
7	RC	1050485789	YEIKER	DAVID	NARVAEZ	PALACIN	0	7							A										A							2	0	
8	RC	1051835725	ARIANA	ISABEL	NARVAEZ	ANAYA	0	7							A										A							2	0	
9	RC	1051835797	BRIAN	DAVID	BALLESTEROS	MERCADO	0	8							A										A							2	0	
10	RC	1249071227	LUIS	ANGEL	DE ORO	MACEA	0	9							A										A							2	0	
11	RC	1051835658	ELIANIS	PAOLA	OROZCO	CASTELLAR	0	10							A										A							2	0	
12	RC	1051835638	ALAIA	ISABEL	CARMONA	RIVERA	0	11							A										A							2	0	
13	RC	1051835601	ALAN	MATHIAS	GALAN	HERNANDEZ	1	0							A										A							2	0	
14	RC	1051835552	KAYLEE		LOZANO	BARRETO	1	2							A										A							2	0	
15	RC	1043343847	ANGEL	DAVID	DE ORO	MACEA	2	5							A										A							2	0	
16	RC	1048945850	ELLA	YUDITH	SELUAN	ARRIETA	3	0							A										A							2	0	
17	RC	1043342510	MARIA	LUCIA	ZAMBRANO	QUINTANA	3	0							A										A							2	0	
18	RC	1050485463	KEVILY		TAPIA	TEJADA	4	0							A										A							2	0	
19	RC	1104441620	SAMUEL		PERTUZ	MARTINEZ	4	2							A										A							2	0	
20	RC	1044015631	LUCIA		AHUMEDO	CONTRERAS	4	8							A										A							2	0	
																															TOTAL	40	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	3
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	14
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	3

Edilsa Bercedas C.
COORDINADOR(A) EA

Gina Ortega
RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: _____ F. RAIZ SOCIAL
NIT: __ 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO: 13003802025
MES: _____ AGOSTO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD EIC
SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD EIC

IDENTIFICACIÓN
Regional: _____ BOLIVAR Centro Zonal _____ EL CARMEN DE BOLIVAR Municipio: _____ SAN JUAN - BOLIVAR
Nombre Agente Educativo (i ROSA BUELVAS CARDOZO C.C: 1051818467
Código CUENTAME UDS: 136571160330 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_____ SAN JUAN DE MIS AMORES 1
Dirección UDS: _____ CLL 12 #9-100 BARRIO LA BODEGA Teléfono UDS: _____ 3013783602

Hoja ___ de ___

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																							
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					
			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	
1	CC	1052074171	EVA	SANDRITH	MONTES	PEREZ	19	0									A												A					2	0	
2	CC	1193643999	WENDY	PAOLA	SERRANO	TORRES	25	5									A												A					2	0	
3	CC	1051822728	YURIS	MARICELA	RODELO	ACOSTA	33	0									A												A					2	0	
4	CC	1002344256	ELSY	MARIA	ARRIETA	ORTEGA	23	2									A												A					2	0	
5	CC	1051825059	MABEL	DEL CARMEN	ATENCIO	RODELO	31	6									A												A					2	0	
6	RC	1137544880	IAN	ALEXANDER	RODRIGUEZ	ARIAS	0	3									A												A					2	0	
7	RC	1050485796	DARIAINIS	SOFIA	CALDERON	DE LA HOZ	0	4									A												A					2	0	
8	RC	1051835704	YOIFER	DE JESUS	LOBELO	GAMARRA	0	8									A												A					2	0	
9	RC	1051835689	MATHIAS	DAVID	SALTARIN	YEPEZ	0	8									A												A					2	0	
10	RC	1050485772	NASYA	ISABEL	BUELVAS	MEZA	0	8									A												A					2	0	
11	RC	1050485754	MARIANA		JASPE	MENDEZ	1	0									A												A					2	0	
12	RC	1050982141	AMELIA		LORA	BARRIOS	1	2									A												A					2	0	
13	RC	1051835544	DULCE	MARIA	MULFORD	BARRIOS	1	2									A												A					2	0	
14	RC	1051835567	MATHIAS	DANIEL	SARABIA	ARIAS	1	3									A												A					2	0	
15	RC	1051835387	ISABELLA		BUSTILLO	BELTRAN	1	9									A												A					2	0	
16	RC	1050485684	KEYLIN	YERETH	RIVERA	BUELVAS	2	0									A												A					2	0	
17	RC	1050485670	EMANUEL	JOSE	RODRIGUEZ	ROMERO	2	2									A												A					2	0	
18	RC	1050485665	MARY	PAZ	CUEVAS	CARMONA	2	2									A												A					2	0	
19	RC	1050485618	THALIANA		BROCHERO	MEZA	2	11									A												A					2	0	
20	RC	1051834680	GENESIS	MARIA	SACHEZ	CAICEDO	3	10									A												A					2	0	
																																	TOTAL	40	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	2
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	13
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	5

Edilson Buelvas e.
COORDINADOR(A) EA

Rosa Margarita Buelvas Cardozo
RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F6.MO12.PP	29/05/2018
	Versión 5	Página 1 de 1
FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	Clasificación de la información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : _____ F. RAIZ SOCIAL
NIT: __ 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO 13003802025
MES: _____ AGOSTO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD EIC
SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD EIC

IDENTIFICACIÓN
Regional: _____ BOLIVAR Centro Zonal _____ EL CARMEN DE BOLIVAR Municipio: _____ SAN JUAN - BOLIVAR
Nombre Agente Educativo (a) CARMEN RODELO SERRANO C.C: 33338434
Código CUENTAME UDS: 136571160334 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_____ SAN JUAN DE MIS AMORES 5
Dirección UDS: _____ CLL 12 #9-100 BARRIO LA BODEGA Teléfono UDS: _____ 3166882992

Hoja ___ de ____

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA							
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
1	CC	1051826009	YESICA	PAOLA	SIERRA	BALLESTEROS	31	3									A									A							2	0	
2	CC	1051831142	YAIRETH	YAJAIRA	SAMIA	GAMARRA	27	10									A									A							2	0	
3	CC	1002428236	GADRIANA	HORTENCIA	SERRANO	CRUZ	24	2									A									A							2	0	
4	RC	1051835758	HALANNA		POSSO	CARDENAS	0	5									A									A							2	0	
5	RC	1050485783	LUIS	CARLOS	CHAMORRO	ZUÑIGA	0	7									A									A							2	0	
6	RC	1050485782	JOSE	CARLOS JR	HERNANDEZ	LEDESMA	0	7									A									A							2	0	
7	RC	1042276857	DARA	SOFIA	GONZALEZ	MEZA	0	7									A									A							2	0	
8	RC	1051835743	DILAN		BARRIOS	SERRANO	0	8									A									A							2	0	
9	RC	1051835698	AMALIA		RODELO	ROMERO	0	8									A									A							2	0	
10	RC	1050485778	MATHIAS	ANDRES	SOLANO	BUELVAS	0	9									A									A							2	0	
11	RC	1051835642	EMILY	SOFIA	HERRERA	MEZA	0	11									A									A							2	0	
12	RC	1051835621	LEIDER	DAVID	CRESPO	MORENO	0	11									A									A							2	0	
13	RC	1051835477	ESNEIDER	JOSE	BARRIOS	ROMERO	1	5									A									A							2	0	
14	RC	1051835435	LEONARDO	ANDRES	RODELO	ARIAS	1	7									A									A							2	0	
15	RC	1051835367	EMIR	GABRIEL	CARMONA	RODELO	1	10									A									A							2	0	
16	RC	1050485690	EMMA	SOFIA	GUEVARA	BOHORQUEZ	1	11									A									A							2	0	
17	RC	1051835308	ANALIA		BARRIOS	CAMPO	1	11									A									A							2	0	
18	RC	1050485747	SEBASTIAN	ANDRES	PEREZ	RODELO	1	3									A									A							2	0	
19	RC	1051835271	KAROLL	SOFIA	BELEÑO	ORTIZ	2	1									A									A							2	0	
20	RC	1050485616	YOJAN	ANDRES	CARMONA	SERRANO	2	10									A									A							2	0	
																																TOTAL	40	0	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	1
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	16
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	3

Edilson Benitez C.
COORDINADOR(A) EA

Carmen Rodelo
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :_____ F. RAIZ SOCIAL
NIT: __ 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO: 13003802025
MES: _____ AGOSTO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD EIC
SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD EIC

IDENTIFICACIÓN
Regional: _____ BOLIVAR Centro Zonal _____ EL CARMEN DE BOLIVAR Municipio: _____ SAN JUAN - BOLIVAR
Nombre Agente Educativ GREIS PATRICIA LUNA ARRIETA C.C: 1051818503
Código CUENTAME UDS 136571160342 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_____ SAN JUAN DE MIS AMORES 13
Dirección UDS: _____ CLL 12 #9-100 BARRIO LA BODEGA Teléfono UDS: _____ 3215453323

Hoja ___ de ____

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																								
									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	
1	CC	1193602190	ESTEFFANY	PAOLA	SERRANO	DIAZ	23	10								A										A							2	0	
2	CC	1051832425	DINA	LUZ	POLONIA	CASTELLAR	28	8								A										A							2	0	
3	PPT	6206236	NELIDA	ROSA	SERRANO	FERRER	17	10								A										A							2	0	
4	RC	1051835769	FERNANDA		YEPEZ	TOVAR	0	4								A										A							2	0	
5	RC	1051835760	HAZIEL	DAVID	TAPIA	ACOSTA	0	5								A										A							2	0	
6	RC	1051835731	GABRIELA	MARCELA	YEPEZ	HURTADO	0	6								A										A							2	0	
7	RC	1050485785	MARIANGEL	SOFIA	GUETO	MACHADO	0	7								A										A							2	0	
8	RC	1051835696	KYLIE	VICTORIA	BOHORQUEZ	GUZMAN	0	7								A										A							2	0	
9	RC	1051835633	ANTHONY	ANDRES	MENDOZA	ESPRIELLA	0	11								A										A							2	0	
10	RC	1051835588	CAROLINA	ANDREA	DUARTE	RODELO	1	0								A										A							2	0	
11	RC	1051835565	ALEJANDRO	DAVID	DORIA	MORALES	1	1								A										A							2	0	
12	RC	1051835568	ISABELLA		GONZALEZ	VELASQUEZ	1	2								A										A							2	0	
13	RC	1051835515	MARIA	CELESTE	LORA	MEZA	1	3								A										A							2	0	
14	RC	1051835516	GAEL	DE JESUS	CAÑATE	VILORIA	1	4								A										A							2	0	
15	RC	1051835480	HELENA	SOFIA	REYES	TAPIA	1	5								A										A							2	0	
16	RC	1051835431	JUAN	ANDRES	JARABA	GARCIA	1	7								A										A							2	0	
17	RC	1051835397	HENDRICK	DAVID	CARMONA	PUA	1	8								A										A							2	0	
18	RC	1051835389	ELIAN	DE JESUS	ATENCIO	BRAVO	1	8								A										A							2	0	
19	RC	1051835286	DAHARA	SOFIA	DIAZ	ANILLO	2	0								A										A							2	0	
20	RC	1051835064	KEYLIS	ANDREA	CARDONA	MUÑOZ	2	7								A										A							2	0	
																																TOTAL	40	0	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	2
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	15
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	3

Edilsa Bulcas C.
COORDINADOR(A) EA

Greis Luna Arrieta
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP Versión 5	29/05/2018 Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :_____ F. RAIZ SOCIAL
NIT: __ 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATC 13003802025
MES: _____ AGOSTO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD EIC
SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD EIC

IDENTIFICACIÓN
Regional: _____ BOLIVAR Centro Zonal _____ EL CARMEN DE BOLIVAR Municipio: _____ SAN JUAN - BOLIVAR
Nombre Agente Educativo ZULMA ROMERO CHAMORRO C.C: 1051818383
Código CUENTAME UDS: 136571160338 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_____ SAN JUAN DE MIS AMORES 9
Dirección UDS: _____ CLL 12 #9-100 BARRIO LA BODEGA Teléfono UDS: _____ 3205078991

Hoja ____ de _____

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																			
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
			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	
1	TI	1050484159	KEYDIS	JOHANA	CARMONA	MENODZA	17	8							A						A											2	0	
2	CC	1051826961	EUGENIA	DEL CARMEN	GARCIA	OSPINO	32	0							A						A											2	0	
3	RC	1051835830	ARMANDO	DE JESUS	MANJARRES	YEPES	0	1							N						N												2	
4	RC	1048946457	YOLVER	ANDRES	CASTELLAR	MELENDREZ	0	3							A						A											2	0	
5	RC	1051835781	ALICE	GUADALUPE	PEREZ	LUNA	0	4							A						A											2	0	
6	RC	1051835770	ROSMERIS		VILORIA	BALLESTA	0	4							A						A											2	0	
7	RC	1253659785	ELIAM	JOSE	VILLAR	BUSTILLO	0	8							A						A											2	0	
8	RC	1051835626	HEDA	ISABEL	DIAZ	ROZO	0	11							A						A											2	0	
9	RC	1051835580	ALLISSON	ANDREA	GARCIA	PEREZ	1	0							A						A											2	0	
10	RC	1051835528	ALAN	ANDRES	SERRANO	MONTES	1	2							A						A											2	0	
11	RC	1051835453	ALONSO	CAMILO	PEREZ	LUNA	1	6							A						A											2	0	
12	RC	1044944136	JEYLIS	SOFIA	PAREJA	MENDOZA	1	6							A						A											2	0	
13	RC	1051835430	ADRIAN		MEZA	CARMONA	1	7							A						A											2	0	
14	RC	1051835396	ADHARA	SOFIA	ANILLO	ARIAS	1	8							A						A											2	0	
15	RC	1051835353	ZAREEN	MICHELLE	LASTRA	CARBAL	1	9							A						A											2	0	
16	RC	1140716163	MAILY	CAROLINA	CANTILLO	ARGEL	1	10							A						A											2	0	
17	RC	1140716164	DAYANA	MICHEL	MORENO	ALVEAR	1	10							A						A											2	0	
18	RC	1051835302	JEAN	CARLOS	RODELO	CONTRERAS	1	11							A						A											2	0	
19	RC	1051835290	BETSY	LILIANA	FLOREZ	ESTRADA	2	0							A						A											2	0	
20	RC	1051835227	IRINA	ESTHER	CABARCAS	CONTRERAS	2	2							A						A											2	0	
																															TOTAL	38	2	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	4
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	14
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	2

Edilsa Bulcas C.
COORDINADOR(A) EA

Zulma Romero Chamorro
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F6.MO12.PP	29/05/2018
	Versión 5	Página 1 de 1
FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :_____ F. RAIZ SOCIAL
NIT: __ 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO 13003802025
MES: _____ AGOSTO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD EIC
SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD EIC

IDENTIFICACIÓN
Regional: _____ BOLIVAR Centro Zonal _____ EL CARMEN DE BOLIVAR Municipio: _____ SAN JUAN - BOLIVAR
Nombre Agente Educativo ESPERANZA MARTINEZ TROCHA C.C: 33338812
Código CUENTAME UDS: 136571160337 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_____ SAN JUAN DE MIS AMORES 8
Dirección UDS: _____ CLL 12 #9-100 BARRIO LA BODEGA Teléfono UDS: _____ 3246709172

Hoja ___ de ____

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																					TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																						
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA				
									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	
1	RC	1051835820	LUISA	FERNANDA	MENDEZ	GARCIA	0	1							A										A							0	2	
2	RC	1051835735	CILLIAN		MONTES	CARMONA	0	6							A										A							2	0	
3	RC	1051835723	DILAN	DAVID	HERRERA	GLORIA	0	6							A										A							2	0	
4	RC	1051835721	EDGAR		PEREZ	TORRES	0	6							A										A							2	0	
5	RC	1051835715	AYLIN	SOFIA	CASTELLAR	VASQUEZ	0	7							A										A							2	0	
6	RC	1051835653	LIAN	DAVID	MONTERROSA	BUSTILLO	0	10							A										A							2	0	
7	RC	1253659480	SANTIAGO	DE JESUS	SANCHEZ	LOPEZ	0	10							A										A							2	0	
8	RC	1051835618	YEICOLL	ANDRES	CARMONA	MELENDEZ	0	11							A										A							2	0	
9	RC	1051835582	ALANNY	VICTORIA	TROCHA	PAYARES	1	1							A										A							2	0	
10	RC	1051835469	KIARA	SOFIA	BOSSA	MANJARREZ	1	5							A										A							2	0	
11	RC	1051835464	NEIKER	DAVID	NARVAEZ	VASQUEZ	1	5							A										A							2	0	
12	RC	1051835465	DAMIAN	ANDRES	CASTRO	DIAZ	1	5							A										A							2	0	
13	RC	1051835429	ANTONIO	RAFAEL	RAMOS	TAMARA	1	7							A										A							2	0	
14	RC	1050485729	KYLIAN		BARRIOS	OSORIO	1	7							A										A							2	0	
15	RC	1050485705	DARIANA	SOFIA	CARMONA	PALMERA	1	9							A										A							2	0	
16	RC	1050485696	EMMA	SOFIA	ROSARIO	NARVAEZ	1	10							A										A							2	0	
17	RC	1051835348	KILIAN	ANDRES	CENTENA	MENDEZ	1	10							A										A							2	0	
18	RC	1050485686	THIAGO	ANDRES	CARMONA	CARMONA	1	11							A										A							2	0	
19	RC	1051835018	BAIRON	JOSE	VASQUEZ	CANTILLO	2	9							A										A							2	0	
20	RC	1051834576	LUISA	DANIEL	TERAN	ARGEL	3	11							A										A							2	0	
																															TOTAL	38	2	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	1
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	19
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	0

Edilsa Bulcas C.
COORDINADOR(A) EA

Esperanza Martinez
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP Versión 5	29/05/2018 Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: _____ F. RAIZ SOCIAL
NIT: 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO: 13003802025
MES: AGOSTO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD EIC
SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD EIC

IDENTIFICACIÓN
Regional: _____ BOLIVAR
Nombre Agente Educativo (a): ROSILDA RAMOS
Código CUENTAME UDS: 136571160344
Dirección UDS: _____ CLL 12 #9-100 BARRIO LA BODEGA

Centro Zonal _____ EL CARMEN DE BOLIVAR
C.C: 45781278
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención _____
Teléfono UDS: _____

Municipio: _____ SAN JUAN - BOLIVAR
SAN JUAN DE MIS AMORES 15
3216973552

Hoja ____ de ____

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
									SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		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	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO																												
1	CC	1051825434	MARIA	ANGELICA	MENDOZA	TAPIA	31	2							A									A								1	1	
2	CC	1118838615	MERLY	ELENA	MON	CARMONA	34	6							A									A								2	0	
3	TI	1050484785	KAROLAYS	MICHELL	RODRIGUEZ	CARBAJALINO	16	6							A									A								2	0	
4	CC	1051833178	NELLYS	JOHANA	VASQUEZ	CORREA	25	9							A									A								2	0	
5	RC	1051835771	HASLY	SOFIA	RIVERA	CARO	0	4							A									A								2	0	
6	RC	1051835749	ARIANNA	MICHELL	ARRIETA	ESTRADA	0	5							A									A								2	0	
7	RC	1051835732	SOHARA	MARIA	OSPINO	DE LA ROSA	0	6							A									A								2	0	
8	RC	1051835677	SEBASTIAN	ANDRES	BARRIOS	CUEVAS	0	8							A									A								2	0	
9	RC	1051835630	LUCIA	ISABEL	ZAMBRANO	GARCIA	0	11							A									A								2	0	
10	RC	1051835575	DANNA	SOFIA	CONTRERAS	MARQUEZ	1	1							A									A								2	0	
11	RC	1051835546	IAM	DAVID	CASTELLAR	FERNANDEZ	1	2							A									A								2	0	
12	RC	1051835474	ALAN	ANDRES	MARQUEZ	CARMONA	1	5							A									A								2	0	
13	RC	1051835411	CESAR	DANIEL	SIERRA	GONZALEZ	1	7							A									A								2	0	
14	RC	1051835351	MATEO		HERAZO	GAMBOA	1	10							A									A								2	0	
15	RC	1051835314	YASMIN		PADILLA	ROMERO	1	11							A									A								2	0	
16	RC	1051835158	SEBASTIAN	DAVID	OCHOA	VERGARA	2	4							A									A								2	0	
17	RC	1051835154	MATIAS	RAFAEL	CANTILLO	CASTELLAR	2	4							A									A								2	0	
18	RC	1051835022	GAEL	DAVID	MORENO	HERRERA	2	8							A									A								2	0	
19	RC	1051835019	MATEO	DE JESUS	HERNANDEZ	TORRES	2	9							A									A								2	0	
20	RC	1051834982	JHON	JAIRO	OCHOA	CARMONA	2	10							A									A								2	0	
																															TOTAL	39	1	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	2
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	14
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	4

Edilsa Bulcas e.
COORDINADOR(A) EA

Rosilda Ramos
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :_____ F. RAIZ SOCIAL
NIT: __ 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO: 13003802025
MES: _____ AGOSTO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD EIC
SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD EIC

IDENTIFICACIÓN
Regional: _____ BOLIVAR Centro Zonal _____ EL CARMEN DE BOLIVAR Municipio: _____ SAN JUAN - BOLIVAR
Nombre Agente Educati MARYORIS CASTELLAR MELENDEZ C.C: 1050035840
Código CUENTAME UDS 136571160343 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_____ MARYORIS CASTELLAR MELENDEZ
Dirección UDS: _____ CLL 12 #9-100 BARRIO LA BODEGA Teléfono UDS: _____ 3001414455

Hoja ____ de ____

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
			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	
1	CC	1002429154	ANDREA	LUCIA	RODELO	PARDO	22	10						A						A												2	0	
2	CC	1091969376	LILIANA	ALEJANDRA	MARTINEZ	BELTRAN	19	11						A						A												2	0	
3	CC	1051831153	GLADIS	DEL CARMEN	GOMEZ	MARTINEZ	27	9						A						A												2	0	
4	CC	1051815664	MAYERLI	DEL CARMEN	ROMERO	YEPEZ	38	7						A						A												2	0	
5	CC	1052067918	MELISSA	LINEIS	PATERNINA	VELAZCO	21	2						A						A												2	0	
6	CC	1050484160	LEIDIS	CAROLINA	ARIAS	LORA	21	2						A						A												2	0	
7	RC	1051835784	AXEL	DAVID	SANABRIA	MERCADO	0	4						A						A												2	0	
8	RC	1051835774	MATHIAS	DAVID	PUELLO	BLANCO	0	5						A						A												2	0	
9	RC	1051835711	AILANY	SOFIA	MORENO	HERRERA	0	7						A						A												2	0	
10	RC	1051835609	SAMUEL	DAVID	PEREZ	BELTRAN	0	11						A						A												2	0	
11	RC	1020853585	IAN	ANDRES	LEDESMA	TORRES	1	0						A						A												2	0	
12	RC	1050485742	SALMAH		DURAN	GONZALEZ	1	5						A						A												2	0	
13	RC	1051835376	LUIS	DANIEL	TORRES	JULIO	1	10						A						A												2	0	
14	RC	1050485668	CARLOS	ANDRES	BEDOYA	TUBERQUIA	2	1						A						A												2	0	
15	RC	1050485661	ALFONSO	RAFAEL	RODRIGUEZ	LORA	2	3						A						A												2	0	
16	RC	1051835147	RAFAEL	DE JESUS	TAPIA	PUPO	2	4						A						A												2	0	
17	RC	1051834693	ISABELLA		RODELO	CASTRO	3	8						A						A												2	0	
18	RC	1051834698	ALEXANDER	MANUEL	FLOREZ	BOHORQUEZ	3	8						A						A												2	0	
19	RC	1051834605	SANTIAGO	DAVID	ANILLO	ARIAS	3	11						A						A												2	0	
20	RC	1201284877	EMILIANO		CASTELLAR	BARRIOS	4	7						A						K												2	0	
																															TOTAL	40	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	2
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	12
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	6

Edilsa Bulcas e
COORDINADOR(A) EA

Maryoris Castellar Melendez
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: _____ F. RAIZ SOCIAL
NIT: __ 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO 13003802025
MES: _____ AGOSTO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD EIC
SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD EIC

IDENTIFICACIÓN
Regional: _____ BOLIVAR Centro Zonal _____ EL CARMEN DE BOLIVAR Municipio: _____ SAN JUAN - BOLIVAR
Nombre Agente Educativo (a) LORENA SERRANO SIERRA C.C: 45781714
Código CUENTAME UDS: 136571160341 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_____ SAN JUAN DE MIS AMORES 12
Dirección UDS: _____ CLL 12 #9-100 BARRIO LA BODEGA Teléfono UDS: _____ 3127171745

Hoja ___ de ____

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
			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			
1	CC	1002439951	GREIEY	ELENA	TOVAR	GALVAN	33	8							A										I)									2	0	
2	CC	1194747445	KARLA	ISABEL	POLO	GAZABON	22	10							A										A									2	0	
3	CC	1143400396	SHIRLY	CATALINA	ACOSTA	TRASLAVIÑA	28	2							A										A									2	0	
4	CC	1193223866	JOHANA	DE JESUS	VITAL	TERRRAZA	27	7							A										A									2	0	
5	CC	1143374097	MARYURIS	VANESSA	BELEÑO	HAAD	31	5							A										A									2	0	
6	CC	1049483597	MARGARETH	PAOLA	HERRERA	ARIZA	30	11							A										A									2	0	
7	CC	1047452644	KEYLA	LISETH	BARRIOS	PERSIA	32	9							A										A									2	0	
8	RC	1050485808	KYARA	SOFIA	ALVAREZ	URUETA	0	1							A										A									2	0	
9	RC	1051835812	EMILIANO		LAMBIS	MORALES	0	2							A										A									2	0	
10	RC	1051835718	EMMANUEL		FLOREZ	NAVARRO	0	8							A										A									2	0	
11	RC	1249070691	AITANA		QUINTANA	CARMONA	1	0							A										A									2	0	
12	RC	1043346112	MIGUEL	ANGEL	MEJIA	ROMERO	1	2							A										A									2	0	
13	RC	1126791290	JHONATAN	DAVID	MEJIA	OROZCO	1	10							A										A									2	0	
14	RC	1051835052	YEIRON	RAFAEL	MARQUEZ	SALCEDO	2	8							A										A									2	0	
15	RC	1050981038	OLIVER	JOSE	NAVARRO	HERRERA	2	10							A										A									2	0	
16	RC	1051834771	ARIANNA		CASTELLAR	HERRERA	3	6							A										A									2	0	
17	RC	1050485477	SAHILYN		BARRIOS	PADILLA	3	10							A										A									2	0	
18	RC	1238347650	MILAGRO	SOFIA	YEPES	FERNANDEZ	3	11							A										A									2	0	
19	RC	1051834363	XHAVI	ANDRES	SOLANO	MELENDEZ	4	6							A										A									2	0	
20	RC	1051834327	MARIA	VICTORIA	GUERRERO	YEPES	4	8							A										A									2	0	
																																	TOTAL	40	0	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	2
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	11
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	7

Edilsa Bulnes e.
COORDINADOR(A) EA

Lorena Serrano 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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP Versión 5	29/05/2018 Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :_____ F. RAIZ SOCIAL
NIT: __ 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO: 13003802025
MES: _____ AGOSTO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD EIC
SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD EIC

IDENTIFICACIÓN
Regional: _____ BOLIVAR Centro Zonal _____ EL CARMEN DE BOLIVAR Municipio: _____ SAN JUAN - BOLIVAR
Nombre Agente Educativo MARCELA BARRIOS GUZMAN C.C: 1052080570
Código CUENTAME UDS: 136571160332 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_____ SAN JUAN DE MIS AMORES 3
Dirección UDS: _____ CLL 12 #9-100 BARRIO LA BODEGA Teléfono UDS: _____ 3002725387

Hoja ___ de ____

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																							
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					
			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	
1	CC	1051825877	JAVIERA		MEJIA	SOLANO	30	10									A										A						2	0	
2	CC	1193595998	OLGA	PATRICIA	ROMERO	MUÑOZ	29	7									A										A						2	0	
3	CC	1051822022	MARYORIS	PAOLA	BERMEJO	YEPES	22	8									A										A						2	0	
4	T.I	1050483910	YAILETH	DEL CARMEN	MORENO	FERNANDEZ	17	10									A										A						2	0	
5	CC	1065137853	AMANDA	CAROLINA	JARAMILLO	DIAZ	28	3									A										A						2	0	
6	CC	1007263399	YASMIN		SALGADO	VERGARA	32	1									A										A						2	0	
7	RC	1051835757	DOMINIC		NAVARRO	LOPEZ	0	5									A										A						2	0	
8	RC	1051835720	DANIELIS		HERRERA	PATERNINA	0	7									A										A						2	0	
9	RC	1051835694	LUIS	DANIEL	OROPEZA	CASTELLAR	0	8									A										A						2	0	
10	RC	1051835671	DULCE	MARIA	SANCHEZ	ALEAN	0	9									A										A						2	0	
11	RC	1051835605	LAURA	CAMILA	MACEA	MORENO	1	0									A										A						2	0	
12	RC	1047523753	VICTORIA	SOFIA	BELTRAN	VILORIA	1	1									A										A						2	0	
13	RC	1051835542	IANNA	CELESTE	MONTES	ALVAREZ	1	2									A										A						2	0	
14	RC	1051835517	ELIASIB	ANDRES	TAPIAS	NOVOA	1	3									A										A						2	0	
15	RC	1051835524	DONOVAN	ANDRES	CASTILLO	TAPIA	1	3									A										A						2	0	
16	RC	1051835459	DAMIAN	ANDRES	MORENO	GARCIA	1	6									A										A						2	0	
17	RC	1065144298	AISHA		JARAMILLO	DIAZ	1	6									A										A						2	0	
18	RC	1050485677	MICHEL	SOFIA	NOVOA	LOZANO	2	1									A										A						2	0	
19	RC	1051835003	MARIA	ANGEL	HERNANDEZ	RUBIO	2	9									A										A						2	0	
20	RC	1201284257	SAMUEL	DAVID	BARRIOS	MARTINEZ	4	10									A										A						2	0	
																																TOTAL	40	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	1
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES.	13
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	6

Edilsa Benitez C.
COORDINADOR(A) EA

Marcela Barrios Guzmán
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F6.MO12.PP	29/05/2018
FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	Versión 5	Página 1 de 1
	Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: _____ F. RAIZ SOCIAL
NIT: 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATC 13003802025
MES: AGOSTO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD EIC
SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD EIC

IDENTIFICACIÓN
Regional: _____ BOLIVAR Centro Zonal _____ EL CARMEN DE BOLIVAR Municipio: _____ SAN JUAN - BOLIVAR
Nombre Agente Educat YARLEIDIS MENDOZA CARMONA C.C: 1051817425
Código CUENTAME UD 136571160333 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_____ SAN JUAN DE MIS AMORES 4
Dirección UDS: _____ CLL 12 #9-100 BARRIO LA BODEGA Teléfono UDS: _____ 3006624835

Hoja ____ de ____

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																							
			PRIMER NOMBRE	EGUNDO NOMBR	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			
1	TI	1043982120	ANGIE	VANESSA	AGAMEZ	RICARDO	16	2								A										A							2	0	
2	CC	1051817012	QUENDRIS	PAOLA	CORONEL	VILORIA	37	6								A										A							2	0	
3	CC	1051816568	VALENTINA	DEL AMPARO	DIAZ	DIAZ	19	9								A										A							2	0	
4	RC	1051835838	ADHARA		CASTELLAÑOS	MOTTA	0	1								A										A							2	0	
5	RC	1050485777	GEMMA	MARINA	OJEDA	SERRANO	0	7								A										A							2	0	
6	RC	1051835738	KILIAN	ANDRES	GONZALEZ	GUERRERO	0	8								A										A							2	0	
7	RC	1050485756	JUAN	ANGEL	TAMARA	SERRANO	0	11								A										A							2	0	
8	RC	1043718546	VICTORIA		BARRAZA	CARO	0	11								A										A							2	0	
9	RC	1050485752	JOEL	DE JESUS	GUERRERO	MONTES	0	11								A										A							2	0	
10	RC	1051835636	YAISETH	DAVID	BERRIO	CARMONA	0	11								A										A							2	0	
11	RC	1051835532	DILAN	ANDRES	BOHORQUEZ	QUINTERO	1	2								A										A							2	0	
12	RC	1051835558	SEBASTIAN	ANDRES	MERIÑO	RODELO	1	2								A										A							2	0	
13	RC	1050485740	ETHAM	HANIEL	BRACAMONTE	ROMERO	1	4								A										A							2	0	
14	RC	1051835394	AGAPE		LORA	MARTINEZ	1	9								A										A							2	0	
15	RC	1051835337	IAN	ANDRES	MARTINEZ	AGAMEZ	1	10								A										A							2	0	
16	RC	1051835248	GABRIEL	ISAAC	CENTENA	CASTILLO	2	3								A										A							2	0	
17	RC	1051835185	MAITE	SOFIA	MEJIA	VARON	2	3								A										A							2	0	
18	RC	1051835020	SAMARA		BARRIOS	DEL TORO	2	9								A										A							2	0	
19	RC	1051835014	CARLOS	ANDRES	FUENTES	ARRIETA	2	9								A										A							2	0	
20	RC	1050485565	JUAN	PABLO	YEPES	MONTES	3	2								A										A							2	0	
																																TOTAL	40	0	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	1
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	16
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	3

Edilsa Bulcos C.
COORDINADOR(A) EA

Yarleidis Mendoza
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F6.MO12.PP	29/05/2018
	Versión 5	Página 1 de 1
FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	Clasificación de la información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : _____ F. RAIZ SOCIAL
NIT: __ 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO: 13003802025
MES: _____ AGOSTO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD EIC
SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD EIC

IDENTIFICACIÓN
Regional: _____ BOLIVAR Centro Zonal _____ EL CARMEN DE BOLIVAR Municipio: _____ SAN JUAN - BOLIVAR
Nombre Agente Educativo (a) YANELIS HERRERA CASTELLAR C.C: 1193563865
Código CUENTAME UDS: 136571160345 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_____ SAN JUAN DE MIS AMORES 16
Dirección UDS: _____ CLL 12 #9-100 BARRIO LA BODEGA Teléfono UDS: _____ 3122818109

Hoja ___ de ____

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																								
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
									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	
1	CC	1047447131	YESENIA	ESTER	BARRIOS	BUELVAS	34	2									A										A							2	0	
2	CC	1050038638	NORMA	JUDITH	CASTELLAR	ANGULO	31	3									A										A							2	0	
3	CC	1051830762	VANESSA		BUENDIA	VASQUEZ	28	1									A										A							2	0	
4	CC	1051816000	YERELIN	PAOLA	GONZALEZ	TAPIA	20	2									A										A							2	0	
5	CC	1051832481	MARIA	JOSE	BERMEJO	DE ORO	26	6									A										A							2	0	
6	CC	1050482197	MARIS	FLOR	ACEVEDO	ARIÑA	18	6									A										A							2	0	
7	RC	1051835819	JUAN	PABLO	MEZA	GARCIA	0	1									A										A							2	0	
8	RC	1072682783	EITHAN	DAVID	ANDRADES	CRISTANCHO	0	4									A										A							2	0	
9	RC	1042598899	MARIA	CELESTE	CASTELLON	ANDRADE	0	10									A										A							2	0	
10	RC	1051835616	BELLA	FLOR	PEREZ	COLON	0	11									A										A							2	0	
11	RC	1048101199	MARCELA		SAENZ	MANJARRES	1	2									A										A							2	0	
12	RC	1041703403	AZUL		SAENZ	TAPIA	1	4									A										A							2	0	
13	RC	1051835375	ALANA	SOFIA	HERNANDEZ	OSPINO	1	10									A										A							2	0	
14	RC	1050485528	ALIS		ARIAS	SERRANO	3	6									A										A							2	0	
15	RC	1051834647	ZAID	DANIEL	CARMONA	BELTRAN	3	10									A										A							2	0	
16	RC	1194984157	ELIAN	ENRIQUE	GUTIERREZ	RAMIREZ	4	0									A										A							2	0	
17	RC	1050485434	AYLIN	SOFIA	LEDEZMA	CASTELLAR	4	2									A										A							2	0	
18	RC	1051834421	DULCE	MARIA	CAMPO	SALGADO	4	5									A										A							2	0	
19	RC	1052099821	ANDRES	DAVID	ARIAS	SERRANO	4	9									A										A							2	0	
20	RC	1050485229	LUISA	FERNANDA	ROSAS	SALTARIN	4	11									A										A							2	0	
																																	TOTAL	40	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	2
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	12
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	6

Edilsa Bulnes C.
COORDINADOR(A) EA

Yanelis Herrera Castellar
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : _____ F. RAIZ SOCIAL
NIT: 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO: 13002402024
MES: AGOSTO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD EIC
SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD EIC

IDENTIFICACIÓN
Regional: _____ BOLIVAR Centro Zonal _____ EL CARMEN DE BOLIVAR Municipio: _____ SAN JUAN - BOLIVAR
Nombre Agente Educativo (a KAREN ACEVEDO DIAZ C.C: 45781783
Código CUENTAME UDS: 136571160340 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_____ SAN JUAN DE MIS AMORES 11
Dirección UDS: _____ CLL 12 #9-100 BARRIO LA BODEGA Teléfono UDS: _____ 3123073938

Hoja ____ de _____

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																					TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO			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			
1	CC	1051833116	YOLIMA	ISABEL	DIAZ	CASTILLO	25	11			+			-	I										I									0	2	
2	CC	1051822162	LILIETH	PAOLA	SALGADO	CARILLO	33	7			+				I										I									0	2	
3	PPT	21039790	FABIANA	DEL CARMEN	FARIAS	COLINA	31	5							A										A									2	0	
4	RC	1050485792	ANGEL	DE JESUS	DIAZ	PEREZ	0	4							A										A									2	0	
5	RC	1051835751	SAMUEL	DAVID	HURTADO	TAPIA	0	5							A										A									2	0	
6	RC	1050485780	EHIDERTH	DAVID	SERRANO	LEAL	0	7							A										A									2	0	
7	RC	1066207920	LIAM	ALEJANDRO	BALLENA	ROJAS	0	7							A										A									2	0	
8	RC	1051835695	ORIANA		CARMONA	CARMONA	0	7							A										A									2	0	
9	RC	1051835540	JUAN	MIGUEL	TORRES	BARRIOS	1	2							A										A									2	0	
10	RC	1051835510	DAEL	MOISIÑO	BARRIOS	MONROY	1	3							A										A									2	0	
11	RC	1242390260	GABRIELA	ALEXANDRA	TAPIA	LOPEZ	1	4							A										A									2	0	
12	RC	1051835492	MILAGRO	MICHELL	CASTELLAR	PALENCIA	1	4							A										A									2	0	
13	RC	1051835495	JESUS	DANIEL	MENDOZA	PADILLA	1	4							A										A									2	0	
14	RC	1051835426	MARTIN	ANDRES	ARIAS	SERRANO	1	7							A										A									2	0	
15	RC	1051835418	MATEO	DE JESUS	MERCADO	ARIAS	1	7							A										A									2	0	
16	RC	1050485725	ALAIA	DARIANNA	DIAZ	BLANCO	1	7							A										A									2	0	
17	RC	1050485728	JARED		CARMONA	RUIZ	1	8							A										A									2	0	
18	RC	1050485708	GIANNA	SOFIA	TORRES	BUSTILLO	1	9							A										A									2	0	
19	RC	1242389939	MARIA	CELESTE	CORTEZ	MONTALVO	2	0							A										A									2	0	
20	RC	1051834688	YARETH	DE JESUS	MELENDREZ	VILLALBA	3	8							A										A									2	0	
																																	TOTAL	36	24	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	2
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	15
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	3

Edilsa Bulcas C.
COORDINADOR(A) EA

Karen Acevedo Díaz
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

Impresión: 15/08/2025 11:00:03 a. m.
Admisión: AD599073
Administradora: ASOCIACION MUTUAL SER
Paciente: YOLIMA ISABEL DIAZ CASTILLA

EPICRISIS

OBSTETRICA Y REVALORAR CON RESULTADO, SE EXPLICA A PACIENTE QUIEN DICE ENTENDER Y ACEPTAR. FIRMA CONSENTIMEINTO INFORMADO.
REALIZADO POR DANIELLA DIAZ MEDICO INTERNA
REVISADO POR FERNANDO SEQUEDA GYO

Procedimientos Realizados y Ordenados:

Fecha: 06/08/2025
-902210 - HEMOGRAMA IV [HEMOGLOBINA HEMATOCRITO. RECUENTO DE ERITROCITOS. ÍNDICES ERITROCITARIOS. LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS. INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA] METODO AUTOMATICO+- Cantidad: 1
-906220 - Hepatitis B. ANTICUERPOS CENTRAL Ig M [ANTI-CORE HBC-M] + - Cantidad: 1
-906249 - Virus de Inmunodeficiencia Humana 1 Y 2 ANTICUERPOS - Cantidad: 1
-906914 - PROTEÍNA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO (PCR) - Cantidad: 1
-906915 - SEROLOGÍA [PRUEBA NO TREPONÉMICA] VDRL EN SUERO O LCR - Cantidad: 1
-907106 - UROANÁLISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA + - Cantidad: 1
Fecha: 09/08/2025
-901235 - UROCULTIVO [ANTIBIOGRAMA DE DISCO]+- Cantidad: 1
Fecha: 10/08/2025
-897011 - MONITORIA FETAL ANTEPARTO- Cantidad: 1
Fecha: 11/08/2025
-881434 - PERFIL BIOFISICO- Cantidad: 1
-901107 - COLORACIÓN GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA *+ - Cantidad: 1
Fecha: 13/08/2025
-735301 - ASISTENCIA DEL PARTO NORMAL- Cantidad: 2
-740001 - CESÁREA SEGMENTARIA TRANSPERITONEAL - Cantidad: 1
-902211 - HEMATOCRITO + - Cantidad: 1
-904902 - HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH] NEONATAL - Cantidad: 1
-906915 - SEROLOGÍA [PRUEBA NO TREPONÉMICA] VDRL EN SUERO O LCR - Cantidad: 1
-911018 - HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA ABO DIRECTA [HEMOCLASIFICACIÓN GLOBULAR] EN TUBO - Cantidad: 1
Fecha: 14/08/2025
-898201 - ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO +- Cantidad: 4
Fecha: 15/08/2025
-890202 - CONSULTA AMBULATORIA ESPECIALIZADA GINECOLOGIA - HOSP- Cantidad: 1

Medicamentos Ordenados y Administrados:

Impresión: 15/08/2025 11:00:03 a. m

Administradora: ASOCIACION MUTUAL SER

Admisión: AD600073

Paciente: YOLIMA ISABEL DIAZ CASTILLA

EPICRISIS

VULVOVAGINITIS MIXTA, SE EXPLICA A PACIENTE CONDUCTA MÉDICA A SEGUIR QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR PLAN HOSPITALIZAR DIETA BLANDASSN PASAR IV A RAZÓN DE 70 CC HORAMETRONIDAZOL 500 MG VO CADA 12 HORAS POR 7 DÍAS (FI: 08/08/2025 - D0) (NUEVO)CLOTRIMAZOL CREMA VAGINAL 1 %, APLICAR 1 VIA VAGINAL CADA 24 HORAS (FI: 08/08/2025 - D0) (NUEVO)SS/UROCLULTIVOSS/ MONITORIA FETAL POR TURNOMGILAR FCF, ACTIMDAD UTERINA, TONO UTERINO , PERDIDAS VAGINALES Y CAMBIOS CERVICALESCSV Y ACREALIZADO POR: VIRGINIA ROMERO REVISADO POR: DR AGUSTIN PUELLO R1

Fecha: 09/08/2025: 01:40:38, Historia: Evolución de Hospitalización, Prestador: KELLER ELIECER QUESADA IRIARTE, Especialidad: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
Asunto: NOTA MONITOREO NOCHE PATOLOGIA
Descripción: PACIENTE FEMENINA DE 25 AÑOS DE EDAD. G3P1A1 CON IDX DE:EMBARAZO DE 36 SEMANAS POR ECOGRAFÍA DE III TRIMESTRE (06/08/25 35.3)FETO ÚNICO VIVO (PFE 2786 GR)TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINOVULVOVAGINITIS MIXTADATACIÓN SUBÓPTIMAMULTIGESTANTEAROESCALASRIESGO TROMBOEMBÓLICO BAJORIESGO OBSTETRICO ALTOHERRERA Y HURTADO 0 PUNTOSALERTA TEMPRANA 0 PUNTOS******SUBJETIVO**********PACIENTE QUIEN EN EL MOMENTO SE ENCUENTRA EN ESTABLES CONDICIONES GENERALES INDICA QUE PRESENTA DOLOR TIPO CONTRACCIÓN OCASIONAL CON ADECUADA PERCEPCIÓN DE LOS MOVIMIENTOS FETALES, NO PRESENTA SINTOMATOLOGÍA PRE CONVULSIVA, TAMPOCO SANGRADO VAGINAL NI AMNIORREA, NIEGA OTRA SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA**********OBJETIVO*********TA: 115/76 MMHG, FC: 83 LPM, FR: 17 RPM, SO2: 99 % FCF: 125NORMOCEFALICA NO MASAS NI MEGALIAS, PUPILAS ISOCORICAS FOTOREACTIVAS, ESCLERAS ANICTERICAS MUCOSAS HÚMEDAS Y ROSADAS, CUELLO MÓVIL Y SIMÉTRICO NO MASAS NI MEGALIAS, TÓRAX NORMOEXPANSIBLE SIN TIRAJES NI RETRACCIONES, PULMONES MURMULLO VESICULAR PRESENTE SIN SOBREAGREGADOS, CORAZÓN RÍTMICO SIN SOPLOS. ABDOMEN: GLOBOSO POR ÚTERO GRÁVIDO, AU: 33 CM, FETO ÚNICO LONGITUDINAL, FCF 125 LPM, CEFÁLICO DORSO DERECHO. ACTIMDAD UTERINA: 2X40X10 MIN , GU: NORMOCONFIGURADOS, SIN AMNIORREA, SIN ESTIGMAS DE SANGRADO, AL TACTO VAGINAL, VAGINA LAT NORMAL, D: 2-3 CMS, B: 60%, MEMBRANAS INTEGRAS,E:-2. EXTREMIDADES SIMÉTRICAS Y MÓVILES SIN EDEMAS, SNC ALERTA Y CONSCIENTE ORIENTADA EN LAS TRES ESFERAS MENTALES SIN DÉFICIT MOTOR NI SENSITIVO DE ORIGEN CENTRAL EVIDENTES GLASGOW 15/15.**********PARACLÍNICOS**********06/08/2025: HEMOGRAMA: LEU: 9550, NEU: 67, LIN: 25, HB: 11.5, HTO: 37.2, PLAQ: 204000, UROANÁLISIS NO PATOLÓGICO, AGHBS NO REACTIVO, PCR: 0.9, VIH NO REACTIVO, VDRL: NO REACTIVO.*********ECOGRAFIA**********06/08/25 ECOGRAFIA OBSTÉTRICA: EMBARAZO DE 35.3 SEMANAS POR ECOGRAFIA, PLACENTA CORPORAL ANTERIOR, LIM: 6 CMS, PFE: 2786 GR P: 38%.**********MONITORIA FETAL**********-9/08/2025 MONITORIA FETAL 00+37 HRS - CATEGORIA I-8/08/2025 MONITORIA FETAL 6+00 HRS - CATEGORIA I-7/08/2025 MONITORIA FETAL 9+20 HRS - CATEGORIA IANÁLISIS:PACIENTE QUIEN EN EL MOMENTO SE ENCUENTRA CURSANDO CON DIAGNÓSTICOS PREVIAMENTE DESCRITOS. ACTUALMENTE CLÍNICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL, SIN SIRS, FCF PRESENTE Y ADECUADA, MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES ACTIMDAD UTERINA REGULAR, SIN PÉRDIDAS VAGINALES, CAMBIOS CERVICALES INICIALES, BIENESTAR FETAL ADECUADO COMPROBADO POR MONITORIA FETAL CATEGORÍA I. PTE CON EMBARAZO PRETÉRMINO POR LO TANTO SE CONTINUA CON MANEJO EXPECTANTE, SE DEJA EN VIGILANCIA DE BIENESTAR MATERNO FETAL ESTRICTA, SE EXPLICA A PACIENTE CONDUCTA MÉDICA A SEGUIR QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR PLAN:HOSPITALIZAR DIETA BLANDASSN PASAR IV A RAZÓN DE 70 CC HORAMETRONIDAZOL 500 MG VO CADA 12 HORAS POR 7 DÍAS (FI: 08/08/2025 - D0) (NUEVO)CLOTRIMAZOL CREMA VAGINAL 1 %, APLICAR 1 VIA VAGINAL CADA 24 HORAS (FI: 08/08/2025 - D0) (NUEVO)SS/ MONITORIA FETAL POR TURNOMGILAR FCF, ACTIMDAD UTERINA, TONO UTERINO , PERDIDAS VAGINALES Y CAMBIOS CERVICALESCSV Y ACREALIZADO POR: ALEJANDRO TORRES - MÉDICO INTERNOREVISADO POR: KELLER QUESADA.-GINECOLOGO::::::::::::::::: NOTA DE MONITOREO FETAL NOCHE 08/08/2025 A LAS 22:13 HRS :::::::::::::::::PACIENTE FEMENINA DE 25 AÑOS DE EDAD. G3P1A1 CON IDX DE:- EMBARAZO DE 35.4 SEMANAS POR ECOGRAFÍA DE III TRIMESTRE (06/08/25 35.3)- FETO ÚNICO VIVO (PFE 2786 GR)- TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINOESCALAS:RIESGO TROMBOEMBÓLICO BAJORIESGO OBSTETRICO ALTOHERRERA Y HURTADO 0 PUNTOSALERTA TEMPRANA 0 PUNTOSTA: 115/76 MMHG, FC: 83 LPM, FR: 17 RPM, SO2: 99 % FCF: 125PACIENTE FEMENINA DE 25 AÑOS, HOSPITALIZADA EN SALA DE PATOLOGÍA CON DIAGNÓSTICOS YA DESCRITOS. ACTUALMENTE ESTABLE CLÍNICA Y HEMODINÁMICAMENTE, SIN SIGNOS DE SIRS, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA, TOLERANDO VÍA ORAL Y OXÍGENO AMBIENTE, SIGNOS VITALES EN META, PACIENTE A LA QUE SE LE REALIZA MONITOREO FETAL A LAS 22:13 HRS, CATEGORÍA I, CON FETOCARDIA 125 LPM AUDIBLE PARA LA MADRE. POR LO PRONTO, CONTINÚA HOSPITALIZADA BAJO VIGILANCIA CLÍNICA ESTRICTA. QUEDAMOS ATENTOS A EVOLUCIÓN, SE EXPLICA CONDUCTA, SE RESUELVEN DUDAS, ELLA REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

Fecha: 08/08/2025: 05:10:03, Historia: Evolución de Hospitalización, Prestador: MAURICIO ORTIZ BANQUEZ, Especialidad: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
Asunto: Evolución
Descripción: PACIENTE FEMENINA DE 25 AÑOS DE EDAD. G3P1A1 CON IDX DE:- EMBARAZO DE 35.4 SEMANAS POR ECOGRAFÍA DE III TRIMESTRE (06/08/25 35.3)- FETO ÚNICO VIVO (PFE 2786 GR)- TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINOESCALAS:RIESGO TROMBOEMBÓLICO BAJORIESGO OBSTETRICO ALTOHERRERA Y HURTADO 0 PUNTOSALERTA TEMPRANA 0 PUNTOSTA: 115/76 MMHG, FC: 83 LPM, FR: 17 RPM, SO2: 99 % FCF: 125PACIENTE FEMENINA DE 25 AÑOS, HOSPITALIZADA EN SALA DE PATOLOGÍA CON DIAGNÓSTICOS YA DESCRITOS. ACTUALMENTE ESTABLE CLÍNICA Y HEMODINÁMICAMENTE, SIN SIGNOS DE SIRS, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA, TOLERANDO VÍA ORAL Y OXÍGENO AMBIENTE, SIGNOS VITALES EN META, PACIENTE A LA QUE SE LE REALIZA MONITOREO FETAL A LAS 22:13 HRS, CATEGORÍA I, CON FETOCARDIA 125 LPM AUDIBLE PARA LA MADRE. POR LO PRONTO, CONTINÚA HOSPITALIZADA BAJO VIGILANCIA CLÍNICA ESTRICTA. QUEDAMOS ATENTOS A EVOLUCIÓN, SE EXPLICA CONDUCTA, SE RESUELVEN DUDAS, ELLA REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

Fecha: 07/08/2025: 17:08:19, Historia: Evolución de Hospitalización, Prestador: ISABELLA LEONES GOMEZ, Especialidad: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
Asunto: NOTA DE MONITOREO FETAL TARDE 07/08/2025 14:53 HRS
Descripción: ::::::::::::::::: NOTA DE MONITOREO FETAL TARDE 07/08/2025 A LAS 14:53 HRS :::::::::::::::::PACIENTE FEMENINA DE 25 AÑOS DE EDAD. G3P1A1 CON IDX DE:- EMBARAZO DE 35.4 SEMANAS POR ECOGRAFÍA DE III TRIMESTRE (06/08/25 35.3)- FETO ÚNICO VIVO (PFE 2786 GR)- TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINOESCALAS:RIESGO TROMBOEMBÓLICO BAJORIESGO OBSTETRICO ALTOHERRERA Y HURTADO 0 PUNTOSALERTA TEMPRANA 0 PUNTOSTA: 115/76 MMHG, FC: 83 LPM, FR: 17 RPM, SO2: 99 % .PACIENTE FEMENINA DE 25 AÑOS, HOSPITALIZADA EN SALA DE PATOLOGÍA CON DIAGNÓSTICOS YA DESCRITOS. ACTUALMENTE ESTABLE CLÍNICA Y HEMODINÁMICAMENTE, SIN SIGNOS DE SIRS, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA, TOLERANDO VÍA ORAL Y OXÍGENO AMBIENTE, SIGNOS VITALES EN META, PACIENTE A LA QUE SE LE REALIZA MONITOREO FETAL A LAS 14:53 HRS, CATEGORÍA I, CON FETOCARDIA 135 LPM AUDIBLE PARA LA MADRE. POR LO PRONTO, CONTINÚA HOSPITALIZADA BAJO VIGILANCIA CLÍNICA ESTRICTA. QUEDAMOS ATENTOS A EVOLUCIÓN, SE EXPLICA CONDUCTA, SE RESUELVEN DUDAS, ELLA REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

Fecha: 07/08/2025: 11:02:08, Historia: Evolución de Hospitalización, Prestador: HERNANDO CASTRO SOLENO, Especialidad: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
Asunto: Evolución
Descripción: PACIENTE FEMENINA DE 25 AÑOS DE EDAD. G3P1A1 CON IDX DE:EMBARAZO DE 35.4 SEMANAS POR ECOGRAFÍA DE PRIMER TRIMESTRE (06/08/25 35.3)FETO ÚNICO VIVO PFE 2786 GR P: 38%TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINOESCALAS:RIESGO TROMBOEMBÓLICO BAJORIESGO OBSTETRICO ALTOHERRERA Y HURTADO 0 PUNTOSALERTA TEMPRANA 0 PUNTOS******SUBJETIVO**********PACIENTE QUIEN EN EL MOMENTO SE ENCUENTRA EN ESTABLES CONDICIONES GENERALES INDICA QUE PRESENTA DOLOR TIPO CONTRACCIÓN OCASIONAL CON ADECUADA PERCEPCIÓN DE LOS MOVIMIENTOS FETALES, NO PRESENTA SINTOMATOLOGÍA PRE CONVULSIVA, TAMPOCO SANGRADO VAGINAL NI AMNIORREA, NIEGA OTRA SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA**********OBJETIVO*********TA: 115/76 MMHG, FC: 83 LPM, FR: 17 RPM, SO2: 99 % .NORMOCEFALICA NO MASAS NI MEGALIAS, PUPILAS ISOCORICAS FOTOREACTIVAS, ESCLERAS ANICTERICAS MUCOSAS HÚMEDAS Y ROSADAS, CUELLO MÓVIL Y SIMÉTRICO NO MASAS NI MEGALIAS, TÓRAX NORMOEXPANSIBLE SIN TIRAJES NI RETRACCIONES, PULMONES MURMULLO VESICULAR PRESENTE SIN SOBREAGREGADOS, CORAZÓN RÍTMICO SIN SOPLOS. ABDOMEN: GLOBOSO POR ÚTERO GRÁVIDO, AU: 33 CM, FETO ÚNICO LONGITUDINAL, FCF 137 LPM, CEFÁLICO DORSO DERECHO, NO ACTIMDAD UTERINA PALPABLE, GU: NO SE REALIZA TACTO VAGINAL. EXTREMIDADES SIMÉTRICAS Y MÓVILES SIN EDEMAS, SNC ALERTA Y CONSCIENTE ORIENTADA EN LAS TRES ESFERAS MENTALES SIN DÉFICIT MOTOR NI SENSITIVO DE ORIGEN CENTRAL EVIDENTES GLASGOW

EPICRISIS

EN ESTABLES CONDICIONES GENERALES INDICA QUE PRESENTA DOLOR TIPO CONTRACCIÓN OCASIONAL CON ADECUADA PERCEPCIÓN DE LOS MOVIMIENTOS FETALES, NO PRESENTA SANGRADO O AMNIORREA, NIEGA OTRA SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA OBJETIVO:TA: 95/70 MMHG, FC: 70 LPM, FR: 19 RPM, SO2: 99 % AIRE AMBIENTENORMOCEFALICA NO MASAS NI MEGALIAS, PUPILAS ISOCORICAS FOTOREACTIVAS, ESCLERAS ANICTERICAS MUCOSAS HÚMEDAS Y ROSADAS, CUELLO MÓVIL Y SIMÉTRICO NO MASAS NI MEGALIAS, TÓRAX NORMOEXPANSIBLE SIN TIRAJES NI RETRACCIONES, PULMONES MURMULLO VESICULAR PRESENTE SIN SOBREAGREGADOS, CORAZÓN RÍTMICO SIN SOPLOS. ABDOMEN: GLOBOSO POR ÚTERO GRÁVIDO. AU: 33 CM, FETO ÚNICO LONGITUDINAL, CEFÁLICO DORSO DERECHO, FCF 128 LPM, ACTIVIDAD UTERINA: 0 EN 10 MINUTOS, GU: NORMOCONFIGURADOS, SIN AMNIORREA, SIN ESTIGMAS DE SANGRADO, AL TACTO VAGINAL CUELLO POSTERIOR, BLANDO, DILATACIÓN 2 CM, BORRAMIENTO: 60 %, ESTACION -2. EXTREMIDADES SIMÉTRICAS Y MÓVILES SIN EDEMAS, SNC ALERTA Y CONSCIENTE ORIENTADA EN LAS TRES ESFERAS MENTALES SIN DÉFICIT MOTOR NI SENSITIVO DE ORIGEN CENTRAL EVIDENTES GLASGOW 15/15.PARACLÍNICOS:06/08/2025: HEMOGRAMA: LEU: 9550, NEU: 67, LIN: 25, HB: 11.5, HTO: 37.2, PLAQ: 204000, UROANÁLISIS NO PATOLÓGICO, AGHBS NO REACTIVO, PCR: 0.9, VIH NO REACTIVO, VDRL: NO REACTIVO.ECOGRAFÍA:06/08/25 ECOGRAFIA OBSTÉTRICA: EMBARAZO DE 35.3 SEMANAS POR ECOGRAFÍA, PLACENTA CORPORAL ANTERIOR, LMV: 6 CMS, PFE: 2786 GR P: 38%.MONITORIA FETAL:-11/08/2025: MONITOREO FETAL 2:11HRS CATEGORÍA I- 10/08/2025: MONITOREO FETAL 17:45 HRS CATEGORÍA I- 09/08/2025 MONITOREO FETAL 22+28 HRS CATEGORÍA I-9/08/2025 MONITORIA FETAL 00+37 HRS - CATEGORIA I-8/08/2025 MONITORIA FETAL 6+00 HRS - CATEGORIA I-7/08/2025 MONITORIA FETAL 9+20 HRS - CATEGORIA IANÁLISIS:PACIENTE FEMENINA DE 25 AÑOS DE EDAD, G3P1A1, CON EMBARAZO DE 37.4 SEMANAS. CON DIAGNÓSTICOS PREVIAMENTE DESCRITOS. ACTUALMENTE CLÍNICAMENTE ESTABLE, NORMOCARDIA, NORMOTENSA, EUPNEICA, NOMOSATURANDO OXÍGENO AMBIENTE, AFEBRIL, SIN SIGNOS DE SIRS, TOLERANDO VÍA ORAL. FCF PRESENTE Y ADECUADA, NO SE PALPA ACTIVIDAD UNTERINA, CAMBIOS CERVICALES COMPATIBLES CON PREPARTO. BIENESTAR FETAL EVIDENCIADO POR MONITORIA FETAL CATEGORÍA I. PACIENTE CON RURAL DISPERSO POR LO QUE SE CONTINÚA EN MANEJO EXPECTANTE HASTA SEMANA 39. CUMPLIENDO MANEJO PARA VULVOVAGINITIS MIXTA. A ESPERA DE REPORTE DE UROCULTIVO. EN VIGILANCIA DE BIENESTAR MATERNO FETAL ESTRICTA. EXPLICÓ CONDUCTA A PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.PLAN:- HOSPITALIZAR- DIETA BLANDA- SSN PASAR IV A RAZÓN DE 70 CC HORA- METRONIDAZOL 500 MG VO CADA 12 HORAS POR 7 DÍAS (FI: 08/08/2025 - D2)- CLOTRIMAZOL CREMA VAGINAL 1 %, APLICAR 1 VÍA VAGINAL CADA 24 HORAS (FI: 08/08/2025 - D3)- SS/ CULTIVO RECTOVAGINAL- P/ UROCULTIVO- SS/ PERFIL BIOFÍSICO 2 VECES POR SEMANA (LUNES Y JUEVES)- SS/ MONITORIA FETAL POR TURNO- SS/ CULTIVO RECTOVAGINAL- VIGILAR FCF, ACTIVIDAD UTERINA, TONO UTERINO , PÉRDIDAS VAGINALES Y CAMBIOS CERVICALES- CSV Y ACREALIZADO POR: ALEXANDER RUIZ - MÉDICO INTERNOREVISADO POR: YADILSA ROMERO - R1

Fecha: 10/08/2025: 22:52:24, Historia: Evolución de Hospitalización, Prestador: RAFAEL ENRIQUE DIAZ MONROY, Especialidad: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
Asunto: MONITOREO FETAL NOCHE 10/08/2025
Descripción: ::::::::::::::::: NOTA DE MONITOREO FETAL NOCHE 10/08/2025 22+05 HRS :::::::::::::::::PACIENTE FEMENINA DE 25 AÑOS DE EDAD. G3P1A1 CON IDX DE:- EMBARAZO DE 35.4 SEMANAS POR ECOGRAFÍA DE III TRIMESTRE (06/08/25 35.3)- FETO ÚNICO VIVO (PFE 2786 GR)- TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINOESCALAS:RIESGO TROMBOEMBÓLICO BAJORIESGO OBSTETRICO ALTOHERRERA Y HURTADO 0 PUNTOSALERTA TEMPRANA 0 PUNTOSTA: 115/76 MMHG, FC: 83 LPM, FR: 17 RPM, SO2: 99 % FCF: 125PACIENTE FEMENINA DE 25 AÑOS, HOSPITALIZADA EN SALA DE PATOLOGÍA CON DIAGNÓSTICOS YA DESCRITOS. ACTUALMENTE ESTABLE CLÍNICA Y HEMODINÁMICAMENTE, SIN SIGNOS DE SIRS, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA, TOLERANDO VÍA ORAL Y OXÍGENO AMBIENTE, SIGNOS VITALES EN META, PACIENTE A LA QUE SE LE REALIZA MONITOREO FETAL A LAS 22+05 HRS, CATEGORÍA I, CON FETOCARDIA 150 LPM AUDIBLE PARA LA MADRE. POR LO PRONTO, CONTINÚA HOSPITALIZADA BAJO VIGILANCIA CLÍNICA ESTRICTA. QUEDAMOS ATENTOS A EVOLUCIÓN, SE EXPLICA CONDUCTA, SE RESUELVEN DUDAS, ELLA REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

Fecha: 10/08/2025: 19:18:02, Historia: Nota de Atención del Parto, Prestador: francisco javier pugliese guevara, Especialidad: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
Asunto: NOTA DE MONITOREO PATOLOGIA
Descripción: ******10/08/2025 NOTA MONITOREO TARDE 18:11 PMPACIENTE FEMENINA DE 25 AÑOS DE EDAD. G3P1A1 CON IDX DE:- EMBARAZO DE 37.3 SEMANAS POR ECOGRAFÍA DE II TRIMESTRE (24/03/2025 17.4 SEM)- FETO ÚNICO VIVO (PFE 2786 GR P 70%)- AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO- VULVOVAGINITIS MIXTA- MULTIGESTANTE- ALTO RIESGO OBSTÉTRICOPACIENTE FEMENINA DE 25 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICOS PREVIAMENTE ANOTADOS, ACTUALMENTE HEMODINÁMICA Y CLÍNICAMENTE ESTABLE, CON SIGNOS VITALES DENTRO DE LÍMTES NORMALES, AFEBRIL, SIN SIGNOS DE SIRS, TOLERANDO VÍA ORAL Y OXÍGENO AMBIENTE SIN REQUERIMENTO DE SOPORTE VENTILATORIO, CON DINÁMICA UTERINA IRREGULAR, CAMBIOS CERVICALES INCIPIENTES. MONITOREO CONTROL DONDE SE EVIDENCIA BIENESTAR FETAL DADA CATEGORIA I. SE CONSIDERA PACIENTE DEBE CONTINUAR HOSPITALIZADA BAJO VIGILANCIA EN EVOLUCIÓN ESPONTÁNEA DEL TRABAJO DE PARTO. SE EXPLICA PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

Fecha: 10/08/2025: 12:49:04, Historia: Evolución de Hospitalización, Prestador: LUIS POMPILIO GONZALEZ GOMEZ, Especialidad: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
Asunto: EVOLUCIÓN - PATOLOGÍA
Descripción: PACIENTE FEMENINA DE 25 AÑOS DE EDAD. G3P1A1 CON IDX DE:- EMBARAZO DE 37.3 SEMANAS POR ECOGRAFÍA DE II TRIMESTRE (24/03/2025 17.4 SEM)- FETO ÚNICO VIVO (PFE 2786 GR P 70%)- AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO- VULVOVAGINITIS MIXTA- MULTIGESTANTE- ALTO RIESGO OBSTÉTRICO******ESCALAS******RIESGO TROMBOEMBÓLICO BAJORIESGO OBSTETRICO ALTOHERRERA Y HURTADO 0 PUNTOSALERTA TEMPRANA 0 PUNTOS******SUBJETIVO**********PACIENTE QUIEN EN EL MOMENTO SE ENCUENTRA EN ESTABLES CONDICIONES GENERALES INDICA QUE PRESENTA DOLOR TIPO CONTRACCIÓN OCASIONAL CON ADECUADA PERCEPCIÓN DE LOS MOVIMIENTOS FETALES, NO PRESENTA SANGRADO O AMNIORREA, NIEGA OTRA SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA**********OBJETIVO**********TA: 125/75 MMHG, FC: 88 LPM, FR: 16 RPM, SO2: 99 % AIRE AMBIENTENORMOCEFALICA NO MASAS NI MEGALIAS, PUPILAS ISOCORICAS FOTOREACTIVAS, ESCLERAS ANICTERICAS MUCOSAS HÚMEDAS Y ROSADAS, CUELLO MÓVIL Y SIMÉTRICO NO MASAS NI MEGALIAS, TÓRAX NORMOEXPANSIBLE SIN TIRAJES NI RETRACCIONES, PULMONES MURMULLO VESICULAR PRESENTE SIN SOBREAGREGADOS, CORAZÓN RÍTMICO SIN SOPLOS. ABDOMEN: GLOBOSO POR ÚTERO GRÁVIDO, AU: 33 CM, FETO ÚNICO LONGITUDINAL, CEFÁLICO DORSO DERECHO, FCF 128 LPM, ACTIVIDAD UTERINA: 0 EN 10 MINUTOS, GU: NORMOCONFIGURADOS, SIN AMNIORREA, SIN ESTIGMAS DE SANGRADO, AL TACTO VAGINAL CUELLO POSTERIOR, BLANDO, CERRADO. EXTREMIDADES SIMÉTRICAS Y MÓVILES SIN EDEMAS, SNC ALERTA Y CONSCIENTE ORIENTADA EN LAS TRES ESFERAS MENTALES SIN DÉFICIT MOTOR NI SENSITIVO DE ORIGEN CENTRAL EVIDENTES GLASGOW 15/15.**********PARACLÍNICOS**********06/08/2025: HEMOGRAMA: LEU: 9550, NEU: 67, LIN: 25, HB: 11.5, HTO: 37.2, PLAQ: 204000, UROANÁLISIS NO PATOLÓGICO, AGHBS NO REACTIVO, PCR: 0.9, VIH NO REACTIVO, VDRL: NO REACTIVO.**********ECOGRAFÍA**********06/08/25 ECOGRAFIA OBSTÉTRICA: EMBARAZO DE 35.3 SEMANAS POR ECOGRAFÍA, PLACENTA CORPORAL ANTERIOR, LMV: 6 CMS, PFE: 2786 GR P: 38%.**********MONITORIA FETAL**********- 10/08/2025: MONITOREO FETAL 17:45 HRS CATEGORÍA I- 09/08/2025 MONITOREO FETAL 22+28 HRS CATEGORÍA I-9/08/2025 MONITORIA FETAL 00+37 HRS - CATEGORIA I-8/08/2025 MONITORIA FETAL 6+00 HRS - CATEGORIA I-7/08/2025 MONITORIA FETAL 9+20 HRS - CATEGORIA IANÁLISIS:PACIENTE FEMENINA DE 25 AÑOS DE EDAD, G3P1A1, CON EMBARAZO DE 37.3 SEMANAS. CON DIAGNÓSTICOS PREVIAMENTE DESCRITOS.ACTUALMENTE CLÍNICA Y HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, NORMOCARDICA, NORMOTENSA, EUPNEICA, NOMOSATURANDO OXÍGENO AMBIENTE, AFEBRIL, SIN SIGNOS DE SIRS, TOLERANDO VÍA ORAL. BIENESTAR FETAL EVIDENCIADO POR MONITORIZACIÓN, CATEGORÍA I. AL TACTO VAGINAL CUELLO POSTERIOR, BLANDO Y CERRADO, SIN EVIDENCIA DE PÉRDIDAS VAGINALES. CONTINUA EN MANEJO EXPECTANTE, CUMPLIENDO MANEJO PARA VULVOVAGINITIS MIXTA. A ESPERA DE REPORTE OFICIAL DE UROCULTIVO. PACIENTE QUIEN CONTINÚA HOSPITALIZADA CUMPLIENDO MANEJO PREVIAMENTE INSTAURADO, ATENTOS A EVOLUCIÓN. EN VIGILANCIA DE BIENESTAR MATERNO FETAL ESTRICTA. EXPLICO CONDUCTA A PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.PLAN:- HOSPITALIZAR- DIETA BLANDA- SSN PASAR IV A RAZÓN DE 70 CC HORA- METRONIDAZOL 500 MG VO CADA 12 HORAS POR 7 DÍAS (FI: 08/08/2025 - D2)- CLOTRIMAZOL CREMA VAGINAL 1 %, APLICAR 1 VÍA VAGINAL CADA 24 HORAS (FI: 08/08/2025 - D3)- P/UROCULTIVO- SS/ MONITORIA FETAL POR TURNO- VIGILAR FCF, ACTIVIDAD UTERINA, TONO UTERINO , PÉRDIDAS VAGINALES Y CAMBIOS CERVICALES- CSV Y ACREALIZADO POR: MARIAGNA MANJARRES - MÉDICO INTERNOREVISADO POR: DR. CHRISTIAN CARCAMO

Administradora: ASOCIACION MUTUAL SER

Admisión: AD5990173

Paciente: YOLIMA ISABEL DIAZ CASTILLA

EPICRISIS

VULVOVAGINITIS MIXTA- RURAL DISPERSOESCALAS:RIESGO TROMBOEMBÓLICO BAJOHERRERA Y HURTADO 0 PUNTOSALERTA TEMPRANA 0 PUNTOSTA 100/70 MMHG, FC: 73 LPM, FR: 19 RPM, SO2: 99 % AIRE AMBIENTEPACIENTE FEMENINA DE 25 AÑOS, HOSPITALIZADA EN SALA DE PATOLOGÍA CON DIAGNÓSTICOS YA DESCRITOS. ACTUALMENTE ESTABLE CLÍNICA Y HEMODINÁMICAMENTE, SIN SIGNOS DE SIRS, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA. TOLERANDO VÍA ORAL Y OXÍGENO AMBIENTE, SIGNOS VITALES EN META, PACIENTE A LA QUE SE LE REALIZA MONITOREO FETAL A LAS 22 10 HRS. CATEGORÍA I, CON FETOCARDIA 140 LPM AUDIBLE PARA LA MADRE. POR LO PRONTO, CONTINÚA HOSPITALIZADA BAJO VIGILANCIA CLÍNICA ESTRICTA QUEDAMOS ATENTOS A EVOLUCIÓN, SE EXPLICA CONDUCTA, SE RESUELVEN DUDAS, ELLA REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

Fecha: 12/08/2025: 12:06:48, Historia: Evolución de Hospitalización, Prestador: SERGIO GIRADO LLAMAS, Especialidad: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
Asunto: EVOLUCIÓN PATOLOGIA
Descripción: PACIENTE FEMENINA DE 36 AÑOS G4P2C0A1 CON IDX DE:- EMBARAZO DE 39.4 SEMANAS POR ECOGRAFÍA DE TAMIZAJE (27/02/2025 - 13.4 SEM)- FETO UNICO VIVO SEXO MASCULINO (PFE 2820 GR - P 73 - CA 327 P 83)- DIABETES GESTACIONAL A2 (16/05/2025 110, 103,104)- FETOPATÍA DIABÉTICA CA 327 P 85% 29/07/2025- GESTANTE AÑOSA- PARIDAD SATISFECHA- OBESIDAD MATERNA- ALTO RIESGO OBSTÉTRICO******ESCALAS*******. ESCALA DE ALERTA TEMPRANA: 0 PUNTOS- ESCALA DE RIESGO TROMBOEMBÓLICO: MODERADO- ESCALA DE HERRERA Y HURTADO: 4 PUNTOS********SUBJETIVO*******REFIERE PASAR LA NOCHE TRANQUILA, NIEGA NAUSEAS, MAREOS, NIEGA DOLOR, NIEGA CEFALEA, NIEGA FIEBRE. NIEGA SÍNTOMAS RESPIRATORIOS. PERCIBE MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES, NIEGA SÍNTOMAS DE VASOESPASMO, NIEGA SANGRADO VAGINAL. CON DIURESIS CONSERVADAS,*********OBJETIVO**********TA: 118/81 MMHG FC: 90 LPM FR: 16 RPM SAO2: 99% OXÍGENO AMBIENTE T°: 36.3 °CPACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES TOLERANDO VÍA ORAL Y OXÍGENO AMBIENTE NORMOCÉFALA, PUPILAS ISOCÓRICAS, NORMORREACTIVAS A LA LUZ, CONJUNTIVAS ANICTÉRICAS, MUCOSA ORAL HÚMEDA SIN LESIONES; CUELLO MÓVIL SIMÉTRICO SIN MASAS NI ADENOPATÍAS. TÓRAX SIMÉTRICO NORMOCONFIGURADO, MURMULLO VESICULAR UNIVERSAL CONSERVADO, SIN AGREGADOS AUSCULTATORIOS; RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS BIEN TIMBRADOS SIN SOPLOS NI OTROS AGREGADOS. ABDOMEN GLOBOSO POR ÚTERO GRÁVIDO NO DOLOROSO, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL. AU: 32 CM, SE PALPA FETO LONGITUDINAL CEFÁLICO DORSO DERECHO FCF: 140 LPM, MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES, SIN DINÁMICA UTERINA TONO NORMAL. PUÑO PERCUSIÓN RENAL NEGATIVO BILATERAL. GU: NORMOCONFIGURADOS EXTERNAMENTE. NO SE REALIZA TACTO VAGINAL. EXTREMIDADES SIMÉTRICAS EUTRÓFICAS, MOVILIDAD CONSERVADA, SIN LESIONES, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS, PULSOS PERIFÉRICOS CONSERVADOS. NEUROLÓGICO ALERTA CONECTADA Y REACTIVA AL MEDIO QUE LE RODEAN, ORIENTADA EN TIEMPO PERSONA Y LUGAR, NO SIGNOS DE FOCALIZACIÓN NEUROLÓGICA, NO DÉFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE, NO SIGNOS MENÍNGEOS. GLASGOW 15/15*******PARACLÍNICOS********08/07/2025: GLUCOSA EN SUERO: 120.00-07/08/2025: GLUCOMETRÍA POST DESAYUNO 125 MG/DL-29/07/2025: HB 11.8 HTO 36.7 LEU 9.36 PLAQ 265 // HEMOCLASIFICACIÓN: O RH +. UROANALISIS: AMARILLO DE ASPECTO LIGERAMENTE TURBIO, PH 6.0, DENSIDAD 1030, PROTEINAS +, LEU 0-3, HEMATIES 0-2, CEL EPITELIALES ++++, BACTERIAS +, MOCO ++++, GLICEMIA 102, SIFILIS NEGATIVO, VIH 1 Y 2: NEGATIVO, PCR 2.3-16/07/2025: SÍFILIS: NEGATIVO, VIH TIPO I Y II: NO REACTIVO- 27/06/2025: GLUCOSA AYUNAS :70 : 2:HORAS :83- 06/06/2025: RUBEOLA: IGG: 3.83, TOXOPLASMA: IGG: 0.46, IGM: 0.43- 22/05/2025:HEMOGRAMA: HM: 10.4 HTC: 31.8 PLAQ: 332 LEUCOS: 7.47, GLUCOSA EN AYUNAS: 81 , 2 HORAS: 94-16/05/2025: AYUNAS: 103 1 HORAS: 110.5 , 2 HORAS: 94.3- 27/02/2025: HEPATITIS B: NO REACTIVO*******GLUCOMETRIAS******12/08/2025 GLUCOSA EN AYUNAS 65 MG/DL11/08/2025: GLUCOSA POST CENA 96 MG /DL11/08/2025 GLUCOSA POST ALMUERZO 124 MG/DL11/08/2025: GLUCOSA POST DESAYUNO 67 MG/DL11/08/2025: GLUCOSA EN AYUNAS 56 MG/DL10/08/2025: GLUCOSA POST CENA 78 MG /DL10/08/2025: GLUCOSA POST ALMUERZO 85 MG /DL10/08/2025: GLUCOSA POST DESAYUNO 73 MG/DL10/08/2025: GLUCOSA EN AYUNAS: 59 MG/DL09/08/2025: GLUCOSA POST CENA 51 MG/DL09/08/2025: GLUCOSA POST DESAYUNO 93 MG/DL09/08/2025: GLUCOSA POST ALMUERZO 91 MG/DL09/08/2025: GLUCOSA AYUNAS 56 MG/DL08/08/2025: GLUCOSA POST CENA 105 MG/DL08/08/2025: GLUCOSA POST ALMUERZO 83 MG/DL08/08/2025: GLUCOSA AYUNAS 53 MG/DL07/08/2025: GLUCOSA POST CENA 60 MG/DL07/08/2025: GLUCOSA POST ALMUERZO 98 MG/DL07/08/2025: GLUCOSA CENA 60 MG/DL07/08/2025: GLUCOSA AYUNAS 68 MG/DL06/08/2025: GLUCOSA 60 POST CENA 60 MG/DL06/08/2025: GLUCOSA POST ALMUERZO 112 MG/DL06/08/2025: GLUCOSA POST DESAYUNO 69 MG/DL06/08/2025: GLUCOSA AYUNAS 67 MG/DL05/08/2025: GLUCOMETRÍA POST CENA 99 MG/DL05/08/2025: GLUCOSA POST ALMUERZO 78.0 MG/DL05/08/2025: GLUCOSA POST DESAYUNO 141 MG/DL05/08/2025: GLUCOSA AYUNAS 80 MG/DL04/08/2025: GLUCOSA POST ALMUERZO 62 MG/DL04/08/2025: GLUCOSA POSTDESAYUNO 85 MG/DL04/08/2025: GLUCOSA AYUNAS 51 MG/DL03/08/2025: GLUCOMETRÍA POST CENA 141 MG/DL03/08/2025: GLUCOMETRÍA POST ALMUERZO 83 MG/DL03/08/2025: GLUCOMETRÍA POST DESAYUNO 115 MG/DL03/08/2025: GLUCOSA AYUNAS 74 MG/DL02/08/2025: GLUCOSA POST CENA 97 MG/DL02/08/2025: GLUCOSA POST ALMUERZO 68 MG/DL02/08/2025: GLUCOSA EN AYUNAS 93 mg/dl02/08/2025: GLUCOSA POST DESAYUNO 62 MG /DL01/08/2025: GLUCOSA POSTPRANDIAL 98 MG/DL01/08/2025: GLUCOSA EN AYUNA: 60 MG/DL31/07/2025 GLUCOSA POST CENA: 76 MG/DL31/07/2025 GLUCOSA POST ALMUERZO: 82 MG/DL31/07/2025 GLUCOSA POST DESAYUNO: 107 MG/DL31/07/2025 GLUCOSA EN AYUNAS: 61 MG/DL30/07/2025 GLUCOSA POST CENA: 82 MG/DL30/07/2025 GLUCOSA POST ALMUERZO: 125 MG/DL30/07/2025 GLUCOSA POST DESAYUNO: 90 MG/DL30/07/2025 GLUCOSA EN AYUNAS: 58 MG/DL29/07/2025 GLUCOSA POST CENA: 104 MG/DL29/07/2025 GLUCOSA POST ALMUERZO: 83 MG/DL29/07/2025 GLUCOSA POST DESAYUNO: 73 MG/DL**********ECOGRAFÍAS**********12/08/25 ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL: EMBARAZO DE 39 SEMANAS Y 4 DIAS POR BIOMETRIA FETAL PROMEDIO + FETO UNICO VIVO+ FETO GRANDE PARA LA EDAD GESTACIONAL+ FETOPATIA DIABETICA, PFE:3530GR P: 86%.12/08/25 PERFIL BIOFISICO 8/8 LMV: 5.2CM05/08/2025 PERFIL BIOFÍSICO 8/8 LMV: 4 CM01/08/2025 PERFIL BIOFÍSICO 8/8 LMV: 4.6 CM29/07/2029 PERFIL BIOFÍSICO 8/8 LMV 3.7 CM29/07/2025: EMBARAZO DE 35 SEMANAS Y 4 DIAS POR BIOMETRÍA FETAL PROMEDIO + FETO ÚNICO VIVO + FETO GRANDE PARA LA EDAD GESTACIONAL + FETOPATÍA DIABÉTICA PESO: 2820 GR P: 76% SEGÚN OMS23/07/2025: EMBARAZO DE 36 SEMANAS MAS 3 DIAS POR BIOMETRÍA, FETO GRANDE PARA LA EDAD GESTACIONAL, PESO: 2894 G, PERCENTIL 90.1, CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL 971/03/2025: DOPPLER DE ARTERIAS UTERINAS NORMA, BAJO RIESGO PARA PARA RCIU O PREECLAMPSIA27/02/2025: EMBARAZO DE 13 SEMANAS MAS 4 DIAS POR TAMIZAJE*******MONITOREOS FETALES*******- 12/08/2025: MONITOREO FETAL 3:28AM HRS CATEGORÍA I- 11/08/2025: MONITOREO FETAL 2:28 HRS CATEGORÍA I- 10/08/2025: MONITOREO FETAL 16:45 HRS CATEGORÍA I- 09/08/2025 MONITOREO FETAL 21+13 HRS CATEGORIA I- 09/08/2025 MONITOREO FETAL 03:40 HRS CATEGORÍA I,- 08/08/2025 MONITORIA FETAL 22:54 HRS CATEGORIA I- 08/08/2025 MONITORIA FETAL 05:37 HORAS CATEGORIA I- 06/08/2025 MONITORIA FETAL 15:13 HORAS CATEGORIA I- 03/08/2025 MONITORIA FETAL 04:53 HRS CATEGORIA I- 03/08/2025 MONITORIA FETAL 7:20 HRS CATEGORIA I- 02/08/2025 MONITORIA FETAL 10:30 HRS CATEGORIA I- 01/08/2025 MONITORIA FETAL 10:05 HRS CATEGORIA I- 01/08/2025: MONITORIA FETAL 17:00 HRS, CATEGORÍA I- 01/08/2025: MONITORIA FETAL 05+36 HRS, CATEGORÍA I- 31/07/2025: MONITORIA FETAL 21+43 HRS, CATEGORÍA I- 31/07/2025: MONITORIA FETAL 03+21 HRS, CATEGORÍA I- 30/07/2025: MONITORIA FETAL 22+19 HRS, CATEGORÍA I- 30/07/2025: MONITORIA FETAL 04+00 HRS, CATEGORÍA I- 29/07/2025: MONITORIA FETAL 04+54 HRS, CATEGORÍA I********ANÁLISIS**********PACIENTE FEMENINA DE 36 AÑOS DE EDAD, G4P2C0A1, CON EMBARAZO DE 37.1 SEMANAS. CON DIAGNÓSTICOS PREVIAMENTE DESCRITOS.ACTUALMENTE CLÍNICA Y HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, NORMOCARDIA, NORMOTENSA, EUPNEICA, NOMOSATURANDO OXÍGENO AMBIENTE, AFEBRIL, SIN SIGNOS DE SIRS, TOLERANDO VÍA ORAL, CON BUEN CONTROL METABÓLICO EVIDENCIADO POR GLUCOMETRIAS INTRAHOSPITALARIAS. BIENESTAR FETAL POR MONITOREO FETAL CATEGORÍA I. SE DECIDE CONTINUAR HOSPITALIZACIÓN CUMPLIENDO MANEJO ACTUAL CON EXPECTANCIA DE PARTO HASTA SEMANA 38 PARA FINALIZAR GESTACIÓN. CON CONTROL DE REALIZACIÓN DE PERFIL BIOFÍSICO 2 VECES POR SEMANA, CUENTA CON ECOGRAFIA OBSTÉTRICA CONTROL QUE REPORTA EMBARAZO DE 39 SEMANAS, CON PLACENTA FUNDICA POSTERIOR. ADEMAS CUENTA CON REPORTE DE ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL QUE REPORTA EMBARAZO DE 39 SEMANAS CON PLACENTA FUNDICA POSTERIRO GRADO II SE SIGUE ATENTO A EVOLUCIÓN, CONTINUA EN MANEJO MÉDICO INSTAURADO. SE EXPLICA CONDUCTA A SEGUIR QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.- EMBARAZO DE 37.5 SEMANAS POR ECOGRAFÍA DE II TRIMESTRE (24/03/2025 17.4 SEM)- FETO ÚNICO VIVO (PFE 2786 GR - P 70)- PREPARTO- VULVOVAGINITIS MIXTA- RURAL DISPERSOESCALAS:RIESGO TROMBOEMBÓLICO BAJOHERRERA Y HURTADO 0 PUNTOSALERTA TEMPRANA 0 PUNTOSSUBJETIVO:PACIENTE QUIEN EN EL MOMENTO SE ENCUENTRA EN ESTABLES CONDICIONES GENERALES INDICA QUE PRESENTA DOLOR TIPO CONTRACCIÓN OCASIONAL CON ADECUADA PERCEPCIÓN DE LOS MOVIMIENTOS FETALES, NO PRESENTA SANGRADO O AMNIORREA, NIEGA OTRA SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA.OBJETIVO:TA: 107/67 MMHG, FC: 75 LPM, FR: 20 RPM, SO2: 99 % AIRE AMBIENTENORMOCEFALICA NO MASAS NI MEGALIAS, PUPILAS ISOCORICAS FOTOREACTIVAS, ESCLERAS ANICTERICAS MUCOSAS HÚMEDAS Y ROSADAS, CUELLO MÓVIL Y SIMÉTRICO NO MASAS NI MEGALIAS, TÓRAX NORMOEXPANSIBLE SIN TIRAJES NI RETRACCIONES, PULMONES MURMULLO VESICULAR PRESENTE SIN SOBREAGREGADOS, CORAZÓN RÍTMICO SIN SOPLOS. ABDOMEN: GLOBOSO POR ÚTERO GRÁVIDO, AU: 33 CM, FETO ÚNICO LONGITUDINAL, CEFÁLICO DORSO DERECHO, FCF 128 LPM, ACTIVIDAD

EPICRISIS

Asunto: EVOLUCIÓN MEDICA DEL RECIEN NACIDO
Descripción: *****RN DE YOLIMA ISABEL DIAZ CASTILLA CON DIAGNÓSTICO*****- RNT AEG DE 37.6 SEMANAS SEXO FEMENINO, PESO 3060 GR. TALLA 50 CM- PRODUCTO DE PARTO VAGINAL DEL 13/08/2025 13+33 HRS- HIJO DE MADRE DE 25 AÑOS CON CONTROLES PRENATALES #4, PRODUCTO DE TERCERA GESTACIÓN, PLANIFICACIÓN FAMILIAR ABLACIÓN DE TROMPAS UTERINAS*****SUBJETIVO:*****MADRE REFIERE QUE EL BEBÉ HA PASADO BIEN, DIURESIS Y DEPOSICIONES PRESENTES, MADRE REFIERE ESTAR INSATISFECHA CON LA SUCCIÓN, NIEGA FIEBRE, VÓMITOS O CIANOSIS.*****OBJETIVO:*****FC: 150 POR MINUTO, FR: 52 POR MINUTO, TEMPERATURA: 36,5°C, PESO: 3060 GR, TALLA: 50 CM, SEXO: FEMENINO.PACIENTE EN ALOJAMIENTO CONJUNTO, EVOLUCIÓN CLÍNICA SATISFACTORIA, BUEN ESTADO GENERAL, ACTIVO, REACTIVO, ROSADO EN AIRE. SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, AFEBRIL, TOLERA VÍA ORAL ADECUADAMENTE, DIURESIS Y DEPOSICIONES PRESENTES. NORMOCÉFALO, FONTANELA ANTERIOR NORMOTENSA, SUTURAS NORMALES, ESCLERAS ANICTÉRICAS, REFLEJO ROJO BILATERAL PRESENTE Y NORMAL, SIMETRÍA FACIAL. ORL: SIN ALTERACIONES. BOCA: MUCOSA ORAL HÚMEDA, ROSADA, PALADAR INDEMNE. CUELLO: SIMÉTRICO, MÓVIL, SIN MASAS NI ADENOPATÍAS. TÓRAX: SIMÉTRICO, SIN TIRAJES, BUEN PATRÓN RESPIRATORIO, PULMONES CLAROS, MURMULLO VESICULAR UNIVERSAL, SIN AGREGADOS, RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS, SIN SOPLOS. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, SIN MASAS NI MEGALIAS, ÓNFALO EN BUEN ESTADO, 3 VASOS 2 ARTERIAS Y 1 VENA, SIN SIGNOS DE INFECCIÓN. GENITOURINARIO: NORMOCONFIGURADO SEGUN SEXO. EXTREMIDADES: MÓVILES, SIMÉTRICAS, PULSOS DISTALES PRESENTES, LLENADO CAPILAR 2 SEGUNDOS. SNC: CONSCIENTE, REFLEJOS PRIMITIVOS PRESENTES Y NORMALES, BUEN TONO MUSCULAR. PIEL: LISA Y ROSADA SIN TINTE ICTÉRICO *****PARACLÍNICOS:*****-13/08/2025: HEMATOCRITO: 55%. // PCR 1.1 MG/L. // HEMOCLASIFICACIÓN: O POSITIVO // VDRL: NO REACTIVO- 14/08/2025: TAMIZAJE AUDITIVO OI FALLA. OD FALLA // TAMIZAJE VISUAL: REFLEJO ROJO PRESENTE Y NORMAL // TAMIZAJE DE CARDIOPATÍA CONGÉNITA POR PULSIOXIMETRÍA NEGATIVO*****ANÁLISIS:*****RECIÉN NACIDO CON ADAPTACIÓN CLÍNICA SATISFACTORIA A LA VIDA EXTRAUTERINA. ACTUALMENTE CON SIGNOS VITALES DENTRO DE PARÁMETROS NORMALES, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, TOLERANDO AIRE AMBIENTE MÁS VÍA ORAL, CON BUENA SUCCIÓN Y AGARRE DEL SENO, DIURESIS Y DEPOSICIONES PRESENTES, PARACLÍNICOS DENTRO DE LÍMTES NORMALES, VACUNAS BCG Y HEPATITIS B ADMINISTRADAS. CUENTA CON TAMIZAJE AUDITIVO QUE REPORTE FALLA EN AMBOS OÍDOS, POR LO QUE SE ORDENA AL ALTA REPETIR ANTES DEL PRIMER MES DE VIDA. NO HA CUMPLIDO TIEMPO DE ESTANCIA HOSPITALARIA PROTOCOLIZADO POR LA INSTITUCIÓN POR LO QUE SE CONTINÚA EN OBSERVACIÓN HASTA COMPLETAR LAS 24 HORAS, SE EXPLICA A LA MADRE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.*****PLAN:*****- ALOJAMIENTO CONJUNTO.- LECHE MATERNA A LIBRE DEMANDA.- LIMPIEZA DE ONFALO CADA 8 HORAS CON SOLUCIÓN SALINA NORMAL 0,9%.- CUIDADOS GENERALES DEL RECIÉN NACIDO.- CSV Y AC.

Fecha: 14/08/2025: 11:24:13, Historia: Evolución de Hospitalización, Prestador: SANDRA MILENA MEJIA LADINO, Especialidad: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
Asunto: EVOLUCIÓN QUIRÚRGICAS
Descripción: ***** PACIENTE FEMENINA DE 25 AÑOS DE EDAD G3P2A1 CON IDX DE *****-POP ABLACIÓN DE TROMPAS UTERINAS POR PARIDAD SATISFECHA (14/08/2025)-POSTPARTO VAGINAL ASISTIDO (13/08/2025 - 13:33 HR)-RECIÉN NACIDO ÚNICO VIVO DE SEXO FEMENINO (PESO:3060 GR, TALLA50 CM)-VULVOVAGINITIS MIXTA EN TTO-PARIDAD SATISFECHA-PUERPERIO MEDIATO*******ESCALAS*******RIESGO TROMBOEMBÓLICO BAJOALERTA TEMPRANA 0 PUNTOS**********PLANIFICACIÓN FAMILIAR : ABLACIÓN DE TROMPAS UTERINAS (YA REALIZADO)********** SUBJETIVO***PACIENTE EN HOSPITALIZACIÓN DE QUIRURGICAS, REFIERE HOY SENTIRSE BIEN DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA, CON MUY LEVE DOLOR EN HERIDA QUIRÚRGICA PERIUMBILICAL DE ABLACIÓN DE TROMPAS UTERINAS Y REGIÓN PÉLVICA POR ESTADO POSTPARTO VAGINAL PERO SIN SÍNTOMAS IRRITATIVOS, NIEGA EPISODIOS FEBRILES, REFIERE MAMAS PRODUCTIVAS NO CONGESTIVAS, NIEGA SÍNTOMAS DE VASOESPASMO, MANIFIESTA SANGRADO VAGINAL ESCASO NO FÉTIDO, DIURESIS ESPONTÁNEA ADECUADA, TOLERA LA VÍA ORAL Y LA DEAMBULACIÓN DE MANERA ADECUADA, NIEGA MAREOS, NIEGA SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN EL MOMENTO..***** OBJETIVO ******PA 115/80 MMHG - FC 76 LPM - FC 14 RPM - SPO2 100% - T° C 36 ° CPACIENTE UBICADA EN CAMA DE HOSPITALIZACIÓN DE QUIRURGICAS EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, COLABORADORA, NORMOCÉFALO, PUPILAS ISOCÓRICAS NORMORREACTIVAS A LA LUZ, ESCLERAS ANICTÉRICAS, NO INYECCIÓN CONJUNTIVAL, MUCOSAS HÚMEDAS SIN LESIONES , CUELLO MÓVIL, SIMÉTRICO, NO SE PALPAN MASAS NI ADENOPATÍAS, TÓRAX SIMÉTRICO, NORMOEXPANSIBLE, SIN USO DE MÚSCULOS ACCESORIOS, SE AUSCULTA MURMULLO VESICULAR UNIVERSAL EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, SIN SOBRE AGREGADOS, SIN SDRA, RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS, BIEN TIMBRADOS, NO SE AUSCULTAN SOPLOS, MAMAS SIMÉTRICAS SECRETANTES PRODUCTIVAS NO CONGESTIVAS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE, HERIDA QUIRÚRGICA PERIUMBILICAL CUBIERTA CON APÓSITO SECO (ABLACIÓN DE TROMPAS UTERINAS) CON MATERIAL DE SUTURA NO DEHISCENTE, LIMPIA, SECA, SIN SECRECIONES, SIN SIGNOS DE INFECCIÓN LOCAL, LEVE DOLOR A LA PALPACIÓN EN SITIO OPERATORIO, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, ÚTERO NORMOTENSO, ADECUADAMENTE INVOLUCIONADO CON BOLO DE SEGURIDAD DE PINARD A NIVEL INFRAUMBILICAL, GENITALES EXTERNOS NORMOCONFIGURADOS SIN HEMATOMAS , NI EDEMAS, CON SALIDA DE LOQUIOS HEMÁTICOS ESCASOS NO FÉTIDOS, EXTREMIDADES EUTRÓFICAS SIMÉTRICAS, SIN EDEMA, PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES, LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEGUNDOS, SNC: NO FOCALIZACIÓN NEUROLÓGICA APARENTE, GLASGOW 15/15.***** PARACLÍNICOS *******-07/08/2025: HB 13 HTO 40.1 LEU 13.78 PLAQ 211.000 HEP B NEGATIVO VIH-1 Y 2 NEGATIVO VDRL NO REACTIVO-HEMOCLASIFICACIÓN: O POSITIVO***** ANÁLISIS ******PACIENTE FEMENINA DE 25 AÑOS DE EDAD, CON DIAGNÓSTICOS ANOTADOS EN POSTPARTO VAGINAL ADEMÁS DE POP INMEDIATO DE ABLACIÓN DE TROMPAS UTERINAS POR PARIDAD SATISFECHA, SE ENCUENTRA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, SIN SIGNOS DE SIRS, AFEBRIL, MUCOSAS HÚMEDAS, CIFRAS TENSIONALES DENTRO DE PARÁMETROS DE NORMALIDAD, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, MAMAS SECRETANTES NO CONGESTIVAS, ADECUADO BOLO DE SEGURIDAD DE PINARD NORMOTÓNICO A NIVEL INFRAUMBILICAL, HERIDA QUIRÚRGICA PERIUMBILICAL EN BUENAS CONDICIONES SIN SANGRADO NI SECRECIONES NI SIGNOS DE INFECCIÓN LOCAL NI DEHISCENCIAS (POMEROY), CUENTA CON ÚLTIMO HEMOGRAMA SIN ANEMIA, CON RESTO DE LÍNEAS CELULARES SIN ALTERACIONES, ADEMÁS CON PARACLÍNICOS INFECTOCONTAGIOSOS NEGATIVOS PARA VIH Y SÍFILIS, PACIENTE CUENTA CON PLANIFICACIÓN FAMILIAR CON ABLACIÓN DE TROMPAS UTERINAS YA REALIZADO, SE SUSPENDEN MEDICAMENTOS INTRAVENOSOS, CONTINÚA CON MANEJO ANALGESICO ORAL Y TROMBOPROFILAXIS PARA DISMINUIR RIESGO DE EVENTO TROMBOEMBÓLICOS, CONTINUAMOS CON VIGILANCIA PUERPERAL ATENTOS A EVOLUCIÓN CLÍNICA, SE LE EXPLICA A PACIENTE TODO LO RELACIONADO CON SU CUADRO CLÍNICO QUIEN REFIERE COMPRENDER Y ACEPTAR LA CONDUCTA TOMADA *******PLAN*****-HOSPITALIZACIÓN EN SALA QUIRÚRGICA-DIETA NORMAL-TAPON VENOSO-DIPIRONA AMP 20.5 GR IV CADA 8 HORAS-ACETAMNOFEN TAB 500 MG , DAR 1 GR VÍA ORAL CADA 8 HORAS-ENOXAPARINA AMP 40 MG , APLICAR SC CADA 24 HORAS (INICIAR A LAS 12 HORAS POP)-CLOTRIMAZOL CREMA VAGINAL APLICAR CADA NOCHE POR 7 NOCHES (FI: 14/08/2025)-P// REPORTE DE ESTUDIO DE LA PATOLOGÍA DE LAS TROMPAS UTERINAS.-VIGILAR BOLO DE SEGURIDAD DE PINARD Y SANGRADO POR GENITALES-CUIDADOS DE HERIDA QUIRÚRGICA POR PARTE DE ENFERMERÍA-CUIDADOS PUERPERALES-CONTROL DE SIGNOS VITALES-ANOTAR Y AMSAR A CAMBIOS

Fecha: 14/08/2025: 10:33:39, Historia: Notas de Ingreso a Piso, Prestador: ISABELLA LEONES GOMEZ, Especialidad: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
Asunto: TRASLADO A SALA QUIRURGICA
Descripción: ***** PACIENTE FEMENINA DE 25 AÑOS DE EDAD G3P2A1 CON IDX DE *****POP ABLACIÓN U OCLUSIÓN DE TROMPA DE FALOPIO BILATERAL POR PARIDAD SATISFECHA (14/08/2025 08+5 HORAS)POSTPARTO VAGINAL ASISTIDO (FECHA 13-8-2025 - HRS 13:33)RECIÉN NACIDO ÚNICO VIVO DE SEXO FEMENINO (PESO:3060 GR, TALLA50 CM)PUERPERIO INMEDIATOPARIDAD SATISFECHARURAL DISPERSOVULVOVAGINITIS MIXTAESCALAS:RIESGO TROMBOEMBÓLICO BAJOALERTA TEMPRANA 0 PUNTOSSUBJETIVO:PACIENTE REFIERE SENTIRSE BIEN, NO DOLOR ABDOMINAL, LOQUIOS HEMÁTICOS ESCASOS. NIEGA CEFALEA, NIEGA MAREO U OTRA SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA.OBJETIVO:08:25 MIN TA: 116/67 MMHG FR: 16 FC: 97 SO2: 99%08:45 MIN TA: 115/67 MMHG FR: 17 FC: 97 SO2: 99%09:00 MIN TA: 110/74 MMHG FR: 16 FC: 96 SO2: 99%09:30 MIN TA: 118/78 MMHG FR: 17 FC: 91 SO2: 100%09:45 MIN TA: 110/86 MMHG FR: 16 FC: 72 SO2: 100%10:00 MIN TA: 115/88 MMHG FR: 17 FC: 89 SO2: 100%10:30 MIN TA: 100/90 MMHG FR: 16 FC: 76 SO2: 100%13:40 MIN TA: 120/66 MMHG FR: 17 FC: 85 SO2: 99%PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADA, NORMOCEFALA, NO MASAS NI MEGALIAS, PUPILAS ISOCÓRICAS FOTOREACTIVAS, ESCLERAS ANICTÉRICAS MUCOSAS HÚMEDAS Y ROSADAS, CUELLO MÓVIL Y SIMÉTRICO NO MASAS NI MEGALIAS, TÓRAX NORMOEXPANSIBLE NO TIRAJES NI RETRACCIONES, PULMONES MURMULLO VESICULAR PRESENTE SIN SOBREAGREGADOS, CORAZÓN RÍTMICO SIN SOPLOS LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEGUNDOS ABDOMEN BLANDO Y DEPRESIBLE CON DOLOR A LA PALPACIÓN SUPERFICIAL Y PROFUNDA, ÚTERO PUERPERAL INFRAUMBILICAL BOLO DE SEGURIDAD DE PINARD DENTRO DE LÍMITES NORMALES SNI HIPERSENSIBILIDAD A LA PALPACIÓN, GENITALES EXTERNOS NORMOCONFIGURADOS, LOQUIOS HEMÁTICOS ESCASOS, NO FÉTIDOS. PIEL SIN

EPICRISIS

PACIENTE FEMENINA DE 25 AÑOS DE EDAD QUIEN INGRESA POR CUADRO CLINICO DE APROXIMADAMENTE 4 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DOLOR PELVICO TIPO COLICO ASOCIADO A LEVE SANGRADO UTERINO,REFIERE SALIDA DE LIQUIDO,SIN OTRA SINTOMATOLOGIA POR LO QUE INGRESA.

***** PACIENTE FEMENINA DE 25 AÑOS DE EDAD G3P2A1 CON IDX DE *****-POP ABLACIÓN DE TROMPAS UTERINAS POR PARIDAD SATISFECHA(14/08/2025) -POSTPARTO VAGINAL ASISTIDO (13/08/2025 - 13+33 HR) -RECIÉN NACIDO ÚNICO VIVO DE SEXO FEMENINO (PESO:3060 GR - TALLA: 50 CM)- VULVOVAGINITIS MIXTA EN TTO -PARIDAD SATISFECHA-PUERPERIO MEDIATO*******ESCALAS*******RIESGO TROMBOEMBÓLICO BAJO/ALERTA TEMPRANA 0 PUNTOS**********PLANIFICACIÓN FAMILIAR : ABLACIÓN DE TROMPAS UTERINAS (YA REALIZADO) ********** SUBJETIVO**PACIENTE EN HOSPITALIZACIÓN DE QUIRURGICAS, REFIERE HOY SENTIRSE BIEN DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA, CON MEJORÍA DEL DOLOR EN HERIDA QUIRÚRGICA PERIUMBILICAL DE ABLACIÓN DE TROMPAS UTERINAS Y REGIÓN PÉLVICA POR ESTADO POSTPARTO VAGINAL PERO SIN SÍNTOMAS IRRITATIVOS, NIEGA EPISODIOS FEBRILES, REFIERE MAMAS PRODUCTIVAS NO CONGESTIVAS, NIEGA SÍNTOMAS DE VASOESPASMO, MANIFIESTA SANGRADO VAGINAL ESCASO NO FÉTIDO, DIURESIS ESPONTÁNEA ADECUADA, TOLERA LA VÍA ORAL Y LA DEAMBULACIÓN DE MANERA ADECUADA, NIEGA MAREOS, NIEGA SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN EL MOMENTO.. ***** OBJETIVO ******PA 115/80 MMHG - FC 76 LPM - FC 14 RPM - SPO2 100% - T° C 36 ' CPACIENTE UBICADA EN CAMA DE HOSPITALIZACIÓN DE QUIRURGICAS EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, COLABORADORA, NORMOCÉFALO. PUPILAS ISOCÓRICAS NORMORREACTIVAS A LA LUZ, ESCLERAS ANICTÉRICAS, NO INYECCIÓN CONJUNTIVAL, MUCOSAS HÚMEDAS SIN LESIONES , CUELLO MÓVIL, SIMÉTRICO, NO SE PALPAN MASAS NI ADENOPATÍAS, TÓRAX SIMÉTRICO, NORMOEXPANSIBLE, SIN USO DE MÚSCULOS ACCESORIOS, SE AUSCULTA MURMULLO VESICULAR UNIVERSAL EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, SIN SOBRE AGREGADOS, SIN SDRA, RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS, BIEN TIMBRADOS, NO SE AUSCULTAN SOPLOS, MAMAS SIMÉTRICAS SECRETANTES PRODUCTIVAS NO CONGESTIVAS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE. HERIDA QUIRÚRGICA PERIUMBILICAL SECA SIN SIGNOS DE INFECCIÓN O HEMATOMAS , NO DEHISCENCIAS, (ABLACIÓN DE TROMPAS UTERINAS) CON MATERIAL DE SUTURA NO DEHISCENTE, LIMPIA, SECA, SIN SECRECIONES, SIN SIGNOS DE INFECCIÓN LOCAL, LEVE DOLOR A LA PALPACIÓN EN SITIO OPERATORIO, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, ÚTERO NORMOTENSO, ADECUADAMENTE INVOLUCIONADO CON BOLO DE SEGURIDAD DE PINARD A NIVEL INFRAUMBILICAL, GENITALES EXTERNOS NORMOCONFIGURADOS SIN HEMATOMAS , NI EDEMAS, CON SALIDA DE LOQUIOS HEMÁTICOS ESCASOS NO FÉTIDOS, EXTREMIDADES EUTRÓFICAS SIMÉTRICAS, SIN EDEMA, PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES, LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEGUNDOS, SNC: NO FOCALIZACIÓN NEUROLÓGICA APARENTE, GLASGOW 15/15.***** PARACLÍNICOS *******-06/08/2025: HB 11.5 HTO 37.2 LEU 9.55 PLAQ 204.000 PCR 0.9 HEP B NEGATIVO VIH-1 Y 2 NEGATIVO VDRL NO REACTIVO UROANÁLISIS NO PATOLÓGICO-HEMOCLASIFICACIÓN: O POSITIVO***** ANÁLISIS ******PACIENTE FEMENINA DE 25 AÑOS DE EDAD, CON DIAGNÓSTICOS ANOTADOS EN POSTPARTO VAGINAL ADEMÁS DE POP MEDIATO DE ABLACIÓN DE TROMPAS UTERINAS POR PARIDAD SATISFECHA, SE ENCUENTRA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, SIN SIGNOS DE SIRS, AFEBRIL, MUCOSAS HÚMEDAS, CIFRAS TENSIONALES DENTRO DE PARÁMETROS DE NORMALIDAD, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, MAMAS SECRETANTES NO CONGESTIVAS, ADECUADO BOLO DE SEGURIDAD DE PINARD NORMOTÓNICO A NIVEL INFRAUMBILICAL, HERIDA QUIRÚRGICA PERIUMBILICAL EN BUENAS CONDICIONES SIN SANGRADO NI SECRECIONES NI SIGNOS DE INFECCIÓN LOCAL NI DEHISCENCIAS (POMEROY). CUENTA CON ÚLTIMO HEMOGRAMA SIN ANEMIA, CON RESTO DE LÍNEAS CELULARES SIN ALTERACIONES, ADEMÁS CON PARACLÍNICOS INFECTOCONTAGIOSOS NEGATIVOS PARA VIH Y SÍFILIS, PACIENTE CUENTA CON PLANIFICACIÓN FAMILIAR CON ABLACIÓN DE TROMPAS UTERINAS YA REALIZADA, PACIENTE CON EVOLUCIÓN SATISFACTORIA POR LO TANTO SE DECIDE DAR ALTA MÉDICA CON CITA PRIORITARIA POR GINECOLOGÍA EN 5 DIAS, FÓRMULA AMBULATORIA DE ANALGESIA, ANTIBIOTICO PROFILACTICO, COMPLEMENTO DE HIERRO CON SULFATO FERROSO Y ANTICOAGULANTE PROFILÁCTICO CON ENOXAPARINA, SE BRINDAN INDICACIONES DE CUIDADO PUERPERIO, CUIDADOS DE LA HERIDA QUIRÚRGICA, ADEMÁS SE INDICAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTAR EN CASO DE URGENCIA, SE INFORMA A LA PACIENTE LA SITUACIÓN CLÍNICA ACTUAL, PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTA LA CONDUCTA TOMADA *******PLAN******-ALTA MÉDICA -ACETAMINOFÉN TABLETA 500 MG, TOMAR 2 TABLETAS VÍA ORAL CADA 8 HORAS POR 5 DÍAS -SULFATO FERROSO TABLETA 200 MG, TOMAR 1 TABLETA VÍA ORAL CADA 24 HORAS POR 30 DÍAS LEJOS DE LAS COMIDAS.-CEFALEXINA TABLETA 500 MG , TOMAR 1 TABLETA VÍA ORAL CADA 6 HORAS POR 7 DÍAS.-CLOTRIMAZOL CREMA VAGINAL APLICAR CADA NOCHE VIA VAGINAL POR 7 NOCHES-ENOXAPARINA JERINGA PRELLENADA 40 MG, APLICAR 1 JERINGA PRELLENADA SUBCUTÁNEA CADA 24 HORAS POR 15 DÍAS-SE ORDENA CITA DE CONTROL POR GINECOLOGÍA EN 5 DÍAS CON REPORTE DE ESTUDIO DE LA PATOLOGÍA DE LAS TROMPAS UTERINAS. -TOMAR Y REGISTRAR LA PRESIÓN ARTERIAL A LAS 07 AM Y A LAS 7 PM (NO DEBE SER NI IGUAL O SUPERIOR A 140/90 MMHG) -LAVADO DE HERIDA QUIRÚRGICA CON AGUA Y JABÓN Y MANTENERLA DESCUBIERTA Y LIMPIA, Y ASEO DEL ÁREA GENITAL CON AGUA Y JABON.-RETIRO DE PUNTOS A LOS 10 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE LA CIRUGÍA EN EL PUESTO DE SALUD MÁS CERCANO DEL HOGAR.-RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA: DEAMBULAR EN CASA, CUIDADOS DE HERIDA QUIRÚRGICA, DIETA BALANCEADA, ADECUADA INGESTA DE AGUA.-CONSULTAR A URGENCIAS EN CASO DE PRESENTAR SANGRADO POR GENITALES O HERIDA QUIRÚRGICA, SALIDA DE PUS POR GENITALES O HERIDA QUIRÚRGICA, PRESIÓN ALTA IGUAL O SUPERIOR A 140/90, VISIÓN BORROSA, ZUMBIDOS EN LOS OÍDOS, ESTRELLITAS, DOLOR EN LA BOCA DEL ESTÓMAGO, FIEBRE, ESCALOFRÍOS, SANGRADO FÉTIDO , MAMAS CONGESTIVAS.LAVAR LA HERIDA CON SOLO AGUA Y JABÓN EXCLUSIVOS PARA USTED. SECAR MUY BIEN, NO APLICAR ALCOHOL, AGUA OXIGENADA, ISODINE U OTRA SOLUCIÓN SOBRE LA HERIDA, NO CUBRIR LA HERIDA EN CASA CON GASAS O APÓSITOS, USAR LA ROPA INTERIOR LIMPIA Y SECA, NO USAR ROPA AJUSTADA, NO MANIPULAR LA HERIDA SIN ANTES LAVARSE LAS MANOS CON AGUA Y JABÓN.-RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA: DEAMBULAR EN CASA, CUIDADOS DE HERIDA QUIRÚRGICA, DIETA - BALANCEADA, ADECUADA INGESTA DE AGUA,CONSULTAR SI DOLOR ABDOMINAL INTENSO, SI SANGRADO GENITAL ABUNDANTE, SI VOMITA TODO, SI DESVANECIMIENTO, SI SANGRADO/SALIDA DE PUS POR INCISIONES QUIRÚRGICAS, SI FIEBRE.

Revisión Por Sistema:

GENITOURINARIO

EXAMEN FISICO:

Apariencia a su llegada:

PACIENTE BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, CONSCIENTE, ORIENTADA GLOBALMENTEN E.

Cabeza, cara y órganos de los sentidos:

NORMOCEFALA, PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, ESCLERAS ANICTERICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA SIN LESIONES, CUELLO MOVIL, SIMETRICO, NO DOLOROSO, SIN MASAS O ADENOMEGALIAS.

Tórax:

SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, PULMONES BIEN VENTILADOS, SIN RUIDOS SOBREAGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS.

Abdomen:

ABDOMEN GLOBOSO AU:33CM,FETO LONGITUDINAL,CEFALICO,DORSO IZQUIERDO.

Piel y faneras:

PIEL HIDRATADA, SIN CICATRICES, NI LESIONES

Genito-Urinario:

NORMOCONFIGURADO PARA EDAD Y SEXO, A LA ESPECULOSCOPIA: PLIEGUES VAGINALES CONSERVADOS, MUCOSA VAGINAL ROSADA SEMIHUMEDA, CUELLO DE ASPECTO SANO, CON ESTIGMAS DE SANGRADO, LEVE LEUCORREA GRUMOSA BLANQUECINA, TARNIER NEGATIVO.

Extremidades:

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

Sistema nervioso central:

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

EPICRISIS

Nº85547

Ingreso No: 1249344

Ingreso/Relacionado	Z988	OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS
Ingreso/Relacionado	O367	ATENCION MATERNA POR FETO VIABLE EN EMBARAZO ABDOMINAL
Ingreso/Relacionado	O821	PARTO POR CESAREA DE EMERGENCIA
Ingreso/Relacionado	O367	ATENCION MATERNA POR FETO VIABLE EN EMBARAZO ABDOMINAL
Ingreso/Relacionado	O821	PARTO POR CESAREA DE EMERGENCIA
Ingreso/Relacionado	O821	PARTO POR CESAREA DE EMERGENCIA
Ingreso/Relacionado	O821	PARTO POR CESAREA DE EMERGENCIA
Ingreso/Relacionado	O829	PARTO POR CESAREA, SIN OTRA ESPECIFICACION
Ingreso/Relacionado	O821	PARTO POR CESAREA DE EMERGENCIA
Ingreso/Relacionado	O821	PARTO POR CESAREA DE EMERGENCIA
Ingreso/Relacionado	O821	PARTO POR CESAREA DE EMERGENCIA
Egreso	O367	PARTO POR CESAREA DE EMERGENCIA
Egreso	Z988	ATENCION MATERNA POR FETO VIABLE EN EMBARAZO ABDOMINAL
Egreso	O821	OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS
Egreso	O821	PARTO POR CESAREA DE EMERGENCIA
		PARTO POR CESAREA DE EMERGENCIA

EVOLUCIONES MEDICAS

28/06/2025 10:55 FERNANDEZ FERNANDEZ HERMIDES JOSE

Subjetivo
TENGO DOLOR

REFIERE ACTUALMENTE SENTIRSE BIEN NIEGA PREMONITORIOS

28/06/2025 12:13 BARRETO ACUÑA LEONIDAS DEL CARMEN

Analisis Subjetivo
PACIENTE DE 33 AÑOS DE EDAD G1 P0 A0
-EMBARAZO DE 38.4 SEMANAS POR ECO DE I TRIMESTRE
-FETO ÚNICO VIVO
-TRABAJO DE PARTO FASE LATENTE
ALTO RIESGO OBSTÉTRICO POR:
- NULÍPARA
- PRIMIGESTANTE
-RIESGO DE SEROCONVERSIÓN PARA TOXOPLASMA
RIESGO TROMBÓTICO BAJO
SISTEMA ALERTA TEMPRANA RIESGO INTERMEDIO. 2 PUNTOS
-PLANIFICACIÓN FAMILIAR PENDIENTE DEFINIR POR PACIENTE

PACIENTE REFIERE DOLOR , NIEGA PREMONITORIOS .
Analisis Objetivo
MONITORIA FETAL DE 11:30 LINEA DE BASE ENTRE 140150 LPM, SIN ASCELEACIONES SIN . DESACELERACIONES VARIABILIDAD MODERADA, ACTIVIDAD UTERINA 3 CONTRACCIONES
MOVIMIENTOS FETALES REGISTRADOS. SE CONSIDERA REACTIVO, CATEGEORIA I

AL EXAMEN FISICO
GENITOURINARIO : POSTERIOR CORTO SALIDA DE TAPON MUCOSO ESTIGMA DE SANGRADO MEMBRANAS INTEGRAS DILATACION 6 CM BORRAMIENTO DEL 70 %

28/06/2025 18:29 BOHORQUEZ MULETH ANABEL

Analisis Subjetivo
PACIENTE DE 33 AÑOS DE EDAD G1 P0 A0
-EMBARAZO DE 38.4 SEMANAS POR ECO DE I TRIMESTRE
-FETO ÚNICO VIVO
-TRABAJO DE PARTO FASE ACTIVA
ALTO RIESGO OBSTÉTRICO POR:
- NULÍPARA
- PRIMIGESTANTE
-RIESGO DE SEROCONVERSIÓN PARA TOXOPLASMA
RIESGO TROMBÓTICO BAJO
SISTEMA ALERTA TEMPRANA RIESGO INTERMEDIO. 2 PUNTOS
-PLANIFICACIÓN FAMILIAR PENDIENTE DEFINIR POR PACIENTE

PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS ANTERIORMENTE, QUIEN SE ENCUENTAR ESTABE AFEBRIL SIN SIGNOS DE SIRS. AL TV CON CUELLO POSTERIOR, DILATACION DE 6 CM BORRAMIENTO DE 80% ESTACION 0 MEMBRANAS INTEGRAS. MONITORIA FETAL REACTIVA CAT I. CON ASCELERACIONES PRESENTES. VARIABILIDAD MODERADA. DINAMICA UTERINA PRESENTE, CONTINUA EN VIGLANCIA DE SU TRABAJO DE PARTO.

28/06/2025 18:41 BARRETO ACUÑA LEONIDAS DEL CARMEN

Analisis Subjetivo
SE ABRE FOLIO APRA CAGAR MEDICAMENTO

28/06/2025 21:27 FERNANDEZ FERNANDEZ HERMIDES JOSE

Analisis Subjetivo
PACIENTE DE 33 AÑOS DE EDAD G1 P0 A0
-EMBARAZO DE 38.4 SEMANAS POR ECO DE I TRIMESTRE
-FETO ÚNICO VIVO
-TRABAJO DE PARTO FASE LATENTE
ALTO RIESGO OBSTÉTRICO POR:
- NULÍPARA
- PRIMIGESTANTE
-RIESGO DE SEROCONVERSIÓN PARA TOXOPLASMA
RIESGO TROMBÓTICO BAJO
SISTEMA ALERTA TEMPRANA RIESGO INTERMEDIO. 2 PUNTOS
-PLANIFICACIÓN FAMILIAR PENDIENTE DEFINIR POR PACIENTE
Analisis Objetivo
BUENAS CONDICIONES GENERALES
CARDIOPULMONAR NORMAL
ABDOMEN GLOBOSO POR UTERO GRAVIDO
AU: 34

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

Nº85547

Ingreso No: 1249344

FETO UNICO EN CEFALICA
FCF: 145
TONO UTERINO: NORMAL
CONTRACCIONES UTERINAS : 3*10*10
GINECOLOGICO: ESTIGAMS DE SANGRADO
CERVIX POSTEROP CORTO 6 CM B: 60 %
MEMBRANAS INTEGRAS
PELVIS ADECUADA

PACIENTE FEMNEINA DE 33 AÑOS, CON DIAGNSOTICOS PREVAMENTE DESCRITOS, ENCUENTRA HEMODINAMICAMENTE Y CLINICAMENTE ESTABLE. NORMOTENSA, NORMOSATURADA, NORMOTERMICA, TOLERANDO VÍA ORAL Y OXIGENO AMBIENTE DE MANERA ADECUADA, SE VERIFICA BIENESTAR FETAL DADO POR MONITORIA FETAL , CON INDUCCION FALLIDA POR LO MOTIVO A CESAREA, SE EXPLICA A PACIENTE Y A FAMILIAR CONDUCTA A SEGUI QUINE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

ORTEGA BALDOVINO ANA MARIA

29/06/2025 07:58

ANALISIS SUBJETIVO
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN (PAI)
VACUNACIÓN DEL RECIÉN NACIDO
De acuerdo con el esquema nacional de vacunación, se aplican las siguientes vacunas al recién nacido:
Datos del paciente:
- Fecha de nacimiento: 28-06-2025
- Fecha de aplicación: 29-06-2025
Biológicos administrados:
1. Hepatitis B (monovalente):
- Dosis: Recién nacido
- Aplicación: Antes de las 12 horas de nacido
- Lote. 0323X019E
- Fecha de vencimiento: 30/06/2026
- Sitio de aplicación: Tercio medio de la cara antero lateral del muslo Derecho
- Aguja N. ° 23
2. BCG.
- Dosis. Única
- Lote: 0373MA117
- Fecha de vencimiento: 30/06/2026
- Sitio de aplicación: Región subescapular izquierda
- Aguja N. ° 26
ANALSIS OBJETIVO
Orientación brindada.
- Se explica de manera amplia la importancia de la vacunación, los biológicos aplicados y las enfermedades que previenen (Hepatitis B y meningitis tuberculosa).
- Se entrega carnet de vacunación infantil con el registro de dosis aplicadas.
- Se deja copia del carnet de vacunación en la historia clínica de la paciente.
- Se programa control en 2 meses en su IPS de atención primaria para continuar con el esquema de vacunación.

PULGAR TORRES MARIA PAULA

29/06/2025 09:49

ANALISIS SUBJETIVO
PACIENTE DE 33 AÑOS DE EDAD CON IDX :
-POST-OPERATORIO DE CESAREA (28/06/25 21+50 HORAS)
-RECIEN NACIDO UNICO VIVO SEXO MASCULINO
-PUERPERIO INMEDIATO
-RIESGO TROMBOEMBOLICO MODERADO
-SISTEMA DE ALERTA TEMPRANA (SAT) BAJO RIESGO

REFIERE SENTIRSE BIEN, NIEGA DOLOR ABDOMINAL INTENSO O SANGRADO VAGINAL ABUNDANTE, NIEGA OTROS SINTOMAS DE IMPORTANCIA. ALOJAMIENTO CONJUNTO CON RECIEN NACIDO, FORTALECIMEINTO BINOMIO MADRE E HIJO
ANALSIS OBJETIVO
EXAMEN FISICO. 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 INFERICRES. BOLO DE SEGURIDAD DE PINARD NORMOTONICO A NIVEL INFRAUMBILICAL HERIDA QUIRURGICA EN BUEN ESTADO CUBIERTA CON APOSITOS LIMPIOS Y SECOS . GENITOURINARIO NORMOCONFIGURADO, LOQUIOS HEMATICOS ESCASOS, NO FETIDOS, SIN SANGRADO ACTIVO. SIN REQUERIMEINTO DE MASAJE BIMANUAL ADICIONAL 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 , SNC SIN DEFCIT APARENTE MORO PRESENTE SUCCION PRESENTE.

ANALISIS: PACIENTE CON DIAGNOSTICOS PREVIAMENTE ANOTADOS, QUIEN ACTUALMENTE SE ENCUENTRA CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, TOLERANDO VIA ORAL Y OXIGENO AMBIENTE, AFEBRIL, SIN DIFICULTAD A LA DEAMBULACION, AL 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 DE TECNICAS DE LACTANCIA MATERNA Y SU IMPORTANCIA DE SER 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. QUEDAMOS ATENTOS A CAMBIOS.

FERNANDEZ FERNANDEZ HERMIDES JOSE

29/06/2025 09:53

ANALISIS SUBJETIVO
PACIENTE DE 33 AÑOS DE EDAD CON IDX :
-POST-OPERATORIO DE CESAREA (28/06/25 21+50 HORAS)
-RECIEN NACIDO UNICO VIVO SEXO MASCULINO
-PUERPERIO INMEDIATO
-RIESGO TROMBOEMBOLICO MODERADO
-SISTEMA DE ALERTA TEMPRANA (SAT) BAJO RIESGO

" M SIENTO BIEN "
ANALSIS OBJETIVO
PACIENTE QUE SE NCUENTRA CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE , CON SIGNOS VITALES EN PARAMETROS NORMALES, TOLERNADO VIA ORAL Y OXIGENO AMBIENTE , COPN BUEN PATORN CARDIOPULMONAR , SIN SIGNOS DE IRIRIATCION PERITOENAL , CON HERIDA QUIRURGICA EN BUEN ESTDO UBIERTA CON APOSITOS LIMPIOS Y SECOS , ORINA CLARA , SIN EDMEA SIN DEFICIT NEUROLOGICO , CONTINUA HOPSITALIZADA CUMPLIENDO TIEMPO REGLAMENTARI DE PUERPERIO INTRAHOSPITALARIO. ATENTOS A EVOLUCION

FERNANDEZ FERNANDEZ HERMIDES JOSE

30/06/2025 07:44

ANALISIS SUBJETIVO
PACIENTE QUIEN REFIERE BUENA ESTANCIA, REFIERE BUENA INTERACCION CON RECIEN NACIDO, YA INICIO LACTANCIA MATERNA, SE VERIFICA TECNICA Y SE INSTRUYE EN LA MISMA NIEGA PICOS FEBRILES, PERDIDAS VAGINALES EXCESIVAS, VOMITOS, DIARREA, DIFICULTAD RESPIRATORIA, PERDIDA DE LA CONSCIENCIA, SE RETIRA SONDA VESICAL, CON DIURESI POSTERIOR AL RETIRO POSITIVA, AFIRMA CANALIZACION DE FLATOS.
ANALSIS OBJETIVO
NORMOCEFALA, PUPILAS ISOCORICAS FOTORREACTIVAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, ESCLERAS ANICTERICAS. CUELLO SIMETRICO, MOVIL, NO DOLOROSO, TRAQUEA MOVIL, CENTRADO TIROIDES NO PALPABLE, SIN INGURGITACION YUGULAR, SIN SOPLOS NI ADENOPATIAS. TORAX SIMETRICO, EXPANSIBLE, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, BIEN TIMBRADOS, SIN SOPLOS AGREGANTES. MURMULLO VESICULAR UNIVERSAL, SIN CREPITOS NI SIBILANTES. ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE LEVEMENTE DOLOROSO EN CUADRANTES INFERIORES BOLO

E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL C... s, 01 julio 2025

NIT: 900.196.346-9

Cod.Habilitacion: 1310401049301

CLL 23 N 56-32 Barrio Monte Carmelo

Fundación Ser

EPICRISIS

N°85547

Ingreso ... 1249344

-CEFRADINA 1 GR IV CADA 6 HORAS
-DIPIRONA 2 GR IV CADA 8 HORAS
- VIGILAR BOLO DE SEGUIRDAD DE PINARDN
- CURACION DE HERIDA QUIRURGICA
- CURACION DE ONFALO
- RETIRO DE SONDA VESICAL
- CSV Y AC
Conducta
HOSPITALIZAR
- DIETA NORMAL
- LACTATO DE RINGER PASAR 60 CC HORA
-CEFRADINA 1 GR IV CADA 6 HORAS
-DIPIRONA 2 GR IV CADA 8 HORAS
- VIGILAR BOLO DE SEGUIRDAD DE PINARDN
- CURACION DE HERIDA QUIRURGICA
- CURACION DE ONFALO
- RETIRO DE SONDA VESICAL
- CSV Y AC
Conducta
HOSPITALIZAR
- DIETA NORMAL
- LACTATO DE RINGER PASAR 60 CC HORA
-CEFRADINA 1 GR IV CADA 6 HORAS
-DIPIRONA 2 GR IV CADA 8 HORAS
- VIGILAR BOLO DE SEGUIRDAD DE PINARDN
- CURACION DE HERIDA QUIRURGICA
- CURACION DE ONFALO
- CSV Y AC
Conducta

ALTA MEDICA CON TRATAMIENTO ORAL RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA
Conducta
SE INFORMA ACERCA DE LOS METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR DISPONIBLES SEGÚN PROTOCOLO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTETRI
QUIEN REFIERE QUIERE PLANIFICAR CON AMPOLLA TRIMESTRAL LA CUAL SERA APLICADA POR ENFERMERIA ANTES DE SU ERGESO.

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, AUMENTO DE PESO.

ORDENES DE SALIDA CESAREA

ALTA MEDICA
-CEFALEXINA TABLETA 500MG #28
USO: TOMAR UNA TABLETA CADA 6 HORAS POR 7 DIAS
-ACETAMINOFEN TABLETA 500MG #40
USO:TOMAR UNA TABLETA CADA 6 HORAS POR 10 DIAS
-SULFATO FERROSO TABLETA 200MG #30
USO: TOMAR UNA TABLETA CADA 24 HORAS POR UN MES
-ACIDO FOLICO TAB 1 MG #90
USO TOMAR UNA TAB DIARIA POR 3 MESES
-VITAMINA A TAB 50 000 UND #4
USO: TOMAR 4 TAB (200.000 UND) DOSIS UNICA
-MEDROXIPROGESTERONA AMPOLLA 150 MG # 1
USO: APLICAR IM, SEGUIR CADA 3 MESES POR PLANIFICACION FAMILIAR
-PRESERVATIVOS # 15
-LICENCIA MATERNA SEGUN LO ESTIPULADO POR LEY ACTUAL (18 SEMANAS A PARTIR DE LA FECHA 126 DIAS)

RECOMENDACIONES
-CITA CONTROL CON GINECOLOGIA
-CITA PRIORITARIA CON PLANIFICACION FAMILIAR
-RETIRO DE PUNTOS EN 8 DIAS
-LAVAR HERIDA QUIRURGICA CON ABUNDANTE AGUA Y JABON
-COMPLETAR ESQUEMA ANTIBIOTICO

SIGNOS DE ALARMA
-ACUDIR A SERVICIO DE URGENCIA SI PRESENTA FIEBRE, CONVULSIONES, DOLOR DE CABEZA INTENSO, ESCUCHA PITIDOS, VE LUCES O MANCHAS NEG
PERDIDA DE CONOCIMIENTO, SANGRADO GENITAL ABUNDANTE, VOMITOS INCONTROLABLES, DOLOR ABDOMINAL INTENSO, FIEBRE QUE NO CED
ACETAMINOFEN, SECRECIONES DE PUS O SANGRE POR HERIDA QUIRURGICA, DEHISCENCIA DE SUTURA.

ORDENES DEL RECIEN NACIDO
-ACIDO FOLICO TAB DE 1 MG #30
DILUIR 1 TAB EN 10 CC DE AGUA Y DAR DIARIO POR 30 DIAS
-VITAMINA D3 5600 UI/ML/10ML SOLORO FRASCO GOTERO X 1 NUCTIS D # 1
DAR 2 GOTAS DIA POR 1 MES
-CALCIO + VITAMINA D + ZINC FRASCO DE 7.5 MG - 300 MG -100 UI /5 ML (KID CAL)# 1
DAR 0.2 CC DIARIO POR 1 MES
-SULFATO FERROSO GOTAS DE 20ML # 1
DAR 3 GOTAS DIARIA POR 1 MES
CITA POR OFTALMOLOGIA PEDIATRICA

...NERADO A: ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN] NIT [900196346-9]

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F6.MO12.PP	29/05/2018
FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	Versión 5	Página 1 de 1
	Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :_____ F. RAIZ SOCIAL
NIT: __ 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO: 13003802025
MES: _____ AGOSTO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD EIC
SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD EIC

IDENTIFICACIÓN
Regional: _____ BOLIVAR Centro Zonal _____ EL CARMEN DE BOLIVAR Municipio: _____ SAN JUAN - BOLIVAR
Nombre Agente Educativo: ESTEPHANY ORDOÑEZ ALVAREZ C.C: 1051360211
Código CUENTAME UDS: 136571160349 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_____ SAN JUAN DE MIS AMORES 21
Dirección UDS: _____ CLL 12 #9-100 BARRIO LA BODEGA Teléfono UDS: _____

Hoja ___ de ____

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA)																							TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA: LUNES	PRIMERA: MARTES	PRIMERA: MIÉRCOLES	PRIMERA: JUEVES	PRIMERA: VIERNES	SEGUNDA: LUNES	SEGUNDA: MARTES	SEGUNDA: MIÉRCOLES	SEGUNDA: JUEVES	SEGUNDA: VIERNES	TERCERA: LUNES	TERCERA: MARTES	TERCERA: MIÉRCOLES	TERCERA: JUEVES	TERCERA: VIERNES	CUARTA: LUNES	CUARTA: MARTES	CUARTA: MIÉRCOLES	CUARTA: JUEVES	CUARTA: VIERNES	QUINTA: LUNES	QUINTA: MARTES	QUINTA: MIÉRCOLES	QUINTA: JUEVES	QUINTA: VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
1	CC	1002410190	ISAMAR		ESCOBAR	PEREZ	29	7			A											A										2		
2	CC	1193130689	MARIA	ALEJANDRA	ESCORCIA	ZAMORA	22	9			A											A										2		
3	RC	1051365720	ISAURA		REALES	SARMIENTO	0	3			A											A										2		
4	RC	1051365665	VICTORIA	JIREH	ROCHA	BERDUGO	0	5			A											A										2		
5	RC	1051365569	YAIRIG	LUCIA	RODRIGUEZ	MARTINEZ	0	9			A											A										2		
6	RC	1051365568	SHAIRIG	LUCIA	RODRIGUEZ	MARTINEZ	0	9			A											A										2		
7	RC	1051365549	GLORIANJELIS		PRENS	OROZCO	0	10			A											A										2		
8	RC	1051365528	ILIAN	DAVID	CASSIANI	OSPINO	0	11			A											A										2		
9	RC	1051365520	ISABELLA	SOFIA	PEREZ	OSPINO	0	11			A											A										2		
10	RC	1051365479	EMMANUEL	ELIAS	PARRA	MARTES	1	1			A											A										2		
11	RC	1051365466	JESHUA	DANIEL	SANTANA	CAICEDO	1	1			A											A										2		
12	RC	1051365382	LEIKER	JOSE	OSPINO	PAYARES	1	5			A											A										2		
13	RC	1240500297	SEBASTIAN	ANDRES	MARTINEZ	ROMERO	1	10			A											A										2		
14	RC	1049267703	LEYLAK	YOHANA	REALES	ESCOBAR	2	0			A											A										2		
15	RC	1048097187	SHALOME		BRITO	ECHEVERRY	2	1			A											A										2		
16	RC	1044239706	ANAILID	SOFIA	MARTINEZ	CAÑATE	2	2			A											A										2		
17	RC	1051365067	ELIANE		TORREGROSA	PEÑARANDA	2	7			A											A										2		
18	RC	1042982980	ALAN	DAVID	ESCORCIA	CABALLERO	2	8			A											A										2		
19	RC	1243763527	KYLIAN	ALEJANDRO	SARA	GUETTE	2	11			A											A										2		
20	RC	1051364670	JHORDAN	DAVID	MEZA	DE LEON	4	2			A											A										2		
																																TOTAL	40		

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	2
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	16
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	2

COORDINADOR(A) EA

Estephany Ordoñez Alvarez
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F6.MO12.PP	29/05/2018
FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	Versión 5	Página 1 de 1
	Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :_____ F. RAIZ SOCIAL
NIT: __ 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO 13003802025
MES: _____ AGOSTO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD EIC
SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD EIC

IDENTIFICACIÓN
Regional: _____ BOLIVAR Centro Zonal _____ EL CARMEN DE BOLIVAR Municipio: _____ SAN JUAN - BOLIVAR
Nombre Agente Educativo MERLIS VILLAREAL BETANCOURT C.C: 1007864785
Código CUENTAME UDS: 136571160353 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_____ SAN JUAN DE MIS AMORES 25
Dirección UDS: _____ CLL 12 #9-100 BARRIO LA BODEGA Teléfono UDS: _____

Hoja ___ de ____

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																							
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					
	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	
1	CC	1048934132	JEIMI	PAOLA	CARABALLO	POSSO	19	9														A									A	2		
2	CC	1002429041	SHEYLA	CLERY	CASTRO	ANDRADE	23	2														A									A	2		
3	CC	1047456701	JULIA	ELENA	CARMONA	MENDOZA	32	3														A									A	1		
4	RC	1249071636	GAEL	DAVID	BALLESTEROS	HERNANDEZ	0	6														A									A	2		
5	RC	1256018784	KATLEYA		VALDEZ	HOYOS	0	7														A									A	2		
6	RC	1048613841	DIANA	SOFIA	BALTAZAR	CHIMA	0	10														A									A	2		
7	RC	1051835535	LIZZ	ARIANA	CARPIO	ROMERO	1	4														A									A	2		
8	RC	1077095881	ANIBAL	ENRIQUE	BUELVAS	LOPEZ	1	6														A									A	2		
9	RC	1102899743	LIAM	DAVID	BARRETO	CONTRERAS	1	8														A									A	2		
10	RC	1051835243	GENESIS		TORDECILLA	COGOLLO	2	2														A									A	2		
11	RC	1051835260	ITZAYANA		SIERRA	YEPES	2	2														A									A	2		
12	RC	1051835023	LIZ	DANIELA	RAMOS	MARTINEZ	2	9														A									A	2		
13	RC	1143474790	NIKOL	ALEXANDRA	RUIZ	GUANCHEZ	2	10														A									A	2		
14	RC	1051834720	ANTONELLA		CASTRO	GUZMAN	3	8														A									A	2		
15	RC	1051834657	ALANIS	MICHELL	NARVAEZ	MENDOZA	3	11														A									A	2		
16	RC	1052101011	DEIMER	ANTONIO	MARTINEZ	FRUTO	4	3														A									A	2		
17	RC	1050485613	SARA	SOFIA	RAMOS	MARTINEZ	4	3														A									A	2		
18	RC	1051834480	SHARON	JULIANA	ANILLO	SIERRA	4	4														A									A	2		
19	RC	1160463049	LUISA	FERNANDA	PEDROZA	GOMEZ	4	9														A									A	2		
20	R.C	1048945249	GAEL	DAVID	HERRERA	PEREZ	4	10														A									A	2		
																															TOTAL	40	0	

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

Karen
COORDINADOR(A) EA

Merlis Villarreal B.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F6.MO12.PP	29/05/2018
	Versión 5	Página 1 de 1
FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :_____ F. RAIZ SOCIAL
NIT: __ 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO 13003802025
MES: _____ AGOSTO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD EIC
SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD EIC

IDENTIFICACIÓN
Regional: _____ BOLIVAR Centro Zonal _____ EL CARMEN DE BOLIVAR Municipio: _____ SAN JUAN - BOLIVAR
Nombre Agente Educativ BETTY NAVAS BARCAS C.C: 45525257
Código CUENTAME UDS: 136571160352 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_____ SAN JUAN DE MIS AMORES 24
Dirección UDS: _____ CLL 12 #9-100 BARRIO LA BODEGA Teléfono UDS: _____

Hoja ____ de ____

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																							
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
									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	
1	CC	1051826018	ELIZABETH		MANJARREZ	DE LA HOZ	30	9															A									A	2		
2	CC	1044915387	DAYANA	PAULINE	PEREZ	GONZALEZ	36	0															A									A	2		
3	CC	1049483575	NERLYS	PATRICIA	PARRA	ARRIETA	31	2															A									A	2		
4	PPT	6267565	GLADIMAR	PATRICIA	PABON	FINOL	21	9															A									A	2		
5	CC	1002428496	NAYARITH		MARIAS	TORRES	23	10															A									A	2		
6	CC	1051829878	AMPARO	JUDITH	MACHADO	CALDERON	28	9															A									A	2		
7	RC	1249071819	LIAM	DAVID	YEPES	CONTRERAS	0	4															A									A	2		
8	RC	1238352478	VICTORIA	ELENA	TORRES	LIGARDO	0	8															A									A	2		
9	RC	1233931793	DANIS		ORTEGA	MARTINEZ	1	4															A									A	2		
10	RC	1050485738	JHAZLY	SORIALIS	AREAS	LOPEZ	1	9															A									A	2		
11	RC	1051835344	EMILIANO		MORALES	MAESTRE	1	10															A									A	2		
12	RC	1051835046	JAHAZIEL		TERAN	HERNANDEZ	2	8															A									A	2		
13	RC	1051834825	JUAN	SEBASTIAN	OLIVERA	ROMERO	3	4															A									A	2		
14	RC	1051834415	HAALAND	DAVID	SANCHEZ	ANDRADE	4	6															A									A	2		
15	RC	1160463047	JUAN	CAMILO	CASTRO	CARMONA	4	9															A									A	2		
16	RC	1051834326	HILARY	SOFIA	GONZALEZ	OSORIO	4	9															A									A	2		
17	RC	1050485258	EMANUEL	JOSE	BARRIOS	ROMERO	4	11															A									A	2		
18	RC	1018274176	LIAM	ESTEBAN	CALVO	CAICEDO	5	0															A									A	2		
19	RC	1050485216	DANIELA	PAOLA	BARRIOS	CASTRO	5	0															A									A	2		
20	RC	1050485152	JUAN	SEBASTIAN	CANTILLO	OLIVERA	5	1															A									A	2		
																																TOTAL	40		

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	1
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	13
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	6

COORDINADOR(A) EA

Betty Navas.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F6.MO12.PP	29/05/2018
	Versión 5	Página 1 de 1
FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :_____ F. RAIZ SOCIAL
NIT: __ 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO 13003802025
MES: _____ AGOSTO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD EIC
SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ MODALIDAD EIC

IDENTIFICACIÓN
Regional: _____ BOLIVAR Centro Zonal _____ EL CARMEN DE BOLIVAR Municipio: _____ SAN JUAN - BOLIVAR
Nombre Agente Educativo ROSMERIS CARMONA REYES C.C: 33273667
Código CUENTAME UDS: 136571160453 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_____ SAN JUAN DE MIS AMORES 20
Dirección UDS: _____ CLL 12 #9-100 BARRIO LA BODEGA Teléfono UDS: _____

Hoja ____ de ____

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA									CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																					TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
							EDAD		SEMANAS																							
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	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	
1	CC	1007738525	LUZ	MERY	GUZMAN	CRECO	26	5															A								A	2		
2	PPT	5939142	SARAY	JULIETH	VASQUEZ	TELLO	23	3															A								A	2		
3	CC	1002429959	KELLY	JOHANYS	ESCHORBO	SALCEDO	21	8															A								A	2		
4	CC	1050483424	SANDRA	EDITH	BELTRAN	CONTRERAS	19	5															A								A	2		
5	CC	1050482943	LUZ	NEIDY MARIA	CARMONA	TEJEDA	19	8															A								A	2		
6	CC	1007263407	LEILA	MARIA	MONTES	SIERRA	25	10															A								A	2		
7	CC	1043295913	DANNA	PAOLA	PADILLA	CARDENAS	20	9															A								A	2		
8	RC	1051835782	AILANY	SOFIA	DIAZ	CHAVARRIA	0	4															A								A	2		
9	RC	1051835734	ISABELLA	SOFIA	CUETO	GARCIA	0	6															A								A	2		
10	RC	1051835374	DAMIAN	DAVID	ARANDA	FERNANDEZ	1	9															A								A	2		
11	RC	1050485694	SALOME		RODELO	MONROY	1	11															A								A	2		
12	RC	1051835269	MAKENIS	SOFIA	SUAREZ	VARELA	2	1															A								A	2		
13	RC	1044022685	MARIA	FERNANDA	FERNANDEZ	CASTELLAR	2	4															A								A	2		
14	RC	1051835115	JOSE	MIGUEL	CAICEDO	HERRERA	2	8															A								A	2		
15	RC	1051835041	KARIME		CAMARGO	DE AVILA	2	9															A								A	2		
16	RC	10518344919	EMMA	GABRIELA	CASTELLAR	ARRIETA	3	0															A								A	2		
17	RC	1081766003	YORYEYH	MARIA	ZAMORA	CALVO	3	7															A								A	2		
18	RC	1050485507	LUIS	ANDRES	REALES	ARIAS	3	8															A								A	2		
19	RC	1051834412	THALIA	SOFIA	ESCHORBORGH	DE AVILA	4	6															A								A	2		
20	RC	1051834266	VICTOR	JOSE	MERCADO	RAMOS	4	10															A								A	2		
																															TOTAL	40		

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	1
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	12
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	7

COORDINADOR(A) EA

Rosmeris Carmona Reyes
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP Versión 5	29/05/2018 Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION RAIZ SOCIAL F. R. S

NIT: 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO: 13003802025

MES: AGOSTO AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA

SERVICIO DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL

IDENTIFICACIÓN

Regional: BOLÍVAR Centro Zonal: CZ 10-70 EL CARMEN DE BOLÍVAR Municipio: SAN JUAN NEPOMUCENO

Nombre Agente Educativo (a): WENDY TAPIA CC: 1052086473

Código CUENTAME UDS: 136571180350 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: SAN JUAN DE MIS AMORES 22

Dirección UDS: CLL 7 No 9-100 BARRIO LA BODEGA Teléfono UDS: 3246709172

Hoja ___ de ___

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																								
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	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	C.C	1010124535	CINTHIA	IRLETH	BERRIO	DIAZ	24	8																					A							
02	C.C	1051360211	ESTEPHANNY		ORDOÑEZ	ALVAREZ	31	11																					A							
03	C.C	1002443207	DANIELA	MARGARITA	VELASQUEZ	TAPIA	29	3																					A							
04	C.C	1051815487	MARIA	DEL CARMEN	LUNAS	TALERO	38	10																					A							
05	R.C	1051835705	ABIGAIL	SOFIA	ARIA	OCHOA	0	8																					A							
06	R.C	1051835661	KEINER	JOSE	VERGARA	YEPES	0	10																					A							
07	R.C	1051835592	EIMY	SOFIA	MENDOZA	VARGAS	1	0																					A							
08	R.C	1050485753	CAMILO	ANDRES	CARREÑO	VALLES	1	0																					A							
09	R.C	1051835599	VICTORIA		RODRIGUEZ	ARDILA	1	0																					A							
10	R.C	1051835623	DANNA	ISABEL	PEREZ	DIAZ	1	1																					A							
11	R.C	1051835523	VALERIN	SOFIA	MAESTRE	GLORIA	1	3																					A							
12	R.C	1051835499	GAEL	ANTONIO	CASTELLAR	VILLAMIL	1	4																					A							
13	R.C	1051835483	ITAN	ANDRES	MARTINEZ	REYES	1	5																					A							
14	R.C	1051835473	LUIS	MANUEL	VASQUEZ	CASTRO	1	5																					I							
15	R.C	1051835491	EVA	SANDRID	VITOLA	CASTRO	1	6																					A							
16	R.C	1051835408	MILAGROS		FERNANDEZ	PULGAR	1	7																					A							
17	R.C	1051835189	ABRIL		MARTINEZ	HERNANDEZ	2	4																					A							
18	R.C	1050485588	JUAN	DAVID	PATIÑO	ALVAREZ	3	1																					A							
19	R.C	1050485545	KEREN	SALOME	BERMEJO	HERAZO	3	5																					A							
20	R.C	1045311359	EDGAR	JOSE	VITOLA	CASTRO	4	0																					A							
																																	TOTAL			

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

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION RAIZ SOCIAL F. R. S
NIT: 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO: 13003802025
MES: AGOSTO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA
SERVICIO DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLÍVAR
Nombre Agente Educativo (a): LUZ MARIA OSORIO
Código CUENTAME UDS: 136571160346
Dirección UDS: CLL 7 No 9-100 BARRIO LA BODEGA
Centro Zonal: CZ 10-70 EL CARMEN DE BOLÍVAR
CC: 45781664
Municipio: SAN JUAN NEPOMUCENO
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: SAN JUAN DE MIS AMORES 17
Teléfono UDS: 3022947261

Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
								SEMANAS																								
								PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS / MESES																										
01	PPT	6275712	MARIELA	DEL CARMEN	INCIARTE	INCIARTE	19 7										A															2 0	
02	C.C	1051824122	WENDY	LORAINNE	PEREZ	REYES	32 1										A						A									2 0	
03	R.C	1051835789	DANIEL	DE JESUS	RIVERO	MORENO	0 3										A						A									2 0	
04	R.C	1051835755	KYLIAN		CARMONA	RAMIREZ	0 4										A						A									2 0	
05	R.C	1051835709	ISAAC	DAVID	VARELA	ALCAZAR	0 7										A						A									2 0	
06	R.C	1051835634	EMMANUEL	ANDRES	MARTINEZ	BARRERA	0 10										A						A									2 0	
07	R.C	1051835586	ISAIAS	NAIR	CAICEDO	CHAVEZ	1 0										A						A									2 0	
08	R.C	1050585737	BELEN	SOFIA	LUNA	FLOREZ	1 6										A						A									2 0	
09	R.C	1051835432	LUIS	ANGEL	MERCADO	REYES	1 6										A						A									2 0	
10	R.C	1050485678	MILAGRO	DE JESUS	ARRIETA	RODRIGUEZ	2 0										A						A									2 0	
11	R.C	1051835263	VICTORIA		DIAZ	ORTEGA	2 0										A						A									2 0	
12	R.C	1051834997	YURYANGEL		HERNANDEZ	DEULUFEUT	2 9										A						A									2 0	
13	R.C	1051834876	LUCCA		SALGADO	CASTILLO	3 1										A						A									2 0	
14	R.C	1052635157	XELENA	MICHEL	VELAZQUEZ	ALVAREZ	3 3										A						A									2 0	
15	R.C	1160463056	LUISA	ISABEL	LEONES	GOMEZ	3 4										A						A									2 0	
16	R.C	1050485519	MATEO	ANDRES	CUEVAS	GONZALEZ	3 6										A						A									2 0	
17	R.C	1050485509	NELFIS	CAROLINA	RODRIGUEZ	MARTINEZ	3 8										A						A									2 0	
18	R.C	1138683197	EMELY	SOFIA	MUÑOZ	JULIO	3 10										A						A									2 0	
19	R.C	1050485395	ALISSON		LUNA	MENDOZA	4 2										A						A									2 0	
20	R.C	1052741667	BRAINER	DE JESUS	ALCAZAR	GARCIA	4 7										A						A									2 0	
																															TOTAL	40 0	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	2
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	16
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	2

COORDINADOR(A) EA

Luz Maria Osorio
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION RAIZ SOCIAL F. R. S
NIT: 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO: 13003802025
MES: AGOSTO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA
SERVICIO DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLÍVAR Centro Zonal: CZ 10-70 EL CARMEN DE BOLÍVAR Municipio: SAN JUAN NEPOMUCENO
Nombre Agente Educativo (a): YULIANA HERRERA CERPA CC: 1051815002
Código CUENTAME UDS: 136571160348 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: SAN JUAN DE MIS AMORES 19
Dirección UDS: CLL 7 No 9-100 BARRIO LA BODEGA Teléfono UDS: 3128718263

Hoja ___ de ___

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																							
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	C.C.	1051828437	YULIETH	VANESA	TERAN	SIERRA	29	8										A										A						2	0	
02	C.C	1193331679	NAYERIS	NATALIA	MARQUEZ	ESCOBAR	23	5										A										A						2	0	
03	C.C	1051826134	YASMIN	DEL CARMEN	VERGARA	ANILLO	31	0										A										A						2	0	
04	C.C	1051832557	MARIA	JOSE	OLIVERA	BLANCO	26	5										A										A						2	0	
05	R.C	1050485784	AXEL	DAVID	CALVO	SERRANO	0	6										A										A						2	0	
06	R.C	1051835713	JOHAN	ANDRES	ORTEGA	TERAN	0	7										A										A						2	0	
07	R.C	1051835688	KENDALL	SOFIA	OCHOA	ESCOBAR	0	8										A										A						2	0	
08	R.C	1050485769	SCARLETT		ROMERO	CASTELLAR	0	8										A										A						2	0	
09	R.C	1050485764	ALANYS	SOPHIA	ROMERO	VENCE	0	9										A										A						2	0	
10	R.C	1050485760	MARCOS	DE JESUS	YANEZ	SAENZ	0	10										A										A						2	0	
11	R.C	1140716373	EINER	DAVID	FERRER	PEREZ	1	2										A										A						2	0	
12	R.C	1051835526	MARIA	VICTORIA	MARQUEZ	BARRIOS	1	3										A										A						2	0	
13	R.C	1051835490	ERIANI		PINTO	ESCALANTE	1	4										A										A						2	0	
14	R.C	1051835471	ISSABELA		CANTILLO	OLIVERA	1	5										A										A						2	0	
15	R.C	1051835454	NAHOMI	SOFIA	BELTRAN	SERRANO	1	7										A										A						2	0	
16	R.C	1050485730	MARIA	BELEN	SANCHEZ	OLIVERA	1	7										A										A						2	0	
17	R.C	1051835369	JHOSUE	DAVID	BARRIOS	PADILLA	1	9										A										A						2	0	
18	R.C	1051835339	DIANA	PATRICIA	TAMARA	RODRIGUEZ	1	10										A										A						2	0	
19	R.C	1051835133	LEIA	GABRIEL	SANCHEZ	ARDILA	2	4										A										A						2	0	
20	R.C	1050485493	DEILITH	SOFIA	SANCHEZ	BELLO	3	8										A										A						2	0	
																																	TOTAL	40	0	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	16
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	4

Kat Cruz
COORDINADOR(A) EA

Yuliana Herrera Cerpa
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION RAIZ SOCIAL F. R. S
NIT: 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO: 13003802025
MES: AGOSTO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA
SERVICIO DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLÍVAR Centro Zonal: CZ 10-70 EL CARMEN DE BOLÍVAR Municipio: SAN JUAN NEPOMUCENO
Nombre Agente Educativo (a): JENNIFER YEPES CC: 1051820472
Código CUENTAME UDS: 136571160351 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: SAN JUAN DE MIS AMORES 23
Dirección UDS: CLL 7 No 9-100 BARRIO LA BODEGA Teléfono UDS: 3228967722

Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS																						TOTAL MENSUAL		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	C.C	1050483306	GENESIS		CARMONA	AGUDELO	19	2										A									A						20	
02	C.C	1052630932	KEYLA	MARCELA	FERNANDEZ	YEPES	19	0										A									A						20	
03	C.C	1051822777	DAYANIS	ESTER	REYES	PIMIENTA	34	8										A									A						20	
04	C.C	1051821329	KELLY	JOHANA	MORENO	CAMARGO	16	5										A									A						20	
05	C.C	1002428545	GISHELLYS	MARIA	POSSO	SERRANO	24	1										A									A						20	
06	R.C	1051835791	DYLAN	ANDRÉS	CONTRERAS	TAPIA	0	3										A									A						20	
07	R.C	1051835753	MOISES	DAVID	MONTALVO	HERNANDEZ	0	5										A									A						20	
08	R.C	1051835722	VALERY	SOFIA	BELTRAN	BOHORQUEZ	0	7										A									A						20	
09	R.C	1051835712	ABBY	MELEK	CASTRO	TORRES	0	7										A									A						20	
10	R.C	1051835730	AISAAC	GAEL	OSPINO	FERRER	0	8										A									A						20	
11	R.C	1051835703	MATEO	JOSE	CUELLO	CASTRO	0	9										A									A						20	
12	R.C	1051835613	DAHIAN	JOSUE	GARCIA	ARRIETA	1	1										A									A						20	
13	R.C	1238351297	CHRISTOPHER		PUERTAS	BRAVO	1	4										A									A						20	
14	R.C	1050485736	IVANNA		CASTRO	VILLALBA	1	6										A									A						20	
15	S.D	21C84894383A41D8B4A85C1A0785F78C22310	DAINER	JOSE	PARRALES		1	8										A									A						20	
16	R.C	1050485711	MAIA		FUENMAYOR	SERRANO	1	9										A									A						20	
17	R.C	1051835345	ASENETH	SOFIA	CARMONA	AGUDELO	1	11										A									A						20	
18	R.C	1050485647	VICTORIA		MORENO	VILLAR	2	6										A									A						20	
19	R.C	1051834895	MILAGRO		BARRIOS	BUELVAS	3	1										A									A						20	
20	R.C	1050485572	EMMANUEL	DAVID	FAJARDO	TORRES	3	3										A									A						20	
																															TOTAL	10	0	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	2
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	13
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	5

Kab YCqR
COORDINADOR(A) EA

Jennifer López Jiménez
RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION RAIZ SOCIAL F. R. S
NIT: 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO: 13003802025
MES: AGOSTO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA
SERVICIO DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLÍVAR
Nombre Agente Educativo (a): BERTHA LEIVA
Código CUENTAME UDS: 136571160347
Dirección UDS: CLL 7 No 9-100 BARRIO LA BODEGA
Centro Zonal: CZ 10-70 EL CARMEN DE BOLÍVAR
CC: 33339775
Municipio: SAN JUAN NEPOMUCENO
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: SAN JUAN DE MIS AMORES 18
Teléfono UDS: 3107148049

Hoja ___ de ___

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																							
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					
			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	C.C	1002429747	LAURA	DAYANA	GAZABON	DOMINGUEZ	22	3										A									A						2	0	
02	C.C	1051826503	MARIA	BERNARDA	BARRAZA	PEREZ	30	5										A									A						2	0	
03	C.C	1051830735	KATTY	PULIETH	MONROY	CARMONA	28	0										A									A						2	0	
04	R.C	1051835733	PAULINA		PARRA	MUÑOZ	0	5										A									A						2	0	
05	R.C	1051835737	KYLIAN		MARIN	GARCIA	0	5										A									A						2	0	
06	R.C	1050485786	LUISA	PAOLA	BARRAZA	HERRERA	0	6										A									A						2	0	
07	R.C	1253659915	MARIA	CELESTE	DIAZ	MARTINEZ	0	7										A									A						2	0	
08	R.C	1051835684	LUIS	SANTIAGO	HERRERA	OSORIO	0	8										A									A						2	0	
09	R.C	1051835511	MIA	SOFIA	MACHADO	PARRA	1	3										A									A						2	0	
10	R.C	1031189680	GIANNA	ISABEL	BARRIOS	RODRIGUEZ	1	9										A									A						2	0	
11	R.C	1051835352	LAILA	KATALEYA	YEPEZ	VELASQUEZ	1	9										A									A						2	0	
12	R.C	1051835347	JEYLIS	STER	BERMEJO	ANDRADE	1	10										A									A						2	0	
13	R.C	1050485698	NAYIBETH	HELENA	VIDES	MACHADO	1	10										A									A						2	0	
14	R.C	1051835274	ARIANNA		NUÑEZ	RODRIGUEZ	2	0										A									A						2	0	
15	R.C	1051835275	BRIANNA		NUÑEZ	RODRIGUEZ	2	0										A									A						2	0	
16	R.C	1052101125	YARED	DAVID	ARIAS	RESTREPO	2	1										A									A						2	0	
17	R.C	1051835170	MIGUEL	ESTEBAN	BARRIOS	RESTREPO	2	3										A									A						2	0	
18	R.C	1051835171	GABRIEL	JESUS	BARRIOS	RESTREPO	2	3										A									A						2	0	
19	R.C	1051835070	THIAGO	ANDRES	JIMENEZ	PALACIN	2	7										A									A						2	0	
20	R.C	1051835037	THIAGO		MARÍN	GARCÍA	2	8										A									A						2	0	
																																TOTAL	40	0	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	2
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	15
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	3

COORDINADOR(A) EA

Bertha Leiva Julio
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP Versión 5	29/05/2018 Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION RAIZ SOCIAL F. R. S
NIT: 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO: 13003802025
MES: AGOSTO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA
SERVICIO DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLÍVAR
Nombre Agente Educativo (a): ELENA CASTRO
Código CUENTAME UDS: 136571160364
Dirección UDS: CLL 7 No 9-100 BARRIO LA BODEGA
Centro Zonal: CZ 10-70 EL CARMEN DE BOLÍVAR
CC: 57438936
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: SAN JUAN DE MIS AMORES 34
Municipio: SAN JUAN NEPOMUCENO
Teléfono UDS: 3205875700
Hoja ___ de ___

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																							
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
									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	C.C	1043440572	WUENDIS	PAOLA	HERNANDEZ	TAPIA	20	7			A								A													2		
02	C.C	1102889080	ELSY	MARIA	HERNANDEZ	REYES	28	6			A								A													2		
03	C.C	1051832646	GLORIA	VANESSA	GAMARRA	SERRANO	26	4			A								A													2		
04	R.C	1051835837	MILAGROS	SOFIA	PEREZ	REDONDO	0	0			I								A													1	1	
05	R.C	1051835799	IANA		PUERTA	RUIZ	0	2			A								A													2		
06	R.C	1043202675	JAYLETH		CARRASQUILLA	RODRIGUEZ	0	3			A								A													2		
07	R.C	1051835793	THIAGO	ANDRES	REBOLLO	MONTENEGRO	0	4			A								A													2		
08	R.C	1051835765	JESUS	DAVID	PASO	ROMERO	0	5			A								A													2		
09	R.C	1038150453	ANGEL	DONAY	MANJARREZ	CHARRIS	0	6			A								A													2		
10	R.C	1050485775	DAPHNE	SAMARA	LEGUIA	CASTILLA	0	10			A								A													2		
11	R.C	1051835615	THALIANA	MICHELL	RICARDO	REYES	0	11			A								A													2		
12	R.C	1051835610	BRAYTIAGO		HERNANDEZ	HERNANDEZ	0	11			A								A													2		
13	R.C	1051835598	HELIZ	MARIA	CAMPO	SANCHEZ	0	11			A								A													2		
14	R.C	1051835589	VIOLETTA		CASTRO	CERVANTE	1	0			A								A													2		
15	R.C	1051835562	LIAM	DAVID	DIAZ	PULIDO	1	1			A								A													2		
16	R.C	1051835555	HEYDIS	SOFIA	SANCHEZ	HIL	1	1			A								A													2		
17	R.C	1051835522	IAN	DAVID	PEREZ	HERNANDEZ	1	2			A								I													1	1	V
18	R.C	1137544032	JAZLIN	MARIA	YEPEZ	MARTINEZ	1	6			A								A													2		
19	R.C	1051835319	AHMED	DAVID	MALDONADO	OQUENDO	1	10			A								A													2		
20	R.C	1051835289	MARLEYS	PAOLA	ARDILA	MENDEZ	1	11			A								A													2		
																															TOTAL	33	2	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	5
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	12
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	3

Angelica Balanta T
COORDINADOR(A) EA

Elena M Castro C.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION RAIZ SOCIAL F. R. S
NIT: 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO: 13003802025
MES: AGOSTO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA
SERVICIO DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLÍVAR
Nombre Agente Educativo (a): ELENA CASTRO
Código CUENTAME UDS: 136571160364
Dirección UDS: CLL 7 No 9-100 BARRIO LA BODEGA
Centro Zonal: CZ 10-70 EL CARMEN DE BOLÍVAR
CC: 57438936
Municipio: SAN JUAN NEPOMUCENO
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: SAN JUAN DE MIS AMORES 34
Teléfono UDS: 3205875700

Hoja ____ de ____

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA									CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
									SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA							
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		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	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES																									
01	R.C	1242390175	JEREMIAS		MARTINEZ	DIAZ	1	7													A										I		

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION RAIZ SOCIAL F. R. S

NIT: 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO: 13003802025

MES: AGOSTO AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA

SERVICIO DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL

IDENTIFICACIÓN

Regional: BOLÍVAR Centro Zonal: CZ 10-70 EL CARMEN DE BOLÍVAR Municipio: SAN JUAN NEPOMUCENO

Nombre Agente Educativo (a): LUZ ELENA SIERRA CC: 1102797346

Código CUENTAME UDS: 136571160366 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: SAN JUAN DE MIS AMORES 36

Dirección UDS: CLL 7 No 9-100 BARRIO LA BODEGA Teléfono UDS: 3005015092

Hoja ____ de ____

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
	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			
01	C.C	1044000732	VALERIA	SOFIA	ROMERO	ROMERO	19	1		A												A										2		
02	C.C	1051820823	GENESIS	ASTRID	PALMERA	MONTIEL	26	0		A												A										2		
03	C.C	1005440892	CINDY	PAOLA	CASTRO	NAVARRO	25	8		A												A										2		
04	C.C	1051829818	YERLYS	ESTHER	OLIVERA	TORRES	28	9		A												A										2		
05	R.C	1051835726	AYLEN	SOFIA	RODELO	SALGADO	0	7		A												A										2		
06	R.C	1051835564	HELENA	SOFIA	MUÑOZ	MENDOZA	1	1		A												A										2		
07	R.C	1051835537	SANTIAGO	JOSE	OSPINO	FERNANDEZ	1	1		A												A										2		
08	R.C	1051835525	KRISTIANYS		CAMPO	HERNANDEZ	1	2		A												A										2		
09	R.C	1050485743	MARTIN	ELIAS	COTTA	TORRES	1	4		A												A										2		
10	R.C	1249070097	MARIA	CELESTE	MENDOZA	MEZA	1	5		A												A										2		
11	R.C	1051835433	MARCELO		MERIÑO	RAMIREZ	1	7		A												A										2		
12	R.C	1043345206	TALIANA	ISABEL	ESPAÑA	ROMERO	1	8		A												A										2		
13	R.C	1051835343	MAXIMILIANO		RIVERA	BARRIOS	1	9		A												A										2		
14	R.C	1051835142	VALERIA	ISABEL	CASTILLO	ESTRADAS	2	4		A												A										2		
15	R.C	1051835113	TALIANA		TORRES	ARRIETA	2	5		A												A										2		
16	R.C	1044021800	GUADALUPE		DEL TORO	AGUIRRE	2	7		A												A										2		
17	R.C	1051834676	GENESIS	SOFIA	SALINAS	ROMERO	3	9		A												A										2		
18	R.C	1235544454	GUSTAVO	AARON	OCHOA	PEREZ	3	11		A												A										2		
19	R.C	1050485384	DAIRA	JOSE	BARRIOS	ROMERO	4	2		A												A										2		
20	R.C	1050485328	SANTIAGO	JOSE	RAMIREZ	ARRIETA	4	8		A												A										2		
21	R.C	1050485197	JEFFERSON	DAVID	CORTEZ	YÉPEZ	4	11		A												A										2		
																																TOTAL	42		

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	1
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	16
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	A

Angelica Bolanta T
COORDINADOR(A) EA

Luz Elena Sierra Olivera.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP Versión 5	29/05/2018 Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION RAIZ SOCIAL F. R. S
NIT.: 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO: 13003802025
MES: AGOSTO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA
SERVICIO DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLÍVAR Centro Zonal: CZ 10-70 EL CARMEN DE BOLÍVAR Municipio: SAN JUAN NEPOMUCENO
Nombre Agente Educativo (a): MARTHA BARRIOS CC: 33339373
Código CUENTAME UDS: 136571160358 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: SAN JUAN DE MIS AMORES 30
Dirección UDS: CLL 7 No 9-100 BARRIO LA BODEGA Teléfono UDS: 3017757224

Hoja ___ de ___

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		AÑOS	MESES	SEMANAS																						ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO			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	C.C	1050482692	DRIANA	MARIA	CARMONA	BERMEJO	22	3		A										I											1	1	
02	C.C	1051823103	YESICA	PAOLA	BARRIOS	RODRIGUEZ	32	9		A										I											1	1	
03	C.C	1051826601	MARCELA	PATRICIA	BARRIOS	CASTELLAR	30	5		A										I											1	1	
04	C.C	1002358604	ROSMARY		BERTEL	CASTRO	21	7		A										A											2	0	
05	T.I	1051824926	MAROLYS	PAOLA	JIMENEZ	YEPEZ	13	6		A										A											2	0	
06	C.C	1051816966	ANA	MARCELA	QUIROZ	MEDINA	19	6		A										A											2	0	
07	R.C	1051835805	MAYLEEN	SOFIA	BARRIOS	QUINTANA	0	3		A										A											2	0	
08	R.C	1051835804	NAOMI	SOFIA	MIRANDA	SERRANO	0	3		A										A											2	0	
09	R.C	1050485787	SANTIAGO		VASQUEZ	BENITEZ	0	6		A										A											2	0	
10	R.C	1051835727	SAMUEL	ELIAS	BARRIOS	AVENDAÑO	0	6		A										A											2	0	
11	R.C	1043497351	GAEL	DAVID	BUELVAS	SERRANO	0	10		A										A											2	0	
12	R.C	1140716519	LUIS	JUNIOR	PACHECO	CHARRYS	0	10		A										A											2	0	
13	R.C	1051835617	MARIA	SALOME	VERGARA	RIVERA	0	11		A										A											2	0	
14	R.C	1051835620	ALANNA		RODRIGUEZ	DIAZ	1	0		A										A											2	0	
15	R.C	1051835577	GABRIELA		BUELVAS	SERRANO	1	1		A										A											2	0	
16	R.C	1051835563	MARISOL		RIVERO	PORTILLO	1	1		A										A											2	0	
17	R.C	1051835496	ISABELLA	SOFIA	PUELLO	MENDOZA	1	4		A										A											2	0	
18	R.C	1051835400	YOSTIN	GABRIEL	CASTELLAR	SIMANCA	1	8		A										A											2	0	
19	R.C	1051835342	JESUS	DAVID	REYES	RODELO	1	10		A										A											2	0	
20	R.C	1042598012	SEBASTIAN	EMILIO	ATEHORTUA	BASTIDAS	2	4		A										A											2	0	
																														TOTAL	34	3	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	2
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	12
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	6

Angelica Bolanto T
COORDINADOR(A) EA

Martha Barrios Bermejo
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION RAIZ SOCIAL F. R. S
NIT: 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO: 13003802025
MES: AGOSTO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA
SERVICIO DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLÍVAR
Nombre Agente Educativo (a): JANET POSSO
Código CUENTAME UDS: 136571160370
Dirección UDS: CLL 7 No 9-100 BARRIO LA BODEGA
Centro Zonal: CZ 10-70 EL CARMEN DE BOLÍVAR
CC: 33341650
Municipio: SAN JUAN NEPOMUCENO
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: SAN JUAN DE MIS AMORES 40
Teléfono UDS: 3135899362

Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS																			TOTAL MENSUAL		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	C.C	1051831295	MARIA	JOSE	ACOSTA	MADRID	27	8		A										A												2		
02	C.C	1051820953	LAURA	STEFANNY	BUSTILLO	VELEZ	34	2		A										A												2		
03	C.C	1051825380	DANIELA	ALEJANDRA	JIMENEZ	PIEDRAHITA	31	3		A										A												2		
04	C.C	1051824730	LAURA	MARCELA	SIERRA	TORRES	31	7		A										A												2		
05	R.C	1051835792	EMMANUEL	JOSE	SOLAR	HERNANDEZ	0	3		A										A												2		
06	C.C	1256019010	MAXIMILIANO		YEPES	CASTIBLANCO	0	4		A										A												2		
07	R.C	1051835736	ALANNA	SOFIA	CASTRO	CARABALLO	0	6		A										A												2		
08	R.C	1051835673	MARISOL	SOFIA	YEPES	BERMEJO	0	9		A										A												2		
09	R.C	1051835597	NOHEMI		BUELVAS	ROJANO	0	11		A										A												2		
10	R.C	1051835487	CELESTE	SOFIA	GAZABON	DE LA ROSA	1	4		A										A												2		
11	R.C	1051835427	SARA	SOFIA	BARRIOS	RODELO	1	7		A										A												2		
12	R.C	1051835267	VIOLETA	JUDITH	VERGARA	MONTERROSA	2	0		A										A												2		
13	R.C	1051835225	ASHLEY	CAROLINA	LARA	FERNANDEZ	2	2		A										A												2		
14	R.C	1051835137	ENYERLIS	SOFIA	LEIVA	GONZALEZ	2	4		A										A												2		
15	R.C	1051365083	YEIKER	ELIAS	OROZCO	PALLARES	2	6		A										A												2		
16	R.C	1222255270	ISAAC		BARRIOS	OLIVERA	2	10		A										A												2		
17	R.C	1050485594	GABRIELA	SOFÍA	BARRIOS	ARIAS	3	0		A										A												2		
18	R.C	1050485578	ADHARA	LUCIA	VASQUEZ	GARIZHAO	3	2		I										I												0	2	
19	R.C	1051834815	DANIEL	DAVID	LEONES	PATERNINA	3	4		A										A												2		
20	R.C	1051834714	HANNAH	ISABEL	TORRES	CARMONA	3	8		A										A												2		
21	R.C	1051834559	GABRIELA	JUDITH	PERCIA	LEONES	4	0		A										A												2		
																															TOTAL	40		

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	2
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	15
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	4

Angelica Balanta T
COORDINADOR(A) EA

Janet Posso
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION RAIZ SOCIAL F. R. S
NIT: 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO: 13003802025
MES: AGOSTO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA
SERVICIO DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLÍVAR
Nombre Agente Educativo (a): INES LARA YEPES
Código CUENTAME UDS: 136571160373
Dirección UDS: CLL 7 No 9-100 BARRIO LA BODEGA
Centro Zonal: CZ 10-70 EL CARMEN DE BOLÍVAR
CC: 1051826291
Municipio: SAN JUAN NEPOMUCENO
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: SAN JUAN DE MIS AMORES 43
Teléfono UDS: 3122178314

Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS																						TOTAL MENSUAL		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	C.C	1002429941	JULIA	ROSA	BERMEJO	YEPES	25	1		A										A											2	0	
02	R.C	1002429923	CAMILA	DEL CARMEN	BARRERA	DE LA ROSA	22	0		A										A											2	0	
03	R.C	1050485810	SEBASTIAN		MUÑOZ	TORRES	0	0		I										I											0	2	
04	R.C	1082068926	DALLIANYS	MICHELLE	REYES	GARCIA	0	1		I										I											0	2	
05	C.C	1051835841	MATHIAS	ANDRES	MACEA	DE LA ROSA	0	1		I										I											0	2	
06	R.C	1050485771	ANTHONY		MARTINEZ	MEZA	0	8		A										A											2	0	
07	R.C	1051835651	YEILOR		ROMERO	VASQUEZ	0	10		A										A											2	0	
08	R.C	1137544473	AYSHA		BARRERA	HERRERA	0	10		A										A											2	0	
09	R.C	1050485751	EMMA	SOFIA	ROMERO	MUÑOZ	0	11		A										A											2	0	
10	R.C	1235053735	LIAM	DAVID	PATERNINA	BARRIOS	1	2		A										A											2	0	
11	R.C	1051835460	ANDRES	DAVID	DE LA ROSA	BELTRAN	1	5		A										A											2	0	
12	R.C	1051835461	JORDIN	DAVID	DE LA CRUZ	VASQUEZ	1	6		A										A											2	0	
13	R.C	1050485732	MARIANGEL		VASQUEZ	MARTINEZ	1	7		A										A											2	0	
14	R.C	1048098075	ROSA	ISABEL	CASTILLO	YEPES	1	10		A										A											2	0	
15	R.C	1140716074	JULIANA	ISABEL	RIVERA	MERCADO	2	0		A										A											2	0	
16	R.C	1051835266	JAIDER	DE JESUS	CABALLERO	PADILLA	2	0		A										A											2	0	
17	R.C	1051835246	JOSE	DAVID	DE LA ROSA	GARCIA	2	1		A										A											2	0	
18	R.C	1051835212	IAN	DARIO	BUELVAS	MACHAO	2	2		A										A											2	0	
19	R.C	1050485660	JONNAS		MENDOZA	PIEDRAITA	2	2		A										A											2	0	
20	R.C	1050485654	MATHIAS		YEPES	PEREZ	2	9		A										A											2	0	
21	R.C	1077118584	SALOME		SALINAS	HERRERA	2	10		A										A											2	0	
																															TOTAL	30	6	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	3
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	16
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	2

Angelica Bolanta T.
COORDINADOR(A) EA

Ines Maria Lara Yepes
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP Versión 5	29/05/2018 Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION RAIZ SOCIAL F. R. S

NIT: 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO: 13003802025

MES: AGOSTO AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA

SERVICIO DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL

IDENTIFICACIÓN

Regional: BOLÍVAR Centro Zonal: CZ 10-70 EL CARMEN DE BOLÍVAR Municipio: SAN JUAN NEPOMUCENO

Nombre Agente Educativo (a): ALBA LLAMAS TRUJILLO CC: 1052086252

Código CUENTAME UDS: 136571160359 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: SAN JUAN DE MIS AMORES 31

Dirección UDS: CLL 7 No 9-100 BARRIO LA BODEGA Teléfono UDS: 3150457930

Hoja ___ de ___

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
			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	PPT	3110645	YULIETH	CAROLINA	MEZA	MONTES	20	7			A									A													2	0	
02	C.C	1051818430	MAGALYS	ROCIO	YEPES	CARMONA	43	11			A									A													2	0	
03	C.C	1051830215	DERLY	DEL CARMEN	MON	CARMONA	28	11			A									A													2	0	
04	R.C	1051826012	BLEIDYS	ELENA	RICARDO	CARMONA	31	6			A									A													2	0	
05	PPT	6255639	EIGLYS	CAROLINA	HERRERA	ROMERO	22	1			A									A													2	0	
06	C.C	1043967083	YOLIMAR	DEL CARMEN	CERDA	ESCORCIA	20	0			A									A													2	0	
07	C.C	1050485809	MAXIMILIANO		PACHECO	MARTINEZ	0	0			A									A													2	0	
08	C.C	1051835801	LUIS	FELIPE	BARRIOS	MEZA	0	2			A									A													2	0	
09	R.C	1050287230	DERECK		GAMARRA	ACOSTA	0	3			A									A													2	0	
10	R.C	1052101916	CAMILO		ARISTIZABAL	BELTRAN	0	3			A									A													2	0	
11	R.C	1051835777	ANTONY	JAVIER	HERRERA	BUSTILLO	0	4			A									A													2	0	
12	R.C	1249070850	CHLOE	SOFIA	CARO	COA	1	0			A									A													2	0	
13	R.C	1051835340	EDUARDO	DE JESUS	LUNA	CARMONA	1	10			A									A													2	0	
14	R.C	1051835173	ALFREDO	DE JESUS	ROSAS	SALTARIN	2	3			A									A													2	0	
15	R.C	1138685210	ANA	VICTORIA	VITAL	DIAZ	2	7			A									A													2	0	
16	R.C	1201290323	HILLARD	JOSE	ATENCIO	TAPIA	2	10			A									A													2	0	
17	R.C	1051834857	EMMA	CELESTE	BALLESTEROS	ARANDA	3	2			A									A													2	0	
18	R.C	1051834473	SHAYRA	SOFIA	VERGARA	MEDINA	4	3			A									A													2	0	
19	R.C	1050485371	MAILEN	JOHANA	CARMONA	BELTRAN	4	3			A									A													2	0	
20	R.C	1051834414	JULIETA	CAROLINA	TAPIA	FLOREZ	4	5			A									A													2	0	
																																TOTAL	40		

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

Angelica Balanta T
COORDINADOR(A) EA

Alba llamas trujillo
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION RAIZ SOCIAL F. R. S
NIT: 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO: 13003802025
MES: AGOSTO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA
SERVICIO DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLÍVAR
Centro Zonal: CZ 10-70 EL CARMEN DE BOLÍVAR
Municipio: SAN JUAN NEPOMUCENO
Nombre Agente Educativo (a): DUFAY DEULUFEUTH
CC: 33273524
Código CUENTAME UDS: 136571160356
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: SAN JUAN DE MIS AMORES 28
Dirección UDS: CLL 7 No 9-100 BARRIO LA BODEGA
Teléfono UDS: 3177086500

Hoja ___ de ___

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA; LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)																					TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: 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	C.C	1051831070	KELLY	JOANA	BUELVAS	ARIZA	27	9			A										A											2	0	
02	C.C	1051827604	MABEL	CRISTINA	OROZCO	CASTRO	30	6			A										A											2	0	
03	C.C	1051816438	ANDREA	MARCELA	SALCEDO	GOMEZ	33	10			A										A											2	0	
04	C.C	1051829091	MARIA	DEL AMPARO	SALCEDO	ACOSTA	29	5			A										A											2	0	
05	C.C	1143388240	MARIA	JOSE	QUIMBAYO	HERNANDEZ	29	7			A										A											2	0	
06	C.C	1051818045	VALENTINA		BUELVAS	ARIAS	19	0			A										A											2	0	
07	R.C	1051835815	CARLOS	ANTONIO	SIERRA	CARMONA	0	2			A										A											2	0	
08	R.C	1051835809	ESTER	MILENA	ARROYO	HERRERA	0	2			A										A											2	0	
09	R.C	1137544656	NOAH	DE JESUS	VAUDO	ROMERO	0	7			A										A											2	0	
10	R.C	1238350446	ELIAS	DAVID	BUSTAMANTE	CASTELLAR	1	10			A										A											2	0	
11	R.C	1143422992	ANA	ISABEL	SANCHEZ	BALLESTEROS	2	0			A										A											2	0	
12	R.C	1051835045	HELENA	SOPHIA	DE ORO	ACOSTA	2	7			A										A											2	0	
13	R.C	1050485605	JOSE	ALEJANDRO	GUARDELA	RODRIGUEZ	2	11			A										A											2	0	
14	R.C	1050485513	LEONARDO	ANDRES	CASTELLAR	ARIAS	3	7			A										A											2	0	
15	R.C	1051834577	KEISMY		MARTINEZ	BERTEL	3	11			A										A											2	0	
16	R.C	1050485420	EVELYN	SOPHIA	HERAZO	BALLESTERO	4	1			A										A											2	0	
17	R.C	1050485387	JAVIER	DAVID	MONTES	LORA	4	2			A										A											2	0	
18	R.C	1051834472	LUISA	FERNANDA	VELASQUEZ	NARANJO	4	3			A										A											2	0	
19	R.C	1051485383	JORDAN		CASTILLA	MEJIA	4	4			A										A											2	0	
20	R.C	1050485256	ANDRES	CAMILO	HERNANDEZ	MORENO	4	11			A										A											2	0	
																																TOTAL 40	0	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	2
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	12
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	6

Angelica Bolanta T
COORDINADOR(A) EA

Dufay Deulufeuth
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION RAIZ SOCIAL F. R. S
NIT: 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO: 13003802025
MES: AGOSTO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA
SERVICIO DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLÍVAR
Nombre Agente Educativo (a): DANDRIS DE ORO
Código CUENTAME UDS: 136571160380
Dirección UDS: CLL 7 No 9-100 BARRIO LA BODEGA
Centro Zonal: CZ 10-70 EL CARMEN DE BOLÍVAR
CC: 1051818089
Municipio: SAN JUAN NEPOMUCENO
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: SAN JUAN DE MIS AMORES 32
Teléfono UDS: 3107131058

Hoja ___ de ___

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	C.C	1051447049	GLEYDE	ESTELA	OSPINO	VELENZUELA	33	7			A					A					A					A							20		
02	C.C	1051832154	SILVIA	YULIANA	PUERTAS	MENDOZA	26	11			A					A					A					A							20		
03	C.C	1051817954	MARIA	JOSE	YEPES	BUELVAS	27	10			A					A					A					A							20		
04	R.C	1051835813	ANA	ISABELLA	HERRERA	SERRANO	0	2			A					A					A					A							20		
05	R.C	1050485798	EITHAN	JOSEPH	MUÑOZ	LOBELO	0	3			A					A					A					A							20		
06	R.C	1050485779	AILEEN	DANIELA	SERRANO	ORTEGA	0	6			A					A					A					A							20		
07	R.C	1104019915	AILANY	VERUZCA	CUADRO	BROWN	0	7			I					A					A					A							19	1	
08	R.C	1050485768	DOMINIC		MERCADO	GONZALEZ	0	8			A					A					A					A							20		
09	R.C	1043346385	AARÓN	DAVID	ESCOBAR	GONZÁLEZ	1	0			A					A					A					A							20		
10	R.C	1043346042	SAULO	JOSE	CARMONA	MARTINEZ	1	2			A					A					A					A							20		
11	R.C	1196975895	MAUREN	SOFIA	RAMOS	ORTIZ	2	0			A					A					A					A							20		
12	R.C	1050485584	JUAN	JOSE	RODRIGUEZ	SERRANO	3	1			A					A					A					A							20		
13	R.C	1140714974	MARIA	CELESTE DE DIOS	ORTEGA	VELASQUEZ	4	1			A					A					A					A							20		
14	R.C	1050485432	HECTOR	JULIO	GAZABON	PEREZ	4	3			A					A					A					A							20		
15	R.C	1051834492	INNARA	ISABELL	RODRIGUEZ	BUELVAS	4	3			A					A					A					A							20		
16	R.C	1051834386	ANA	LUCIA	CASTELLAR	PIÑEREZ	4	6			A					A					A					A							20		
17	R.C	1050485337	JULIA	CAROLINA	PEREZ	PUA	4	6			A					A					A					A							20		
18	R.C	1051834370	CAMILO	ANDRES	CASTELLAR	DIAZ	4	6			A					A					A					A							20		
19	R.C	1051834337	GENEXIS	SOFIA	SANCHEZ	GALLARDO	4	8			A					A					A					A							20		
20	R.C	1050485244	MATHIAS	DE JESUS	BARRETO	PUA	4	11			A					A					A					A							20		
																																TOTAL	399	1	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	2
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	15
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	3

Angelica Balanta T
COORDINADOR(A) EA

Dandris De Oro O.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION RAIZ SOCIAL F. R. S
NIT: 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO: 13003802025
MES: AGOSTO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA
SERVICIO DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLÍVAR
Nombre Agente Educativo (a): MIRLEY NEIRA
Código CUENTAME UDS: 136571160362
Dirección UDS: CLL 7 No 9-100 BARRIO LA BODEGA
Centro Zonal: CZ 10-70 EL CARMEN DE BOLÍVAR
CC: 1091666428
Municipio: SAN JUAN NEPOMUCENO
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: SAN JUAN DE MIS AMORES 33
Teléfono UDS: 3132015142

Hoja ___ de ___

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																								
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	C.C	1051814536	ARID	DAYANA	NAVARRO	MUÑOZ	21	3			A										A											2	0	
02	C.C	1051819441	NICOL		MERCADO	CUETO	19	6			A										A											2	0	
03	T.I	1050482526	LINETH	PAOLA	VILORIA	YEPES	18	3			A										A											2	0	
04	T.I	1050484728	ESTEFANY	JUDITH	BARRIOS	ARIAS	17	7			A										A											2	0	
05	C.C	1143412901	KENYA	CAROLINA	TERAN	MONTES	26	2			A										A											2	0	
06	R.C	1051835798	CATALEYA		RIVERA	DURAN	0	3			A										A											2	0	
07	R.C	1051835679	OSTIN	DAVID	CASTELLAR	CARO	0	8			A										A											2	0	
08	R.C	1070997202	ETHAN	DE JESUS	OROZCO	CARRASQUILLA	0	11			A										A											2	0	
09	R.C	1140716346	ISAIAS		HERNANDEZ	ORTEGA	1	3			A										A											2	0	
10	R.C	1050287020	JONAS	DAVID	NARVAEZ	ESTRADA	1	4			A										A											2	0	
11	R.C	1051835502	ELIEL	JAEL	MERCADO	PEREZ	1	5			A										A											2	0	
12	R.C	1050485735	LUIS	ALFREDO	DE AGUSTIN	CARMONA	1	6			A										A											2	0	
13	R.C	1249069681	JULIETHA	NICOL	OSORIO	NOVOA	1	8			A										A											2	0	
14	R.C	1051835386	BRIANA	LUCIA	MONTES	LAMBRAÑO	1	8			A										A											2	0	
15	R.C	1050485714	LIAM	DAVID	CORREA	BALLESTERO	1	8			A										A											2	0	
16	R.C	1051835359	NAYLIN	MARGARITA	GARRIDO	MERCADO	1	10			A										A											2	0	
17	R.C	1194986633	THIAGO	DAVID	SERRANO	CAMPO	2	2			A										A											2	0	
18	R.C	1051834951	LUIS	DAVID	RODRIGUEZ	TOVAR	2	10			A										A											2	0	
19	R.C	1051834585	MEISY	LIZ	ESPRIELLA	ROMERO	3	11			A										A											2	0	
20	R.C	1051834558	SAMARA	SOFIA	ARENAS	LAMBRAÑO	4	0			A										A											2	0	
																															TOTAL	4	0	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	1
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	14
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	5

Angelica Balanta D
COORDINADOR(A) EA

Mirley Neira C.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP Versión 5	29/05/2018 Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION RAIZ SOCIAL F. R. S
NIT: 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO: 13003802025
MES: AGOSTO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA
SERVICIO DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLÍVAR
Nombre Agente Educativo (a): YOLEIDA REALES
Código CUENTAME UDS: 136571160357
Dirección UDS: CLL 7 No 9-100 BARRIO LA BODEGA
Centro Zonal: CZ 10-70 EL CARMEN DE BOLÍVAR
CC: 22474115
Municipio: SAN JUAN NEPOMUCENO
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: SAN JUAN DE MIS AMORES 29
Teléfono UDS: 3003307009

Hoja ___ de ___

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
									SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		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			
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES																							ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	C.C	1051827252	AMALFI	ESTHER	CASTILLO	SALCEDO	29	3			A								A											20	0	
02	C.C	1050973780	HILDA	CECILIA	ORTIZ	ESPINOSA	27	4			A								I											19	1	
03	C.C	1051820970	CARMEN	JULIA	ROMERO	BERMEJO	35	2			A								A											20	0	
04	C.C	1050483954	FANNY	ESTHER	MARTINEZ	HERRERA	24	3			A								A											20	0	
05	C.C	114338109	LINA	MARCELA	TAPIA	MAX	30	5			A								A											20	0	
06	R.C	1050485805	MATHIAS		VILLALBA	PAJARO	0	2			A								A											20	0	
07	R.C	1051835741	SARA	LUZ	MARRIAGA	ROMERO	0	6			A								A											20	0	
08	R.C	1051835742	ESTER	LUZ	MARRIAGA	ROMERO	0	6			A								A											20	0	
09	R.C	1051835738	GAEL		PEREIRA	CAICEDO	0	6			A								A											20	0	
10	R.C	1051835647	NILSON	ENRIQUE	RODELO	TORRES	0	10			A								A											20	0	
11	R.C	1201293811	CHRISTOPHER	ANDRES	RIOS	SERRANO	0	11			A								A											20	0	
12	R.C	1050485749	ISAIAS	JOSE	RIVERA	CARO	0	11			A								A											20	0	
13	R.C	1072267837	THIAGO	JOSE	ROQUEME	FLOREZ	1	2			A								A											20	0	
14	R.C	1051835581	LIA	CAROLINA	ORTEGA	ARRIETA	1	3			A								A											20	0	
15	R.C	1051835486	OMAIRA		LARA	GARCIA	1	4			A								A											20	0	
16	R.C	1051835361	KIARA	SOFIA	CARO	ROCHA	1	9			A								A											20	0	
17	R.C	1051835332	KAIL		RODRIGUEZ	TORRES	1	10			A								A											20	0	
18	R.C	1051835281	MARIANA		LARA	PEREIRA	2	0			A								A											20	0	
19	R.C	1050485635	MATHIAS	DE JESUS	DEAVILA	ARIAS	2	8			A								A											20	0	
20	R.C	1051834823	ALI	DAVID	TORRES	PEREZ	3	4			A								A											20	0	
																														TOTAL	399	0	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	1
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	14
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	5

Angelica Bolanta T
COORDINADOR(A) EA

Yoleida Reales P.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION RAIZ SOCIAL F. R. S
NIT: 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO: 13003802025
MES: AGOSTO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA
SERVICIO DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLÍVAR
Nombre Agente Educativo (a): GLENIA PEREZ MARQUEZ
Código CUENTAME UDS: 136571160355
Dirección UDS: CLL 7 No 9-100 BARRIO LA BODEGA
Centro Zonal: CZ 10-70 EL CARMEN DE BOLÍVAR
CC: 1051359432
Municipio: SAN JUAN NEPOMUCENO
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: SAN JUAN DE MIS AMORES 27
Teléfono UDS: 3045436536

Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	C.C	1049265247	ELENA	MARGARITA	ESCORCIA	PEREZ	17	3					A																			A		2	6	
02	C.C	1051359699	MAYERLIS		PIÑA	DE LEON	33	0					A																			A		2	0	
03	R.C	1049264617	MARIA	DEL CARMEN	REALES	ESCORCIA	20	1					A																			A		2	0	
04	R.C	1051365637	ISABELA	SOFIA	CANTILLO	SAGBINI	0	6					A																			A		2	0	
05	R.C	1240502347	CRISTAL	JOAHANA	CARRASQUILLA	JIMENEZ	0	6					A																			A		2	0	
06	R.C	1051365582	GREIMER	DANIEL	REALES	ESCORCIA	0	8					A																			A		2	0	
07	R.C	1051365578	MAILYN	SOFIA	GUTIERREZ	GARCIA	0	9					A																			A		2	0	
08	R.C	1051365438	ALAYNNA		HERRERA	REALES	1	2					A																			A		2	0	
09	R.C	1051365440	YELIANI	ANDREA	PEREZ	CABALLERO	1	2					A																			A		2	6	
10	R.C	1050008889	LIZ	PAOLA	JULIO	ORTEGA	1	3					A																			A		2	6	
11	R.C	1051365349	SAMUEL	DAVID	CASTILLA	SEQUEA	1	6					A																			A		2	6	
12	R.C	1049267708	GUELMI	JOSE	MARTINEZ	GARCIA	1	10					A																			A		2	6	
13	R.C	1049267647	LUISA	FERNANDA	ARRIETA	MORENO	2	7					A																			A		2	0	
14	R.C	1249068053	IBRIANY	ANDREA	AMOR	PADILLA	2	9					A																			A		2	6	
15	R.C	1050008881	CESAR	ANDRES	REALES	CASTILLO	2	10					A																			A		2	0	
16	R.C	1051364728	ANAID	MARIA	MARTINEZ	JIMENEZ	3	11					A																			A		2	0	
17	R.C	1049267582	LUNA	SOFIA	SANSO	CASTELLAR	3	3					A																			A		2	0	
18	R.C	1240698221	LUCIANA		CASTILLO	PALMERA	3	3					A																			A		2	0	
19	R.C	1045311211	YEILIANA	YULIETH	RAMOS	RODELO	4	10					A																			A		2	0	
20	R.C	1049267386	KEYLIN	SOFIA	LLERENA	PIÑA	5	3					A																			A		2	0	
																																TOTAL	40		

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	4
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	13
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	3

Angelica Balanta T
COORDINADOR(A) EA

Glenis Perez Marquez
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION RAIZ SOCIAL F. R. S
NIT: 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO: 13003802025
MES: AGOSTO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA
SERVICIO DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLÍVAR
Centro Zonal: CZ 10-70 EL CARMEN DE BOLÍVAR
Municipio: SAN JUAN NEPOMUCENO
Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): RITA TORRES
CC: 30844330
Código CUENTAME UDS: 136571160374
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: SAN JUAN DE MIS AMORES 44
Dirección UDS: CLL 7 No 9-100 BARRIO LA BODEGA
Teléfono UDS: 3117221314

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS																						TOTAL MES/UAL		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	R.C	1002294033	LUISA	MASIELI	CONTRERAS	FONSECA	27	3			A										A											20		
02	R.C	1050008981	ELIAN	ANDRES	MENDOZA	REALES	0	6			A										A											20		
03	R.C	1051365493	AARON	ANDRES	PEREZ	CERDA	1	0			A										A											20		
04	R.C	1051365468	BREYMARIS	DANIELA	CARRASQUILLA	PEREZ	1	0			A										A											20		
05	R.C	1240501511	SHADDAY	SOFIA	CERDA	MEZA	1	1			A										A											20		
06	R.C	1050008900	EMMA	SOFIA	JULIO	CASSIANI	1	1			A										A											20		
07	R.C	1051365370	ZOE	SHARITH	MARTINEZ	ALTAHONA	1	5			A										A											20		
08	R.C	1252958105	GREILYS	ISABEL	OROZCO	IRIARTE	1	5			A										A											20		
09	R.C	1051365339	SANTIAGO	ANDRES	PACHECO	CORTES	1	7			A										A											20		
10	R.C	1051365264	DUVIEILIS	CAROLINA	CASSIANI	ROMERO	1	7			A										A											20		
11	R.C	1051365210	ADEILIS	ELENA	PEREZ	PEREZ	2	0			A										A											20		
12	R.C	1240700928	ASLAN	DAVID	ORTIZ	SALAS	2	2			A										A											20		
13	R.C	1051365146	IZAEL	JAVIER	OSPINO	OSPINO	2	3			A										A											20		
14	R.C	1051365086	EMMANUEL	ANDRES	GOMEZ	TORRES	2	6			A										A											20		
15	R.C	1051364994	DAINER	JOSUE	JIMENEZ	PARRA	3	0			A										A											20		
16	R.C	1051364906	JAFET	DE JESUS	TINOCO	TORRES	3	3			A										A											20		
17	R.C	1048945680	THIAGO	ANDRES	TORRES	TORRES	3	5			A										A											20		
18	R.C	1076255077	JESEYLIS		CAÑATE	CASSIANI	3	5			A										A											20		
19	R.C	1051364804	KELAYNIS		SARA	CAÑATE	3	9			A										A											20		
20	R.C	1051364851	FRANYELIS		PAEZ	ROMERO	3	9			A										A											20		
21	R.C	1047243246	JHON	ANGEL	MEJIA	ACOSTA	4	1			A										A											26		
																																TOTAL	412		

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	2
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	19
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	21

Angelica Balanta T
COORDINADOR(A) EA

RITA TORRES ARTETA
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP	29/05/2018
		Versión 5	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION RAIZ SOCIAL F. R. S
NIT: 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO: 13003802025
MES: AGOSTO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA
SERVICIO DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLÍVAR
Nombre Agente Educativo (a): WENDY MARTINEZ
Código CUENTAME UDS: 136571160354
Dirección UDS: CLL 7 No 9-100 BARRIO LA BODEGA
Centro Zonal: CZ 10-70 EL CARMEN DE BOLÍVAR
CC: 10024100671
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: SAN JUAN DE MIS AMORES 26
Municipio: SAN JUAN NEPOMUCENO
Teléfono UDS: 3001419785
Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA									CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
							EDAD		SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA							
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	C.C	1049264048	GAILA	GABRIELA	GARCIA	GARCIA	21	9									A								A							2	0	
02	C.C	1002409268	KAROLAY	MARCELA	MARTINEZ	JIMENEZ	24	11									A								A							2	0	
03	C.C	1045309368	REBECA	ESTER	CARRILLO	ESCORCIA	29	8									A								A							2	0	
04	R.C	1002409996	VIVIANA		MORALES	GUERRERO	25	9									A								A							2	0	
05	R.C	1051365681	AILANYS	CHARLOTTE	HERNANDEZ	ZAMORA	0	3									A								A							2	0	
06	R.C	1051365645	MANUEL	DAVID	VALDEZ	MARTINEZ	0	5									A								A							2	0	
07	R.C	1051365642	SALOME	DE DIOS	MATUTE	ALVAREZ	0	6									A								A							2	0	
08	R.C	1051365529	ANTONELLA		PAEZ	RODRIGUEZ	0	10									A								A							2	0	
09	R.C	1045311554	LUZ	ADRIHAINYS	CASSIANI	AGUILAR	0	11									A								A							2	0	
10	R.C	1051365476	SHADIA	NICOLLE	CASSIANI	ESCORCIA	1	0									A								A							2	0	
11	R.C	1045311539	LEAN	DAVID	CASSIANI	CASSIANI	1	0									A								A							2	0	
12	R.C	1051365449	ANA	PAOLA	MUNIVE	DE LA HOZ	1	2									A								A							2	0	
13	R.C	1051835370	JAZIEL		ARIAS	CASTELLAR	1	9									A								A							2	0	
14	R.C	1049267719	JOANYELIS	MICHELL	CONTRERAS	LEON	1	9									A								A							2	0	
15	R.C	1240299992	GREYSHA	VALERIM	ESCORCIA	UTRIA	2	0									A								A							2	0	
16	R.C	1051365201	ELIAM	DAVID	BROCHERO	CASSIANI	2	1									A								A							2	0	
17	R.C	1051365088	YORLENA		CASSIANI	GUERRERO	2	7									A								A							2	0	
18	R.C	1016122467	AYLLEN		OROZCO	CASSIANI	2	8									A								A							2	0	
19	R.C	1240699707	KIARA	CLAUDET	CERDA	ALMANZA	2	9									A								A							2	0	
20	R.C	1051364846	MIA	ISABEL	IRIARTE	MEDRANO	3	7									A								A							2	0	
																																TOTAL	4	0	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	2
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	14
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	4

Angelica Babonta T
COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION RAIZ SOCIAL F. R. S
NIT: 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO: 13003802025
MES: AGOSTO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA
SERVICIO DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLÍVAR
Nombre Agente Educativo (a): INGRIS NARVAEZ ALVIS
Código CUENTAME UDS: 136571160367
Dirección UDS: CLL 7 No 9-100 BARRIO LA BODEGA
Centro Zonal: CZ 10-70 EL CARMEN DE BOLÍVAR
CC: 1002306463
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: SAN JUAN DE MIS AMORES 37
Municipio: SAN JUAN NEPOMUCENO
Teléfono UDS: 3148701141
Hoja ___ de ___

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																			TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA: LUNES	PRIMERA: MARTES	PRIMERA: MIÉRCOLES	PRIMERA: JUEVES	PRIMERA: VIERNES	SEGUNDA: LUNES	SEGUNDA: MARTES	SEGUNDA: MIÉRCOLES	SEGUNDA: JUEVES	SEGUNDA: VIERNES	TERCERA: LUNES	TERCERA: MARTES	TERCERA: MIÉRCOLES	TERCERA: JUEVES	TERCERA: VIERNES	CUARTA: LUNES	CUARTA: MARTES	CUARTA: MIÉRCOLES	CUARTA: JUEVES	CUARTA: VIERNES	QUINTA: LUNES	QUINTA: MARTES	QUINTA: MIÉRCOLES	QUINTA: JUEVES	QUINTA: VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	T.I	1050484094	ROSA	ANGELICA	FERIA	MARTINEZ	14	10			A										A											2	0	
02	C.C	1002429495	KENDRYS	ISABEL	PADILLA	CASTELLAR	22	10			A										A											2	0	
03	R.C	1051835786	ELUNEY		DIAZ	SARABIA	0	3			A										A											2	0	
04	R.C	1051835729	XIOMARA		VILLAMIL	SALGADO	0	6			A										A											2	0	
05	R.C	1051835678	ISABELLA		SALGADO	YEPES	0	9			A										A											2	0	
06	R.C	1050287073	SARA		SIERRA	ARAGÓN	0	11			A										A											2	0	
07	R.C	1249070753	OSMEL	ALEJANDRO	SALLAS	MACHADO	1	0			A										A											2	0	
08	R.C	1051835584	DANIEL	YESITH	GUZMAN	MEJIA	1	0			A										A											2	0	
09	R.C	1051835578	BYRON	DAVID	BUELVAS	SERRANO	1	0			A										A											2	0	
10	R.C	1050485744	HECTOR	ALEJANDRO	MEDRANO	PAZ	1	3			A										A											2	0	
11	R.C	1051835422	AHINARA		CARO	DOMINGUEZ	1	7			A										A											2	0	
12	R.C	1051835406	JUAN	PABLO	VERGARA	MEDINA	1	8			A										A											2	0	
13	R.C	1050485688	MARTINA		LOZANO	ROMERO	1	10			A										A											2	0	
14	R.C	1050286843	JUAN	ELIAS	SIERRA	ARAGÓN	2	0			A										A											2	0	
15	R.C	1051835119	MONTSERRAT		GILL	CAMARGO	2	5			A										A											2	0	
16	R.C	1051835055	BRAYAN	DAVID	ARIAS	GOMEZ	2	7			A										A											2	0	
17	R.C	1052100762	ADHARA	LUCIA	DE LA CRUZ	CAUSADO	2	9			A										A											2	0	
18	R.C	1051834946	MARCELA	SOFIA	BELTRAN	BUELVAS	2	11			A										A											2	0	
19	R.C	1052545329	SANTIAGO	JOSE	CASTRO	YEPEZ	3	5			A										A											2	0	
20	R.C	1051834341	MATHIAS	DAVID	CALVO	CARO	4	7			A										A											2	0	
21	R.C	1051834407	MAILIN	SOFIA	RUIDIAZ	MARTINEZ	4	8			A										A											2	0	
																																TOTAL	42	0	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	4
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	15
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	2

Angelica Balanta T
COORDINADOR(A) EA

Ingris paola Narvaez Alvis
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION RAIZ SOCIAL F. R. S
NIT: 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO: 13003802025
MES: AGOSTO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA
SERVICIO DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLÍVAR
Nombre Agente Educativo (a): MADERLEIN TEHERAN
Código CUENTAME UDS: 136571160372
Dirección UDS: CLL 7 No 9-100 BARRIO LA BODEGA
Centro Zonal: CZ 10-70 EL CARMEN DE BOLÍVAR
CC: 1051821262
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: SAN JUAN DE MIS AMORES 42
Municipio: SAN JUAN NEPOMUCENO
Teléfono UDS: 3135010291
Hoja ____ de ____

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA									CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
							EDAD		SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
No. de Orden	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			
01	C.C	1050035407	KARINA	PATRICIA	NADER	MOVILLA	37	11			A											A										2	0	
02	C.C	1051816200	DANIELA	PATRICIA	CARVAL	RAMIREZ	20	4			A											A										2	0	
03	C.C	22705751	YOCELY		ROMERO	GERONIMO	39	7			A											A										2	0	
04	C.C	1051831455	ADRIANA	ALEXANDRA	ARIAS	ANDRADES	27	5			A											A										2	0	
05	R.C	1051835834	ALBEIRO	LUIS	DE LA ROSA	GONZALEZ	0	1			A											A										2	0	
06	R.C	1051835822	LUCAS	DAVID	RODELO	JARAMILLO	0	1			A											A										2	0	
07	R.C	1048613926	CATHALEYA		SERRANO	CHIQUILLO	0	5			A											A										2	0	
08	R.C	1242390614	ADELE	SOPHIA	MARTINEZ	ROMERO	0	8			A											A										2	0	
09	R.C	1051835594	LEIKER	DAVID	CORONEL	FERIA	0	11			A											A										2	0	
10	R.C	1051835590	ALAIA	CELESTE	URUETA	MOSQUERA	1	0			A											A										2	0	
11	R.C	1051835371	SHALEIMA	CECILIA	RODELO	RIVERO	1	9			A											A										2	0	
12	R.C	1051835349	SANTIAGO	JOSÉ	RIVERA	CARMONA	1	10			A											A										2	0	
13	R.C	1051835317	KENNER	NEOMAR	BARRIOS	VILLARROEL	1	10			A											A										2	0	
14	R.C	1051835305	MAITE	SOFIA	ARRIETA	DIAZ	1	11			A											A										2	0	
15	R.C	1051835313	THALIANA		YEPES	FERNANDEZ	1	11			A											A										2	0	
16	R.C	1051835264	IAN	DAVID	YEPEZ	CARMONA	2	0			A											A										2	0	
17	R.C	1231841340	EMMANUEL		DUQUE	MARTINEZ	2	3			A											A										2	0	
18	R.C	1050485653	RODRIGO		BERRIO	CONTRERAS	2	4			A											A										2	0	
19	R.C	1051834742	EVELYN		VASQUEZ	CARVAL	3	6			A											A										2	0	
20	R.C	1051834491	LUIS	FERNANDO	GOMEZ	RODRIGUEZ	4	2			A											A										2	0	
21	R.C	1081842034	ANDRÉS	FELIPE	ABELLO	PÉREZ	4	3			A											A										2	0	
																															TOTAL	42	0	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	3
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	14
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	4

Angelica Bolanta T
COORDINADOR(A) EA

Madelein Teheran Castro
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION RAIZ SOCIAL F. R. S
NIT: 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO: 13003802025
MES: AGOSTO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA
SERVICIO DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLÍVAR
Centro Zonal: CZ 10-70 EL CARMEN DE BOLÍVAR
Municipio: SAN JUAN NEPOMUCENO
Nombre Agente Educativo (a): HAYDETH BARRIOS
CC: 45544957
Código CUENTAME UDS: 136571160369
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: SAN JUAN DE MIS AMORES 39
Dirección UDS: CLL 7 No 9-100 BARRIO LA BODEGA
Teléfono UDS: 3106329353

Hoja ___ de ___

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																							
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	C.C	1051814432	ROSA	MARIA	MENDOZA	MEZA	25	2			A										A										2	0	
02	C.C	1143233681	SHARON	NICOLL	THORREN	MIER	18	4			A										A										2	0	
03	C.C	1051823623	GLISETH	PAOLA	BUELVAS	BUELVAS	32	11			A										A										2	0	
04	C.C	1051814195	MARY	NELLY	CASTRO	VASQUEZ	21	8			A										A										2	0	
05	C.C	1007263343	EVA	SANDRID	NAVARRO	DE ORO	24	11			A										A										2	0	
06	PPT	31267771	ALBELYN	JOSEFINA	AMAYA	RIVERO	24	1			A										A										2	0	
07	C.C	1051835806	MAITE	SOFIA	SILVIA	OROZCO	0	3			A										A										2	0	
08	R.C	1051835752	KILIAN	YESY	GUZMAN	CASTELLAR	0	6			A										A										2	0	
09	R.C	1051835660	JHOSELYN	SOFIA	MARTELO	GARCIA	0	11			A										A										2	0	
10	R.C	1256018074	CELESTE	IMITOLA	ESPINOZA	CELESTE	1	0			A										A										2	0	
11	R.C	1051835579	JUAN	DAVID	YEPES	LORA	1	0			A										A										2	0	
12	R.C	1051835559	KENDRY	SOFIA	CASTRO	ARIAS	1	1			A										A										2	0	
13	R.C	1051835478	MIA	KATTALEYA	YEPES	MOLINA	1	5			A										A										2	0	
14	R.C	1051835462	RANDY	JOSE	BARRIOS	MEZA	1	6			A										A										2	0	
15	R.C	1051835358	NATALIA	SOFIA	AVILEZ	SERRANO	1	9			A										A										2	0	
16	R.C	1051835354	MARIA	JOSE	SERRANO	PADILLA	1	10			A										A										2	0	
17	R.C	1050485687	NAYERLIS	SOFIA	CASTELLAR	RIVERO	1	11			A										A										2	0	
18	R.C	1050485669	SOPHIA	PAZ	CONTRERAS	MUÑOZ	2	1			A										A										2	0	
19	R.C	1043343898	MATEO		BARRIOS	ACOSTA	2	4			A										A										2	0	
20	R.C	1051835152	LUCIANA		NARVAEZ	SALCEDO	2	4			A										A										2	0	
21	R.C	1051834391	JUAN	JOSE	CASTILLO	PIEDRAHITA	4	5			A										A										2	6	
																														TOTAL	42	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	1
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	14
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	6

Angelica Balanta T
COORDINADOR(A) EA

Haideth Sovana Barrios 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 SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION RAIZ SOCIAL F. R. S
NIT: 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO: 13003802025
MES: AGOSTO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA
SERVICIO DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLÍVAR
Nombre Agente Educativo (a): KAREN TEHERAN
Código CUENTAME UDS: 136571160368
Dirección UDS: CLL 7 No 9-100 BARRIO LA BODEGA
Centro Zonal: CZ 10-70 EL CARMEN DE BOLÍVAR
CC: 1051819100
Municipio: SAN JUAN NEPOMUCENO
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: SAN JUAN DE MIS AMORES 38
Teléfono UDS: 3135903353

Hoja ____ de ____

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
			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	C.C	1081000002	YISETH	GABRIELA	ROMERO	CASTELLAR	21	8			A										A											2	0	
02	C.C	1051832703	KAREN	PATRICIA	CUETO	SARABIA	26	6			A										A											2	0	
03	R.C	1050485811	HEFZIBA	JAEL	GALVIS	SIBAJA	0	0			I										I											0	2	
04	R.C	1051835845	GAEL	DAVID	OCHOA	SUAREZ	0	0			I										I											0	2	
05	R.C	1051835823	LUCCA		POMBO	PIEDRAHITA	0	1			A										A											2	0	
06	R.C	1051835810	GAEL	DAVID	OSORIO	VILLALBA	0	2			A										A											2	0	
07	R.C	1051835803	KIARA	SOFIA	BUELVAS	MERCADO	0	3			A										A											2	0	
08	R.C	1051835662	DYLAN	ANDRES	LAMBRAÑO	FLOREZ	0	10			A										A											2	0	
09	R.C	1051835649	LIAM	DAVID	POSSO	ORTIZ	0	10			A										A											2	0	
10	R.C	1051835134	MURIEL	SOFIA	BUELVAS	URANGO	2	5			A										A											2	0	
11	R.C	1051854979	ISAAC	DAVID	GALVIS	SIBAJA	2	10			A										A											2	0	
12	R.C	1050485554	DAMIAN	RAFAEL	MARTINEZ	PERALTA	3	3			A										A											2	0	
13	R.C	1051834686	NICOL	SOFIA	ANAYA	VITAL	3	9			A										A											2	0	
14	R.C	1051834701	JUAN	JOSE	BARRIOS	BARRIOS	3	10			A										A											2	0	
15	R.C	1015001023	SAMUEL	DAVID	SIABATO	PEREZ	4	1			A										A											2	0	
16	R.C	1050485386	MARION	SOFIA	MANJARREZ	CASTRO	4	3			A										A											2	0	
17	R.C	1051834423	ANGEL	YESID	CASTRO	ROMERO	4	5			A										A											2	0	
18	R.C	1043339037	MATIAS	DAVID	ESPAÑA	RICARDO	4	8			A										A											2	0	
19	R.C	1050485264	SEBASTIAN	CAMILO	RODRIGUEZ	SUAREZ	4	10			A										A											2	0	
20	R.C	1050485284	LIZ	SAMANTHA	SALINA	ROMERO	4	10			A										A											2	0	
21	R.C	1050485294	MAIRA	ALEJANDRA	HERNANDEZ	OCHOA	4	10			A										A											2	0	
																															TOTAL	38	4	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	5
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	14
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	2

Angelica Balanta T
COORDINADOR(A) EA

Karen Teheran C
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

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

PLAN DE MANEJO

Nº de Ingreso: 1283257 **Fecha de Llegada:** 24/07/2025 07:32 a. m.

Folio Nº: 75 **Fecha de Atención Médica:** 26/07/2025 11:10 a. m.

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente:	SUAREZ PUELLO ANGIE PAOLA	**Identificación:**	1049828244
Fecha Nacimiento:	30/agosto/2002	**Edad Actual:**	22 Años / 10 Meses / 25 Días
Estado Civil:	Soltero	**Sexo:**	Femenino
Dirección:		**Teléfono:**	
Procedencia:	SAN JUAN NEPOMUCENO	**Entidad:**	MUTUAL SER EPSS

PLAN DE MANEJO - INDICACIONES A PACIENTE

Indicación:

ALTA MEDICA
-CEFALEXINA TABLETA 500MG #28
USO: TOMAR UNA TABLETA CADA 6 HORAS POR 7 DIAS
-ACETAMINOFEN TABLETA 500MG #40
USO:TOMAR UNA TABLETA CADA 6 HORAS POR 10 DIAS
-SULFATO FERROSO TABLETA 200MG #30
USO: TOMAR UNA TABLETA CADA 24 HORAS POR UN MES
-ACIDO FOLICO TAB 1 MG #90
USO TOMAR UNA TAB DIARIA POR 3 MESES
-VITAMINA A TAB 50.000 UND #4
USO: TOMAR 4 TAB (200.000 UND) DOSIS UNICA

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

RECOMENDACIONES:
-CITA CONTROL CON GINECOLOGIA
-CITA PRIORITARIA CON PLANIFICACION FAMILIAR
-RETIRO DE PUNTOS EN 8 DIAS
-LAVAR HERIDA QUIRURGICA CON ABUNDANTE AGUA Y JABON
-COMPLETAR ESQUEMA ANTIBIOTICO

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, SECRECIONES DE PUS O SANGRE POR HERIDA QUIRURGICA, DEHISCENCIA DE SUTURA.

ORDENES DEL RECIEN NACIDO
-CITA CON PEDIATRIA EN 3 DIAS (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
-CONTROL DE PRIMERA INFANCIA
-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.
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.
-NO OFRCER BIBERONES, CHUPOS, TETEROS
• EVITAR GUARDERÍA HASTA LOS 6 MESES DE EDAD.
PARA EVITAR ASFIXIA DEL NEONAO NO COLOCAR MEDIAS, MANOPLAS, Y GORRO.
-RECOMENDACIONES DE SUEÑO

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

EPICRISIS

N°88092 **Ingreso No: 1283257**

ALTA MEDICA
-CEFALEXINA TABLETA 500MG #28
USO: TOMAR UNA TABLETA CADA 6 HORAS POR 7 DIAS
-ACETAMINOFEN TABLETA 500MG #40
USO:TOMAR UNA TABLETA CADA 6 HORAS POR 10 DIAS
-SULFATO FERROSO TABLETA 200MG #30
USO: TOMAR UNA TABLETA CADA 24 HORAS POR UN MES
-ACIDO FOLICO TAB 1 MG #90
USO TOMAR UNA TAB DIARIA POR 3 MESES
-VITAMINA A TAB 50.000 UND #4
USO: TOMAR 4 TAB (200.000 UND) DOSIS UNICA

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

RECOMENDACIONES:
-CITA CONTROL CON GINECOLOGIA
-CITA PRIORITARIA CON PLANIFICACION FAMILIAR
-RETIRO DE PUNTOS EN 8 DIAS
-LAVAR HERIDA QUIRURGICA CON ABUNDANTE AGUA Y JABON
-COMPLETAR ESQUEMA ANTIBIOTICO

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, SECRECIONES DE PUS O SANGRE POR HERIDA QUIRURGICA, DEHISCENCIA DE SUTURA.

ORDENES DEL RECIEN NACIDO
-CITA CON PEDIATRIA EN 3 DIAS (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
-CONTROL DE PRIMERA INFANCIA
-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.
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 E LAVADO DE MANOS.
-NO OFRCER BIBERONES, CHUPOS, TETEROS
• 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 COLEC (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 DUERME MUCHO) O INCONSCIENTE. , REPIRE MAL, SE LE MARQUEN LAS COSTILLAS, MÚLTIPLES EPISODIOS DE VÓMITO Y DIARREA FIEBRE MAYOR A 38 GRA (DESCUBRIR Y RETIRAR LA ROPA Y TOMAR NUEVAMENTE PARA CONFIRMAR), SI LOS LABIOS PONEN AZULES O MORADOS Y PRESENTA HUNDIMIENTO DE 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 I TIEMPO ACUDIR POR URGENCIAS.

Estado Ingreso:

Antecedentes:
Tipo:Quirúrgicos Fecha: 29/01/2025 09:05 p. m.
Detalle: CESAREA ANTERIOR

Result. Procedimientos:

Condiciones Salida:

Indicación Paciente:

Examen Físico:

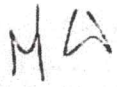
Justificación:

Resultado Examen:

Justificación Muerte:

CLINICA DE LA MUJER CARTAGENA S.A.S.
Código del Prestador: 130010314101 **Nit:** 901031682-4
Dirección: AV Pedro de heredia, calle 30 Barrio Alcibia N°35 - 119
Teléfono: 6945636
Web: www.clinicadelamujer.com
Email: clinicadelamujerctg@clinicadelamujerctg.com

Epicrisis

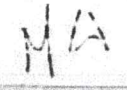
Paraclínicos:	08:28: Bilirrubina Total 11.83 mg/dl 0.2 1.2 Bilirrubina Directa 0.53 mg/dl 0 0.5 Bilirrubina Indirecta 11.30
Procedimientos:	08:28:
Tratamiento:	08:28: PESO 4000 GR CUIDADOS BASICOS LACTANCIA MATERNA / FORMULA TERMINO DAR A LIBRE DEMANDA POR TAZA Y SUCCION C/3 HR FOTOTERAPIA INTERMIENTE + PROTECCION OCULO GENITAL ***MODIFICADO*** S/S BILIRRUBINAS SERICAS CONTROL 31/7/2025 BALANCE HIDRICO POR TURNO MONITOREO DE SIGNOS VITALES CONTROL DE PESO DIARIO + TALLA Y PC SEMANAL RUTINA UCIN
Analisis:	08:28: NEONATO CON ICTERICIA 2RIA A INCOMPATIBILIDAD DE GRUPO REALIZAN BILIRRUBINAS CONTROL CON DESCENSO FUERA DE RANGO DE FOTOTERAPIA, SE SOLICITA CONTROL DE BIURRUBINAS MAÑANA. EN CASO DE DESCARTAR REBOTE PARA EGRESAR, SE MANTIENE PACIENTE ESTABLE HEMODINÁMICAMENTE, SIN REQUERIR SOPORTE INOTRÓPICO, SE ORDENA CONTINUAR APORTE ENTERAL, PACIENTE AFEBRIL, SIN DATOS DE SEPSIS, CON DIURESIS ADECUADAS, SE HOSPITALIZA EN CUIDADOS BÁSICOS, SE EXPLICA AL FAMILIAR, ESTADO ACTUAL, CONDUCTA A SEGUIR REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.
Firma:	
Datos del Medico:	MARYI LORENA GRACIA GIL Especialida: PEDIATRIA Registro Medico: 1128057078

Fecha evolucion: 2025-07-31

Paciente:	**CN - 25078210244666 SIBAJA MARTINEZ HIJA DE LEIDY MARCELA**
Diagnóstico.	08:47: **EVOLUCION MAÑANA*** DRS GRACIA - MUÑOZ NEONATO DE 5 DIAS CON IDX DE RNT GEG 37 SEM ICTERICIA NEONATAL. INCOMPATIBILIDAD DE GRUPO MAMA O+/RN A+
Subjetivos	08:47:
Descripción Física	08:47: FC: 135 X MIN TA 85/50 FR: 63 X MIN SO2: 99% T: 36.6ºC LA 480CC LE 390CC BH +90CC D 4 CC/KG/H EN 24 HRS PESA 4000 GRAMOS BUEN ASPECTO GENERAL, NORMOCÉFALO, FONTANELAS Y SUTURAS NORMALES, PALADAR INTEGRO, NO DISMORFISMOS APARENTES, MUCOSAS HUMEDAS, ESCLERAS ICTERICAS, NO ALETEO NASAL, CUELLO MÓVIL, NO MASAS, TORAX SIMETRICO, EXPANDIBLE, SIN TIRAJES INTERCOSTALES, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO SOPLOS EN EL MOMENTO, PULMONES MURMULLO VESICULAR EN AMBOS CAMPOS, NO AGREGADOS, ABDOMEN NO DISTENDIDO, BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS NI MEGALIAS, EXTREMIDADES SIMETRICAS, NO EDEMAS NI DEFORMIDADES, PULSOS SIMETRICOS, LLENADO CAPILAR DISTAL 2 SG
Paraclínicos	08:47: Bilirrubina Total 13.67 mg/dl 0.2 1.2 Bilirrubina Directa 0.76 mg/dl 0 0.5 Bilirrubina Indirecta 12.91
Procedimientos	08:47:
Tratamiento	08:47: PESO 4000 GR ALTA MEDICA CITA CONTROL CON PEDIATRIA EN 72 HRS AMBULATORIA S/S POTENCIALES EVOCADOS + OTOEMISIONES SE DAN RECOMENDACIONES Y SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA

CLINICA DE LA MUJER CARTAGENA S.A.S.
Código del Prestador: 130010314101 **Nit:** 901031682-4
Dirección: AV Pedro de heredia, calle 30 Barrio Alcibia N°35 - 119
Teléfono: 6945636
Web: www.clinicadelamujer.com
Email: clinicadelamujerctg@clinicadelamujerctg.com

Epicrisis

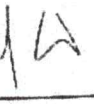
Analisis:	08:47: NEONATO CON ICTERICIA 2RIA A INCOMPATIBILIDAD DE GRUPO REALIZAN BILIRRUBINAS CONTROL AYER CON DESCENSO FUERA DE RANGO DE FOTOTERAPIA, SE REALIZA CONTROL DE BILIRRUBINAS HOY AUN SE MANTIENE FUERA DE RANGO DE FOTOTERAPIA, POR LO QUE SE DECIDE EGRESO MEDICO, CONTROL AMBULATORIO CON PEDIATRIA, SE MANTIENE PACIENTE ESTABLE HEMODINÁMICAMENTE, SIN REQUERIR SOPORTE INOTRÓPICO, SE ORDENA CONTINUAR APORTE ENTERAL, PACIENTE AFEBRIL, SIN DATOS DE SEPSIS, CON DIURESIS ADECUADAS, SE HOSPITALIZA EN CUIDADOS BÁSICOS, SE EXPLICA AL FAMILIAR, ESTADO ACTUAL, CONDUCTA A SEGUIR REALIZAR TAMIZAJE CARDIACO Y AUDITIVO
Firma:	
Datos del Medico:	MARYI LORENA GRACIA GIL Especialida: PEDIATRIA Registro Medico: 1128057078

DATOS HISTORIA CLINICA

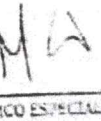
OBSERVACION

DATOS DE EGRESO

Diagnostico egreso:	Z370 - NACIDO VIVO UNICO
Fecha y hora de egreso:	2025/07/31 - 08:49
Fecha y hora de muerte:	
Estado egreso:	VIVO



MEDICO
MARYI LORENA GRACIA GIL
Esp: PEDIATRIA
CC: 1128057078
Reg: 19571



MEDICO ESPECIALISTA
MARYI LORENA GRACIA GIL
Esp: PEDIATRIA
CC: 1128057078
Reg: 19571

Copyright 2010-2011 Stama-Salud Todos los Derechos Reservados

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION RAIZ SOCIAL F. R. S
NIT: 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO: 13003802025
MES: AGOSTO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA
SERVICIO DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLÍVAR Centro Zonal: CZ 10-70 EL CARMEN DE BOLÍVAR Municipio: SAN JUAN NEPOMUCENO
Nombre Agente Educativo (a): YINA HUGUET CC: 1051815298
Código CUENTAME UDS: 136571160371 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: SAN JUAN DE MIS AMORES 41
Dirección UDS: CLL 7 No 9-100 BARRIO LA BODEGA Teléfono UDS: 3113305154

Hoja ____ de ____

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
	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	C.C	1051822216	DINA	LUZ	MARTINEZ	OLIVERO	33	6			I										I											0	2	
02	C.C	1004461977	ARLENIS	VANESA	ORTEGA	RIVERO	23	8			A										I											1	1	
03	R.C	1051835794	ALANNA	PAOLA	BUSTILLO	VASQUEZ	0	3			I										I											0	2	
04	R.C	1051835767	ALID	DAVID	BELTRAN	CALVO	0	4			A										A											2	0	
05	R.C	1051835699	ABIGAIL		BELTRAN	BERMEJO	0	7			A										A											2	0	
06	R.C	1050485773	AILANY	SOFIA	GARCIA	SIBIRA	0	8			A										A											2	0	
07	R.C	1051835664	MAIKEL	DAVID	BUELVAS	VERGARA	0	9			A										A											2	0	
08	R.C	1051835640	OLIVER	ANDRES	CASTELLAR	MERCADO	0	10			A										A											2	0	
09	R.C	1051835602	KARLA	SOFIA	TORRES	BLANCO	1	0			A										A											2	0	
10	R.C	1051835603	JUAN	JOSE	NUÑEZ	CALDERON	1	1			A										A											2	0	
11	R.C	1051835481	ISMAEL	JOSE	OLIVERA	CARO	1	5			A										A											2	0	
12	R.C	1051835447	JAROL	JUNIOR	TOVAR	GLORIA	1	6			A										A											2	0	
13	R.C	1051835442	EINER	DAVID	MEZA	FLOREZ	1	6			A										A											2	0	
14	R.C	1051835403	KIARA	JHOANA	PUA	PEREZ	1	9			A										A											2	0	
15	R.C	1050485709	ADDY	LUZ	MELENDEZ	BELTRAN	1	9			A										A											2	0	
16	R.C	1051835350	SALOME		MARTINEZ	TORRES	1	9			A										A											2	0	
17	R.C	1051835329	SANTIAGO		ARIAS	ORTEGA	1	10			A										A											2	0	
18	R.C	1051834978	VALERIA	SOPHIA	ANILLO	ARIAS	2	9			A										A											1	0	
19	R.C	1140715718	KEYLOR	MANUEL	PUA	PEREZ	2	10			A										A											2	0	
20	R.C	1049090230	LIZ	ADRIANA	MARTINEZ	CORTEZ	3	4			A										A											2	0	
21	R.C	1051834261	GABRIELA	SOFIA	DEULUFEUT	LOPEZ	4	11			A										A											2	0	
																															TOTAL	37	5	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	2
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	17
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	2

Angelica Balanta T
COORDINADOR(A) EA

Jena Hulett.
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

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°13899

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha Documento: 30/julio/2025 08:59 a. m.

Médico: 1118871014 LAURA VANESSA DE LOS REYES VILLALOBOS

Información Paciente: DINA LUZ MARTINEZ OLIVERA **Tipo Paciente:** Subsidiado **Sexo:** Femenino

Tipo Documento: Cédula_Ciudadanía **Número:** 1051822216 **Edad:** 33 Años / 5 Meses / 28 Días **F. Nacimiento:** 31/01/1992

Entidad: ESS207 MUTUAL SER EPSS

DETALLE DE LA INCAPACIDAD

Días de Incapacidad: 126 **Fecha Inicial:** 27/julio/2025 **Fecha Final:**29/noviembre/2025

-LICENCIA MATERNA SEGÚN LO ESTIPULADO POR LEY ACTUAL (18 SEMANAS A PARTIR DE LA FECHA 126 DIAS) DESDE EL 27/07/2025 HASTA EL 29/11/2025

Nombre del DX : O821 - PARTO POR CESAREA DE EMERGENCIA

DE LOS REYES VILLALOBOS LAURA VANESSA
C.C. 1118871014
MEDICO GENERAL
RM 1118871014

Salud

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO
ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

25072310246312

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

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DEL NACIMIENTO

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	BOLÍVAR	EL CARMEN DE BOLÍVAR

ÁREA DEL NACIMIENTO

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

FECHA DEL NACIMIENTO Año - Mes - Día	HORA DEL NACIMIENTO Hora - Minutos
2025-07-27	18:45:00

SEXO DEL NACIDO VIVO	HEMOCLASIFICACIÓN DEL NACIDO VIVO Grupo sanguíneo	Factor RH
Masculino	B	Positivo

IDENTIFICACIÓN DE LA MADRE

Tipo de documento	Número de documento
Cédula de ciudadanía	1051822216

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
MARTINEZ	OLIVERA	DINA	LUZ

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

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

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA EL NACIDO VIVO

IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR

Tipo de documento	Número de documento
Cédula de ciudadanía	9171908

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
FERNANDEZ	FERNANDEZ	HERMIDES	JOSE

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA EL NACIMIENTO	REGISTRO PROFESIONAL
Médico	7865

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO Departamento	Municipio
BOLÍVAR	EL CARMEN DE BOLÍVAR

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO Año - Mes - Día	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA EL NACIMIENTO
2025-07-27	Hermides Fernandez F

Código verificación: 26CE-6DFE-EB6F-5FDD

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2025-07-30 09:06

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

EPICRISIS

Nº88411 **Ingreso No: 1287644**

EXAMEN FISICO : : NORMOCEFALO, SIMETRIA FACIAL, PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, MUCOSA ORAL SEMIHUMEDA CUELLO MOVIL, SIN ADENOPATIAS PALPABLES. TORAX: SIMETRICO, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, SIN AGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO TAQUICARDICOS SIN SOPLOS. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE CON PRESENCIA DE HERIDA CUBIERTA CON APOSITOS LIMPIOS, BOLO DE SEGURIDAD DE PINARD NORMOTONICO INFRAUMBILICAL, NO DOLOR ABDOMINAL, NO IRRITACION PERITONEAL.EXTREMIDADES: SIMETRICAS, SIN EDEMA, LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEC, PULSOS DISTALES CONSERVADOS. PIEL: HUMEDAS SIN LESIONES. GENITALES: NORMOCONFIGURADO PARA EDAD Y SEXO SIN SANGRADO ACTIVO, CON PRESENCIA DE SONDA VESICAL A CISTOFLO CON ORINA CLARA SNC: GLASGOW 15/15, CONSCIENTE, ORIENTADA.
ANALSIS OBJETIVO
ANALISIS
PACIENTE FEMENINA DE 33 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICOS DESCRITOS .AL MOMENTO DE RONDA MEDICA ESTABLE ,AFERBIL , SIGNOS VITALES EN METAS , TOLERANDO VIA ORAL Y OXIGENO AMBIENTE , SIN SIGNOS DE SIRS, SIN SIGNOS DE FOCALIZACION NEUROLOGICA , CIFRAS TENSIONALES EN METAS PARACLÍNICOS EL DIA DE HOY: HEMOGRAMA CON ANEMIA LEVE GRADO I OMS , AZOADOS CONSERVADOS , IONOGRAMA NORMAL , TRANSAMINASAS Y LDH NORMAL , TIEMPOS DE COAGULACION NO PROLONGADOS . PACIENTE QUIEN DEBE PERMANECER EN SALA GENERAL PARA VIGILANCIA CLINICA Y CUMPLIMIENTO ANTIBIOTICO . ATENTOS A EVOLUCION . SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIAR QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR .

29/07/2025 13:54 FRIAS ALFARO PAULA ANDREA

ANALSIS OBJETIVO
PACIENTE QUIEN SE LE DIFICULTA LACTANCIA MATERNA POR LO QUE SE COMENTA CON PEDIATRIA EN TURNO (DRA. IVONE) LA CUAL INDICA SOPORTE NUTRICIONAL CON SIMILAC 1

30/07/2025 08:57 FERNANDEZ FERNANDEZ HERMIDES JOSE

ANALISIS SUBJETIVO
PACIENTE FEMENINA DE 33 AÑOS DE EDAD CON DX DE:
- POST OPERATORIO CESAREA+POMEROY (27/07/25 18+45)
- TRASTORNO HIPERTENSIVO EN EL EMBARAZO??
- PREECLAMPSIA ???
- PUERPERIO INMEDIATO

- RIESGO TROMBOEMBÓLICO MODERADO
- SISTEMA DE ALERTA TEMPRANA (SAT) -BAJO RIESGO

S/ PACIENTE REFIERE SENTIRSE BIEN, NIEGA DOLOR ABDOMINAL, NIEGA SANGRADO VAGINAL, NIEGA CEFALEA, FOSFENOS, ACUFENOS, ESCOTONAS, NIEGA EDEMA, YA SE LEVANTÓ DE LA CAMA, DEAMBULACION SIN INCONVENIENTES, NO SIGNOS DE ALARAM. EN ALOJAMIENTO CONJUNTO CON RECIEN NACIDO EL CUAL SE ENCUENTRA ACTIVO, REACTIVO, ROSADO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, AFEBRIL CON LLANTO FUERTE, BUEN INICIO DE LACTANCIA MATERNA SUCCION FUERTE, SIN SIGNOS GENERALES DE PELIGRO VERIFICADOS SEGÚN AIEPI.
ANALSIS OBJETIVO
OBJETIVO:
PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, CONSCIENTE, ORIENTADA, AFEBRIL, NORMOCEFALA, CABELLO BIEN IMPLANTADO, PUPILAS ISOCORICAS, NORMOEACTIVAS 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, HERIDA QUIRURGICA EN BUEN ESTADO SIN SUPURACIONES NI DEHISCENCIA DE SUTURA, NO SIGNOS DE INFECCION LOCAL, GU: NORMOCONFIGURADOS, SONDA VESICAL NORMOFUNCIONANTE CON ORINA CLARA, 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 ADENOPATAIAS, PALADAR INTEGRO, TORAX SIMETRICO, SIN TIRAJES, RS CS RS SIN SOPLOS NO SOSBREAGREGADOS, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS, NO MEGALIAS,ONFALO SIN SIGNOS DE INFECCION LOCAL, SNC SIN DEFICIT APARENTE, MORO PRESENTE, SUCCION PRESENTE.

ANALISIS:
PUERPERA MEDIATA CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE SIN SIGNOS DE SIRS, TRANQUILA CON BUENA RECUPERACION PRIMER DIA POP, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, TOLERANDO VIA ORAL Y OXIGENO AMBIENTE, AFEBRIL, CON CIFRAS TENSIONALES EN METAS, SIN DIFICULTAD A LA DEAMBULACION, CON BOLO DE SEGURIDAD DE PINARD POR DEBAJO DE LA CICIATRIZ UMBILICAL,LOQUIOS ESCASOS, NO PREMONITORIOS, EN COMPAÑIA DE RECIEN NACIDO SIN SIGNOS DE ALARMA O SIGNOS GENERALES DE PELIGRO, QUIEN CUMPLO SUS 48 HORAS D ESTANCIA POR LO QUE DOY ALTA CON MANEJO AMBULATORIO RECOMENDACIONES Y EXPLICANDO SIGNOS DE ALARM, CITA CONTROL DEL RECIEN NACIDO.

30/07/2025 08:59 DE LOS REYES VILLALOBOS LAURA VANESSA

ANALISIS SUBJETIVO
PACIENTE FEMENINA DE 33 AÑOS DE EDAD CON DX DE:
- POST OPERATORIO CESAREA+POMEROY (27/07/25 18+45)
- TRASTORNO HIPERTENSIVO EN EL EMBARAZO??
- PREECLAMPSIA ???
- PUERPERIO INMEDIATO

- RIESGO TROMBOEMBÓLICO MODERADO
- SISTEMA DE ALERTA TEMPRANA (SAT) -BAJO RIESGO

S/ PACIENTE REFIERE SENTIRSE BIEN, NIEGA DOLOR ABDOMINAL, NIEGA SANGRADO VAGINAL, NIEGA CEFALEA, FOSFENOS, ACUFENOS, ESCOTONAS, NIEGA EDEMA, YA SE LEVANTÓ DE LA CAMA, DEAMBULACION SIN INCONVENIENTES, NO SIGNOS DE ALARAM. EN ALOJAMIENTO CONJUNTO CON RECIEN NACIDO EL CUAL SE ENCUENTRA ACTIVO, REACTIVO, ROSADO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, AFEBRIL CON LLANTO FUERTE, BUEN INICIO DE LACTANCIA MATERNA SUCCION FUERTE, SIN SIGNOS GENERALES DE PELIGRO VERIFICADOS SEGÚN AIEPI.
ANALSIS OBJETIVO
OBJETIVO:
PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, CONSCIENTE, ORIENTADA, AFEBRIL, NORMOCEFALA, CABELLO BIEN IMPLANTADO, PUPILAS ISOCORICAS, NORMOEACTIVAS 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, HERIDA QUIRURGICA EN BUEN ESTADO SIN SUPURACIONES NI DEHISCENCIA DE SUTURA, NO SIGNOS DE INFECCION LOCAL, GU: NORMOCONFIGURADOS, SONDA VESICAL NORMOFUNCIONANTE CON ORINA CLARA, 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 ADENOPATAIAS, PALADAR INTEGRO, TORAX SIMETRICO, SIN TIRAJES, RS CS RS SIN SOPLOS NO SOSBREAGREGADOS, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS, NO MEGALIAS,ONFALO SIN SIGNOS DE INFECCION LOCAL, SNC SIN DEFICIT APARENTE, MORO PRESENTE, SUCCION PRESENTE.

ANALISIS;
PUERPERA MEDIATA CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE SIN SIGNOS DE SIRS, TRANQUILA CON BUENA RECUPERACION PRIMER DIA POP, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, TOLERANDO VIA ORAL Y OXIGENO AMBIENTE, AFEBRIL, CON CIFRAS TENSIONALES EN METAS, SIN DIFICULTAD A LA DEAMBULACION, CON BOLO DE SEGURIDAD DE PINARD POR DEBAJO DE LA CICIATRIZ UMBILICAL,LOQUIOS ESCASOS, NO PREMONITORIOS, EN COMPAÑIA DE RECIEN NACIDO SIN SIGNOS DE ALARMA O SIGNOS GENERALES DE PELIGRO, QUIEN CUMPLO SUS 48 HORAS D ESTANCIA VALORADA POR GINECOLOGO EN TURNO QUIEN CONSDIERA DAR EGRESO MEDICO, CON MANEJO AMBULATORIO RECOMENDACIONES Y EXPLICANDO SIGNOS DE ALARM, CITA CONTROL DEL RECIEN NACIDO.

SERVICIOS

CÓDIGO	NOMBRE	HC
902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	✓
906915	PRUEBA NO TREPONEMICA [VDRL EN SUERO O LCR] MANUAL	✓
906249	Virus de Inmunodeficiencia Humana 1 Y 2 ANTICUERPOS	✓
902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	✓
902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	✓
904903	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES TSH NEONATAL	✓
911016	HEMOCLASIFICACION SISTEMA Rh (ANTIGENO Rh D) EN TUBO	✓
902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	✓
902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	✓

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

Nº88411

Ingreso No: 1287644

Glucosa 70 mg/dl
IONOGRAMA
Sodio 135.9 mmol/l
Potasio 4.65 mmol/l
Cloro 106.9 mmol/l
HEMOGRAMA
Recuento de Leucocitos 7.7 x10e3/uL 3.70 - 10.1
% Neutrofilos 71.0 % 39.3 - 73.7
% Linfocitos 23.9 % 18.0 - 48.3
% Monocitos 3.9 % 4.40 - 12.7
% Eosinofilos 1.0 % 0.600 - 7.30
% Basofilos 0.2 % 0.00 - 1.70
% Granulocitos Inmaduros 0.4 %
% Normoblastos (NRBC) 0.0 %
# Neutrofilos 5.51 x10e3/uL 1.63 - 6.9
# Linfocitos 1.8 x10e3/uL 1.09 - 2.99
# Monocitos 0.3 x10e3/uL 0.240 - 0.790
# Eosinofilos 0.08 x10e3/uL 0.030 - 0.440
# Basofilos 0.02 x10e3/uL 0.00 - 0.80
# Granulocitos Inmaduros 0.03 x10e3/uL
# Normoblastos (NRBC) 0.0 x10^3 /uL
Recuento de Eritrocitos 3.3 x10e6/uL 4.06 - 4.69
Hemoglobina 10.4 g/dL 13 - 17
11.8 - 15
Hematocrito 31.0 % 39 - 52
35.4 - 46
Volumen Corpuscular Medio 92.9 fL 81.1 - 96.0
HB Corspuscular Media 31.0 pg 27.0 - 31.2
Concentración HB Corpucular Media 33.5 g/dL 31.8 - 35.4
Ancho Distribución Eritrocitaria 14.8 % 11.5 - 14.5
Recuento de Plaquetas 179 x10e3/uL

29/07/2025 08:45 FERNANDEZ FERNANDEZ HERMIDES JOSE

ANALISIS SUBJETIVO
PACIENTE FEMENINA DE 33 AÑOS CON DIAGNÓSTICOS DE INGRESO:
- POST OPERATORIO CESAREA+POMEROY (27/07/25 18+45)
- TRASTORNO HIPERTENSIVO EN EL EMBARAZO??
- PREECLAMPSIA ???
- PUERPERIO INMEDIATO
- RIESGO TROMBOEMBOLICO MODERADO
- SISTEMA DE ALERTA TEMPRANA (SAT) BAJO RIESGO

S/ PACIENTE REFIERE PASAR BUENA NOCHE

Tiempo de Protrombina - PT 11.8 Seg 10.0 - 15.0
Control Diario 12.5 Seg
INR 0.96
Tiempo Parcial de Tromboplastina 36 Seg 33 - 40

Deshidrogenasa Lactica [LDH] 489

Nitrogeno Ureico - BUN 7.7
Creatinina 1.00

Transaminasa Glutamico Piruvica-ALT 7.20
Transaminasa Glutamico Oxalacetica 25

Sodio 135.9 mmol/l 135 - 155 mmol/l
Potasio 4.65 mmol/l 3.5 - 5.5 mmol/l
Cloro 106.9 mmol/l 95 - 115 mmol/l

Glucosa 70

HEMOGRAMA
Recuento de Leucocitos 7.7 x10e3/uL 3.70 - 10.1
% Neutrofilos 71.0 % 39.3 - 73.7
% Linfocitos 23.9 % 18.0 - 48.3
% Monocitos 3.9 % 4.40 - 12.7
% Eosinofilos 1.0 % 0.600 - 7.30
% Basofilos 0.2 % 0.00 - 1.70
% Granulocitos Inmaduros 0.4 %
% Normoblastos (NRBC) 0.0 %
# Neutrofilos 5.51 x10e3/uL 1.63 - 6.9
# Linfocitos 1.8 x10e3/uL 1.09 - 2.99
# Monocitos 0.3 x10e3/uL 0.240 - 0.790
# Eosinofilos 0.08 x10e3/uL 0.030 - 0.440
# Basofilos 0.02 x10e3/uL 0.00 - 0.80
# Granulocitos Inmaduros 0.03 x10e3/uL
# Normoblastos (NRBC) 0.0 x10^3 /uL
Recuento de Eritrocitos 3.3 x10e6/uL 4.06 - 4.69
Hemoglobina 10.4 g/dL 13 - 17
11.8 - 15
Hematocrito 31.0 % 39 - 52
35.4 - 46
Volumen Corpuscular Medio 92.9 fL 81.1 - 96.0
HB Corspuscular Media 31.0 pg 27.0 - 31.2
Concentración HB Corpucular Media 33.5 g/dL 31.8 - 35.4
Ancho Distribución Eritrocitaria 14.8 % 11.5 - 14.5
Recuento de Plaquetas 179 x10e3/uL 150 - 450
Volumen Plaquetario Medio 12.4 fL 6.90 - 10.6
Ancho de Distribución Plaquetas 16.6 10(GSD) 0.00 - 99.9
Concentración de Plaquetas Grandes (P-LCC) 79 x10^3 /uL
% Concentración de Plaquetas Grandes (P-LCR) 44.0 %
Plaquetocrito 0.2 % 0.00 - 9.99

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

En cada servicio calidad, en cada gesto calidez.

EPICRISIS

N°88411 **Ingreso No: 1287644**

SCORES
APACHE II: 1 PUNTO MORTALIDAD 3.3%

S: TRANQUILA, NIEGA CEFALEA, NIEGA ACUFENOS, NIEGA MAREOS, NIEGA VOMITOS, NIEGA SANGRADOS, NIEGA OTROS SINTOMAS.
Analisis Objetivo
PACIENTE FEMENINA DE 33 AÑOS DE EDAD SE ENCUENTRA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS CON ANTECEDENTES Y DIAGNÓSTICOS PREVIAMENTE ANOTADOS, EL DIA DE HOY EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, ALERTA, CONSCIENTE, ORIENTADA, NO FOCALIZADO NEUROLOGICAMENTE, TOLERA LA VIA ORAL Y OXIGENO AMBIENTE, SIN INESTABILIDAD HEMODINÁMICA, CON CIFRAS TENSIONALES EN METAS NO HA REQUERIDO ANTIHIPERTENSIVOS ORALES, SIN REQUERIMIENTO DE SOPORTE VASOACTIVO, SIN DATOS DE BAJO GASTO CARDIACO, NO HIPOPERFUNDIDO, RITMO Y FRECUENCIA SINUSAL AL VISOSCOPIO, SIN TAQUIARRITMIAS, CON ADECUADA MECÁNICA VENTILATORIA, SIN DESATURACIONES AL AIRE AMBIENTE, NO DISTRES, SIN RESPUESTA INFLAMATORIA SITEMICA, CON DIURESIS EN RANGO ADECUADO, BALANCE HIDRICO POSITIVO, NO SE EVIDENCIA SANGRADO ACTIVO, BOLO DE PINARD DE BUEN TONO.

PARACLINICOS EL DIA DE HOY: TIEMPOS DE COAGULACION NO PROLONGADOS, NO TRASTORNO ELECTROLITICO, NO UREMIA, TRANSAMINASAS NORMALES, BILIRRUBINA NORMAL, GLICEMIA ADECUADA, HEMOGRAMA CON LEUCOCITOSIS ESPERADA EN EL PUERPERIO, NO ANEMIA, NO TROMBOCITOPENIA, RX DE TORAX SIN CONSOLIDADOS, ANGULOS LIBRES, SILUETA CARDIACA NORMAL.

SE CONSIDERA CONTINUAR IGUAL MANEJO INSTAURADO, SE ENCUENTRA CON MEDIDAS FISICAS ANTITROMBOTICA, PENDIENTE INICIO DE ENOXAPARINA AL COMPLETAR 24 HRS, DADA ESTABILIDAD SIN EVIDENCIA DE CIFRAS TENSIONALES DURANTE SU ESTANCIA SE INDICA TRASLADO A SALA GENERAL CON SEGUIMIENTO POR GINECOBSTETRICIA, SE CIERRA IC POR MEDICINA INTERNA, PACIENTE INFORMADO DE SITUACION ACTUAL Y CONDUCTA REFIERE COMPRENDER Y ACEPTAR.

Tiempo de Protrombina - PT 11.2 Seg 10.0 - 15.0
Control Diario 12.5 Seg
INR 0.91
Tiempo Parcial de Tromboplastina 35 Seg 33 - 40

IONOGRAMA
Sodio 138.6 mmol/l 135 - 155 mmol/l
Potasio 4.93 mmol/l 3.5 - 5.5 mmol/l
Cloro 106.9 mmol/l 95 - 115 mmol/l

Nitrogeno Ureico - BUN 7.5 mg/dl

Transaminasa Glutamico Piruvica-ALT 12.00 U/L
Transaminasa Glutamico Oxalacetica 23 U/L

Creatinina 0.91 mg/dl

Bilirrubina Total 0.10 mg/dl
Bilirrubina Directa 0.08 mg/dl
Bilirrubina Indirecta 0.02 mg/dl

Glucosa 107 mg/dl

HEMOGRAMA
Recuento de Leucocitos 14.6 x10e3/uL 3.70 - 10.1
% Neutrofilos 88.7 % 39.3 - 73.7
% Linfocitos 9.7 % 18.0 - 48.3
% Monocitos 1.5 % 4.40 - 12.7
% Eosinofilos 0.0 % 0.600 - 7.30
% Basofilos 0.1 % 0.00 - 1.70
% Granulocitos Inmaduros 0.4 %
% Normoblastos (NRBC) 0.0 %
# Neutrofilos 12.96 x10e3/uL 1.63 - 6.9
# Linfocitos 1.4 x10e3/uL 1.09 - 2.99
# Monocitos 0.2 x10e3/uL 0.240 - 0.790
# Eosinofilos 0.00 x10e3/uL 0.030 - 0.440
# Basofilos 0.01 x10e3/uL 0.00 - 0.80
# Granulocitos Inmaduros 0.06 x10e3/uL
# Normoblastos (NRBC) 0.0 x10^3 /uL
Recuento de Eritrocitos 3.5 x10e6/uL 4.06 - 4.89
Hemoglobina 11.1 g/dL 13 - 17
11.8 - 15
Hematocrito 33.1 % 39 - 52
35.4 - 46
Volumen Corpuscular Medio 92.4 fL 81.1 - 96.0
HB Corspuscular Media 31.1 pg 27.0 - 31.2
Concentración HB Corpucular Media 33.5 g/dL 31.8 - 35.4
Ancho Distribución Eritrocitaria 14.3 % 11.5 - 14.5
Recuento de Plaquetas 169 x10e3/uL 150 - 450
Volumen Plaquetario Medio 13.6 fL 6.90 - 10.6
Ancho de Distribución Plaquetas 16.4 10(GSD) 0.00 - 99.9
Concentración de Plaquetas Grandes (P-LCC) 87 x10^3 /uL
% Concentración de Plaquetas Grandes (P-LCR) 51.7 %
Plaquetocrito 0.2 % 0.00 - 9.99

28/07/2025 21:26 SALAZAR VILLA JILMAR ANDRES
ANALISIS SUBJETIVO
SE ABE FOLIO PARA CARGAR EMDICAMENTO ANALGESICO

29/07/2025 00:05 SALAZAR VILLA JILMAR ANDRES
ANALISIS SUBJETIVO
se abre folio para cargar paraicinicos

29/07/2025 07:00 SALAZAR VILLA JILMAR ANDRES
ANALISIS SUBJETIVO
SE ABRE FOLIO PARA REPORTAR PARALCINCISO
ANALSIS OBJETIVO
Deshidrogenasa Lactica [LDH] 489 U/L
Tiempo de Protrombina - PT 11.8 Seg 10.0 - 15.0
Control Diario 12.5 Seg
INR 0.96
Tiempo Parcial de Tromboplastina 36 Seg
BUN 7.7 mg/dl
-ALT 7.20 U/L
Transaminasa Glutamico Oxalacetica 25 U/L
Creatinina 1.00 mg/dl

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
En cada servicio calidad. En cada gesto calidez.

EPICRISIS

Nº88411 **Ingreso No: 1287644**

Egreso	O821	PARTO POR CESAREA DE EMERGENCIA
Egreso	O821	PARTO POR CESAREA DE EMERGENCIA
Egreso	O821	PARTO POR CESAREA DE EMERGENCIA
Egreso	O821	PARTO POR CESAREA DE EMERGENCIA
Egreso	O821	PARTO POR CESAREA DE EMERGENCIA
Egreso	O821	PARTO POR CESAREA DE EMERGENCIA
Egreso	O821	PARTO POR CESAREA DE EMERGENCIA
Egreso	O821	PARTO POR CESAREA DE EMERGENCIA
Egreso	O821	PARTO POR CESAREA DE EMERGENCIA
Egreso	O821	PARTO POR CESAREA DE EMERGENCIA
Egreso	O821	PARTO POR CESAREA DE EMERGENCIA
Egreso	O821	PARTO POR CESAREA DE EMERGENCIA

EVOLUCIONES MEDICAS

27/07/2025 11:59 FERNANDEZ FERNANDEZ HERMIDES JOSE

Subjetivo
* NO ME HAN DADO DOLORES!

28/07/2025 08:10 BUELVAS SERRANO CARMEN JUDITH

Subjetivo
PACIENTE FEMENINA DE 33 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICOS DE INGRESO:
-POST OPERATORIO CESAREA+POMEROY (27/07/25)
-PREECLAMPSIA ???
- PUERPERITO INMEDIATO
-RIESGO TROMBOEMBOLICO MODERADO
- SISTEMA DE ALERTA TEMPRANA (SAT) BAJO RIESGO

28/07/2025 08:22 FERNANDEZ FERNANDEZ HERMIDES JOSE

Analisis Subjetivo
PACIENTE FEMENINA DE 33 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICOS DE INGRESO:
-POST OPERATORIO CESAREA+POMEROY (27/07/25)
- TRASTORNO HIPERTENSIVO A CLASIFICAR
- PUERPERITO INMEDIATO
-RIESGO TROMBOEMBOLICO MODERADO
- SISTEMA DE ALERTA TEMPRANA (SAT) RIESGO INTERMEDIO
Analisis Objetivo
PACIENTE EN BUENAS CONIDCIONES GENERALES, TRANQUILA , ALERTA, CON CIFRAS TENSIONALES DENTRO DE METAS 128/75 MMHG, TOLERA OXIGENO AMBIENTE, CON ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE, NO DOLOROS A LA PALPACION CON UTERO INFRAUMBILICAL NORMOTONICO, CICATRIZ QUIRURGICA EN BUEN ESTADO, CON APOSITO LIMPIO, CON SONDA VESICAL CON ORINA CLARA, PACIENTE QUEDA PACIENTE EN UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS BAJO REQUERIMIENTO DE MONITORIZACION HEMODINAMICA CONTINUA, EN MANEJO CONJUNTO CON MEDICINA CRITICA, PRONOSTICO SUJETO A EVOLUCION

28/07/2025 08:35 ORTEGA BALDOVINO ANA MARIA

ANALISIS SUBJETIVO
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN (PAI)
VACUNACIÓN DEL RECIÉN NACIDO
De acuerdo con el esquema nacional de vacunación, se aplican las siguientes vacunas al recién nacido:
Datos del paciente:
- Fecha de nacimiento: 27-07-2025
- Fecha de aplicación: 28-07-2025
Biológicos administrados:
1. Hepatitis B (monovalente):
- Dosis: Recién nacido
- Aplicación: Antes de las 12 horas de nacido
- Lote: 0323X019E
- Fecha de vencimiento: 30/05/2026
- Sitio de aplicación: Tercio medio de la cara antero lateral del muslo Derecho
- Aguja N. ° 23
2. BCG:
- Dosis: Única
- Lote: 0373MA117
- Fecha de vencimiento: 30/06/2026
- Sitio de aplicación: Región subescapular izquierda
- Aguja N. ° 26
ANALSIS OBJETIVO
Orientación brindada:
- Se explica de manera amplia la importancia de la vacunación, los biológicos aplicados y las enfermedades que previenen (Hepatitis B y meningitis tuberculosa).
- Se entrega carnet de vacunación infantil con el registro de dosis aplicadas.
- Se deja copia del carnet de vacunación en la historia clínica de la paciente.
- Se programa control en 2 meses en su IPS de atención primaria para continuar con el esquema de vacunación

28/07/2025 10:25 NAVARRO ASMAR ELIO ALONSO

Analisis Subjetivo
RONDA MEDICA DIURNA 28/07/2025

DRA NINEL BARRIOS MEDICO INTENSIVISTA
DR ELIO NAVARRO MEDICO INTERNISTA

PACIENTE FEMENINA DE 33 AÑOS CON DIAGNÓSTICOS DE INGRESO:

- POST OPERATORIO CESAREA+POMEROY (27/07/25)
- TRASTORNO HIPERTENSIVO EN EL EMBARAZO??)
- PREECLAMPSIA ???
- PUERPERIO INMEDIATO
- RIESGO TROMBOEMBOLICO MODERADO
- SISTEMA DE ALERTA TEMPRANA (SAT) BAJO RIESGO

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

En cada servicio calidad. En cada gesto calidez

EPICRISIS

N°88411 **Ingreso No: 1287644**

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.
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.
-NO OFRCER BIBERONES, CHUPOS, TETEROS
• 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, AFEBRIL, TRANQUILA, INGRESA CAMINANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS, TOLERA VIA ORAL, TOELRA O2 AMBIENTE, SIN SIGNOS DE ALARMA A LA INSPECCIÓN

Antecedentes:

Result. Procedimientos:

Condiciones Salida:

Indicación Paciente:

Examen Físico:
Sistema Nervioso Central:
SIN DEFICIT
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, AU: 37 CM FETO UNICO VIVO LONGUITUDINAL DORSO IZQUIERDO DE LA MADRE FCF: 120 LPM, MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES, NO SE PALPA ACTIVIDAD UTERINA EN 10 MINUTOS.
Piel y Faneras:
HIDRATADO SIN LESIONES
Genito-Urinario:
NORMOCONFUGURADOI CUELO POSTERIOR CORTO PERMEABLE TARNIER NEGATIVO
Extremidades:
SIMETRICAS, EDMEA GRADO II EN MIMEBROS INFERIORES

Justificación:

Resultado Examen:

Justificación Muerte:

DIAGNÓSTICOS

TIPO DIAGNÓSTICO	CÓDIGO	NOMBRE	HC
Ingreso/Relacionado	O48X	EMBARAZO PROLONGADO	☑
Ingreso/Relacionado	O48X	EMBARAZO PROLONGADO	☑
Ingreso/Relacionado	O821	PARTO POR CESAREA DE EMERGENCIA	☑
Ingreso/Relacionado	O367	ATENCION MATERNA POR FETO VIABLE EN EMBARAZO ABDOMINAL	☑
Ingreso/Relacionado	Z359	SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION	☑
Ingreso/Relacionado	O821	PARTO POR CESAREA DE EMERGENCIA	☑
Ingreso/Relacionado	O821	PARTO POR CESAREA DE EMERGENCIA	☑
Ingreso/Relacionado	O821	PARTO POR CESAREA DE EMERGENCIA	☑
Ingreso/Relacionado	O821	PARTO POR CESAREA DE EMERGENCIA	☑
Ingreso/Relacionado	O821	PARTO POR CESAREA DE EMERGENCIA	☑
Ingreso/Relacionado	O821	PARTO POR CESAREA DE EMERGENCIA	☑

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

EPICRISIS

Nº88411 **Ingreso No: 1287644**

-LICENCIA MATERNA SEGÚN LO ESTIPULADO POR LEY ACTUAL (18 SEMANAS A PARTIR DE LA FECHA 126 DIAS) DESDE EL 27/07/2025 HASTA EL 29/11/2025

RECOMENDACIONES:
-CITA CONTROL CON GINECOLOGIA
-CITA PRIORITARIA CON PLANIFICACION FAMILIAR
-RETIRO DE PUNTOS EN 8 DIAS
-LAVAR HERIDA QUIRURGICA CON ABUNDANTE AGUA Y JABON
-COMPLETAR ESQUEMA ANTIBIOTICO

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, SECRECIONES DE PUS O SANGRE POR HERIDA QUIRURGICA, DEHISCENCIA DE SUTURA.
ORDENES DEL RECIEN NACIDO
-CITA CON PEDIATRIA EN 3 DIAS (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
-CONTROL DE PRIMERA INFANCIA
-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.
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.
-NO OFRCER BIBERONES, CHUPOS, TETEROS
• 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.
Conducta
SALE MADRE CON NEONATO EN SUS BRAZOS

ALTA MEDICA
-CEFALEXINA TABLETA 500MG #28
USO: TOMAR UNA TABLETA CADA 6 HORAS POR 7 DIAS
-ACETAMINOFEN TABLETA 500MG #40
USO:TOMAR UNA TABLETA CADA 6 HORAS POR 10 DIAS
-SULFATO FERROSO TABLETA 200MG #30
USO: TOMAR UNA TABLETA CADA 24 HORAS POR UN MES
-ACIDO FOLICO TAB 1 MG #90
USO TOMAR UNA TAB DIARIA POR 3 MESES
-VITAMINA A TAB 50.000 UND #4
USO: TOMAR 4 TAB (200.000 UND) DOSIS UNICA

-LICENCIA MATERNA SEGÚN LO ESTIPULADO POR LEY ACTUAL (18 SEMANAS A PARTIR DE LA FECHA 126 DIAS) DESDE EL 27/07/2025 HASTA EL 29/11/2025

RECOMENDACIONES:
-CITA CONTROL CON GINECOLOGIA
-CITA PRIORITARIA CON PLANIFICACION FAMILIAR
-RETIRO DE PUNTOS EN 8 DIAS
-LAVAR HERIDA QUIRURGICA CON ABUNDANTE AGUA Y JABON
-COMPLETAR ESQUEMA ANTIBIOTICO

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, SECRECIONES DE PUS O SANGRE POR HERIDA QUIRURGICA, DEHISCENCIA DE SUTURA.
ORDENES DEL RECIEN NACIDO
-CITA CON PEDIATRIA EN 3 DIAS (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
-CONTROL DE PRIMERA INFANCIA
-CONTINUAR ESQUEMA DE VACUNACION PROXIMA DOSIS A LOS 2 MESES DE NACIDO.
ACUDIR A SU EPS O CENTRO DE SALUD DE SU MUNICIPIO.

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

EPICRISIS

Nº88411 **Ingreso No: 1287644**

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha Documento: 30/julio/2025 09:00 a. m. **Confirmado**

Médico: 1118871014 LAURA VANESSA DE LOS REYES VILLALOBOS

Informacion Paciente: DINA LUZ MARTINEZ OLIVERA **Tipo Paciente:** Subsidiado **Sexo:** Femenino

Tipo Documento: Cédula_Ciudadanía **Número:** 1051822216 **Edad:** 33 Años / 5 Meses / 28 Días **F. Nacimiento:** 31/01/1992

Entidad: ESS207 MUTUAL SER EPSS

REPS Ingreso: **REPS Egreso:**

INFORMACIÓN DE LA EPICRISIS

Fecha Ingreso: 27/julio/2025 10:35 a. m. **Fecha Egreso:** 30/julio/2025 09:00 a. m.

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

Motivo Consulta:

" NO ME HAN DDADO DOLORES "

Enfermedad Actual:

PACIENTE DE 33 AÑOS DE EDAD GETSABTE QUIEN INGRESA ASINTOMATICA CON INICACION DE COSNULTAR POR URGENCIAS EL DIA DE HOY PÓR NO HABVER PRESENTADO TRABAJO DE PARTO.

Revisión del Sistema:

LO ANOTADO

Indica Med/Conducta:

Analisis:
PACINETE DE 33 AÑOS DE EDAD CON IDX :
- G3 P1 A1
- EMABRAZO DE 40.2 SEMANS POR ECO DE I TRIMESTRE
- FUV MACROSOMICO
- EMBARAZO EN VIA DE PROLONGACION
- ANEMIA GRADO II POR OMS
- TOXOPLASMOSIS GETSACIONAL TRATADA
- PERIORO INTERGENESICO PROLONGADO
- SISTEMA DE ALERTA TEMPRANA 0 PUNTOS
- SIN RIESGO DE DEPRESION POSPARTO
- PLANIFICACION AMPOLLA TRIMESTRAL

PACIENTE QUE SE ENCUENTRA CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE , CON SIGNPOS VITALES EN PARMATROS NORMALES, TOLERNADO VIA ORALM Y OXIGENO AMBIENTE , CON BUEN PATRON CARDIOPULMONAR , SIN SIGNOS DE IRIRIACTION PERITOENAL , CON MONITOROF ETAL CATI ACTVIO REACTIVO CON LINEA DE BASE 120-130 LPM , ASCELERACIONES PRESENTES , DESACLERACIONESUASNTE S, VARIABILIDAD MODERADA , NO SE REGSITRAN CONTRACCIOM ESUTERINS , MOVIMINETOS FETALES PRESNETES, SIN CAMBIOS CERVICALES NI OERIUDIAS VAGINALES , CON EDEMA GRADO I EN MEIMBROS INFERIROES , SE INGRESA PARA VALORCION POR GINECOLOGIA Y DETERMINR CONDUCTA
Conducta
Recomendaciones y signos de alarma:
• Observar la zona de aplicación: enrojecimiento leve o endurecimiento local es normal; sin embargo, consultar si hay aumento progresivo del tamaño, salida de pus o sangrado persistente.
• Fiebre mayor a 38.5°C persistente más de 48 horas después de la vacunación.
• Llanto inconsolable por más de 3 horas seguidas.
• Somnolencia excesiva o dificultad para despertar.
• Convulsiones o movimientos anormales.
• Dificultad respiratoria o hinchazón facial.
• Cualquier otro síntoma que genere preocupación o alarma a los cuidadores.
Conducta
DIPIRONA AMP 2GR CADA 8 HRS
RESTO DE ORDENES IGUALES
Conducta
P/ REPORTE DE PARCIL DE ORINA
Conducta
HOSPITALIZAR
DIETA BLANDA
CEFRADINA 1 GR IV CADA 6 HRS
ENOXAPARINA 40 MG SC DIA
ACETAMINOFEN DAR 1GR PRN
NIEFDIPINO 30 MG VO CADA 8 HRS POR CIFRAS TENSIONALES MAYOR A 140/90 MMHG *** BAJO ORDEN MEDICA
CSV-AC
Conducta
MEDICAMENTOS
Conducta
SALE MADRE CON NEONATO EN SUS BRAZOS

ALTA MEDICA
-CEFALEXINA TABLETA 500MG #28
USO: TOMAR UNA TABLETA CADA 6 HORAS POR 7 DIAS
-ACETAMINOFEN TABLETA 500MG #40
USO:TOMAR UNA TABLETA CADA 6 HORAS POR 10 DIAS
-SULFATO FERROSO TABLETA 200MG #30
USO: TOMAR UNA TABLETA CADA 24 HORAS POR UN MES
-ACIDO FOLICO TAB 1 MG #90
USO TOMAR UNA TAB DIARIA POR 3 MESES
-VITAMINA A TAB 50.000 UND #4
USO: TOMAR 4 TAB (200.000 UND) DOSIS UNICA

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

EPICRISIS

N°88411 **Ingreso No: 1287644**

902208	HEMOGRAMA II (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS E INDICES PLAQUETARIOS) SEMIAUTOMATIZADO
903828	DESHIDROGENASA LACTICA
903856	NITROGENO UREICO
903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]
903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]
903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS
907106	UROANALISIS
903605	IONOGRAMA [CLORO SODIO POTASIO Y BICARBONATO O CALCIO]
9038621	PROTEINAS EN ORINA AL AZAR
902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO
903605	IONOGRAMA [CLORO SODIO POTASIO Y BICARBONATO O CALCIO]
903839	GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)
902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]
902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]
903856	NITROGENO UREICO
903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]
903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]
903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS
903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA
903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
871121	RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL, DECUBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL)
902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]
902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]
902208	HEMOGRAMA II (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS E INDICES PLAQUETARIOS) SEMIAUTOMATIZADO
903828	DESHIDROGENASA LACTICA
903856	NITROGENO UREICO
903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]
903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]
903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS
907106	UROANALISIS
903605	IONOGRAMA [CLORO SODIO POTASIO Y BICARBONATO O CALCIO]
903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

MEDICAMENTOS

CÓDIGO	NOMBRE	HC
N01AH0105	FENTANILO CITRATO AMP 0.5mg/10ml	
N05CD0879	MIDAZOLAM 5mg/5ml amp.	
A03BA0187	ATROPINA 1mg/ml SOLUCCION INYECTABLE -BIOSANO	
C01CA0184	ETILEFRINA CLORHIDRATO 10 mg /ml AMP (PROCLIN PHARMA S.A)	
AGU03ES0007	AGUJA SPINOCAN #26G 3 1/2 RF	
CAU03SU0002	CAUCHO DE SUCCION 3.8MT 1/4	
EQU03ADSO03	EQUIPO MACROGOTEO ALFA SAFE	
JER03DEIN06	JERINGA DE INSULINA 27G X 1/2	
N01BB5195	BUPIVACAINA (BUPIROP PESADA) 4 ML (SICMAFARMA)	
J01DB0446	CEFAZOLINA 1G POLVO PARA RECONSTITUIR (FARMALOGICA)	
N02BB0245	DIPIRONA MAGNESICA 2 G AMPOLLA 5 ML (VITALIS)	
H02AB0205	DEXAMETASONA 8 MG / 2 ML SOL INYEC MILIGRAMOS 8 VITALIS	
M01AB0568	DICLOFENACO 75 MG AMPOLLA (FARMIONNI)	
17800062002390	ONDANSETRON SOLUCION INYECTABLE 8 MG/4 ML FRESENIUS	
J01DA3136	CEFRADINA 1 GR POLVO PARA RECONSTRUIR (FARMALOGICA)	
H01BB0299	OXITOCINA 10 U.I/ Amp	
GUA03QULA02	GUANTE ESTERIL 7 ESTERIL	
GUA03QULA03	GUANTE ESTERIL N 7 1/2 ESTERIL	
GUA03QULA04	GUANTE ESTERIL N 8 PAR ESTERIL	
JER03DE1001	JERINGA 10 ML MEDISPO	
JER03DE0501	JERINGA 5 ML C/A 21G 1 1/2	
LAB0116	COMPRESA ESTERIL UNIDAD	
LAP03EL0001	LAPIZ DE ELECTROBISTURI	
ELE03AD0001	ELECTRODO ADULTO/PEDIATRICO	
SON03FO2V06	SONDA FOLEY 2 VIAS N 16	
CUC03BI0005	CUCHILLA BISTURI N 20	
CAN03NAAD01	CANULA NASAL OXIGENO ADULTO	
NYL03SC4508	NYLON ETHILON 2/0 45 CM CT 25 REF NP44320E (COVIDIEN)	
VIC03PL7002	VICRYL PLUS 1 90 CM MCR 37 REEF 869001PT AGUJA GRANDE COVIDIEN	
B05XA03235	CLORURO DE SODIO 0.9% 500 ML ML 500 -FRESENIUS KABI	
CLA03UM0001	CLAM P/CORDON UMBILICAL ESTERIL	

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

EPICRISIS

Nº88411

Ingreso No: 1287644

B05XA0323	CLORURO DE SODIO 0.9% 100 ML ML 100
SON03NE0011	SONDA NELATON # 8
BOL03OR0002	BOLSA DRENAJE URINARIO 2000 ML
CAT03IN0004	CATETER N 18 - ALFA SAFE
PLA193ELEC23	PLACA ELECTROBISTURI CON CABLE
GUA03QULA01	GUANTE ESTERIL N: 6 1/2 PAR
N02AX023802	TRAMADOL 100MG SOLUCION INYECTABLE VITALIS
B02BA013801	FITOMENADIONA (VITAMINA K1) 1MG/ML SOLUCION INYECTABLE (BIOSANO)
GAES009	GASA ESTERIL 3 X 3, (7,5X7,5 CM)
D08AX0107	AGUA OXIGENADA Frasco x 120mL
707298540081	LACTATO DE RINGER -Sol Hartmann 500ml -FRESSENIUS
A02BB0160	MISOPROSTOL 200mcg / Tab
7702190205199	WESCOHEX JABON ANTISEPTICO DE CLORHEXIDINA 4% 120ML
7702190201528	WEST CLORHEXIDINA SOLUCION SACHET X 120ML WSCOHEX
7702190205069	WESCOHEX JABON (CLORHEXIDINA 60ML) SACHET
7702190201542	WEST WESCOHEX SOLUCION CLORHEXIDINA SACHET 60ML
7702190201535	WEST CLORHEXIDINA SOLUCION SACHET X 30ML WSECOHEX
N02BB0245	DIPIRONA MAGNESICA 2 G AMPOLLA 5 ML (VITALIS)
J01DA3136	CEFRADINA 1 GR POLVO PARA RECONSTRUIR (FARMALOGICA)
B05XA0323	CLORURO DE SODIO 0.9% 100 ML ML 100
C08CA050602	NIFEDIPINO 30 MG CAP
B05XA3006	LACTATO DE RINGER (Sol. Hartmann) 500ml (BAXTER SA)
N02AX0215	TRAMADOL AMPOLLA 50mg/1ml SOLUCION INYECTABLE (FARMIONI)
B05XA0323	CLORURO DE SODIO 0.9% 100 ML ML 100
J01DA3136	CEFRADINA 1 GR POLVO PARA RECONSTRUIR (FARMALOGICA)
C08CA050602	NIFEDIPINO 30 MG CAP
B01AB0541	ENOXAPARINA 40 MG AMPOLLA 0.4 ML JERINGA PRELLENADA -PROCAPS
B05XA3006	LACTATO DE RINGER (Sol. Hartmann) 500ml (BAXTER SA)
MD000003	ACETAMINOFEN 500 mg TAB
B05XA0323	CLORURO DE SODIO 0.9% 100 ML ML 100
B05XA0323	CLORURO DE SODIO 0.9% 100 ML ML 100
N02BB0245	DIPIRONA MAGNESICA 2 G AMPOLLA 5 ML (VITALIS)
JER03DE1001	JERINGA 10 ML MEDISPO
JER03DE1001	JERINGA 10 ML MEDISPO
N02BB0245	DIPIRONA MAGNESICA 2 G AMPOLLA 5 ML (VITALIS)
B05XA3006	LACTATO DE RINGER (Sol. Hartmann) 500ml (BAXTER SA)
B01AB0541	ENOXAPARINA 40 MG AMPOLLA 0.4 ML JERINGA PRELLENADA -PROCAPS
C08CA050602	NIFEDIPINO 30 MG CAP
J01DA3136	CEFRADINA 1 GR POLVO PARA RECONSTRUIR (FARMALOGICA)
B05XA0323	CLORURO DE SODIO 0.9% 100 ML ML 100
N02BB0245	DIPIRONA MAGNESICA 2 G AMPOLLA 5 ML (VITALIS)
NTE00001	SUPLEMENTO NUTRICIONAL SIMILAC 1 DE 19KCAL X 30ML

DE LOS REYES VILLALOBOS LAURA VANESSA
C.C. 1118871014
MEDICO GENERAL
RM 1118871014

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

Hoja ___ de ___

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION RAIZ SOCIAL F. R. S
NIT: 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO: 13003802025
MES: AGOSTO AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA
SERVICIO DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLÍVAR
Nombre Agente Educativo (a): SANDRA BETANCOURT
Código CUENTAME UDS: 136571160365
Dirección UDS: CLL 7 No 9-100 BARRIO LA BODEGA
Centro Zonal: CZ 10-70 EL CARMEN DE BOLÍVAR
CC: 45780140
Municipio: SAN JUAN NEPOMUCENO
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: SAN JUAN DE MIS AMORES 35
Teléfono UDS: 3205752733

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	C.C	1051832485	PAULA	ANDREA	BETANCOURT	GONZALEZ	26	7		A									A												2	0	
02	C.C	1051830993	KEILY	CAROLYTH	ROMERO	ROMERO	22	9		A									A												2	0	
03	C.C	1051814523	GLORIA	MISHELL	GUEVARA	ANGARITA	21	1		I									I												0	2	
04	C.C	1003645533	ANA	MARCELA	PERTUZ	OLIVERO	31	8		A									A												2	0	
05	C.C	1051826852	SANDRA	MILENA	ANILLO	MORALES	30	3		I									I												0	2	
06	C.C	1051830855	ANGIE	PAOLA	CASTELLAR	OTERO	27	11		A									A												2	0	
07	R.C	1051835796	ALBEIRO	JOSE	ESQUIVEL	MARTINEZ	0	2		A									A												2	0	
08	R.C	1050485800	EMMANUEL		ROMERO	HERAZO	0	3		A									A												2	0	
09	R.C	1051835648	CRISTIAN	ANDRES	SALVADOR	OSPINO	0	10		A									A												2	0	
10	R.C	1051835632	EMILY	SOFIA	CUETER	BARRIOS	0	10		A									A												2	0	
11	R.C	1051835596	ISABELL	SOPHIA	GOMEZ	BUSTILLO	1	0		A									A												2	0	
12	R.C	1051835566	SARA	SOFIA	AMADOR	PINTO	1	0		A									A												2	0	
13	R.C	1051835527	ELAINE		ROMERO	LAMBIS	1	2		A									A												2	0	
14	R.C	1051835382	HANNA	SOFIA	CARRASQUILLA	GUARICUCO	1	8		A									A												2	0	
15	R.C	1043344737	MATEO		MEJIA	BARRIOS	2	0		A									A												2	0	
16	R.C	1051835139	MIKAL	SOFIA	CASTRO	ALFARO	P	4		A									A												2	0	
17	R.C	1238348469	NAHEL	DAVID	SERRANO	CASTILLO	3	0		A									A												2	0	
18	R.C	1051834884	ALEXANDRA		MARTINEZ	MERCADO	3	1		A									A												2	0	
19	R.C	1051834525	JOSE	DAVID	CARMONA	BUELVAS	4	1		A									A												2	0	
20	R.C	1051834310	ARIANY	SANDRID	CASTRO	ALFARO	4	9		A									A												2	0	
21	R.C	1050485263	ALISSON	PAOLA	ROMERO	SAENZ	4	10		A									A												2	0	
																														TOTAL	38	4	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	2
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	13
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	6

Angelica Balanta T
COORDINADOR(A) EA

Sandra Betancourt Castellar
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

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

PLAN DE MANEJO

Nº de Ingreso: 1281120 **Fecha de Llegada:** 23/07/2025 06:54 a. m.
Folio Nº: 31 **Fecha de Atención Médica:** 25/07/2025 10:08 a. m.

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente:	GUEVARA ANGARITA GLORIA MISHELL	**Identificación:**	1051814523
Fecha Nacimiento:	06/junio/2004	**Edad Actual:**	21 Años / 1 Meses / 18 Días
Estado Civil:	Soltero	**Sexo:**	Femenino
Dirección:		**Teléfono:**	
Procedencia:	SAN JUAN NEPOMUCENO	**Entidad:**	MUTUAL SER EPSS

PLAN DE MANEJO - INDICACIONES A PACIENTE

Indicación:

SALE MADRE CON NEONATO EN SUS BRAZOS

-CEFALEXINA TABLETA 500MG #28
USO: TOMAR UNA TABLETA CADA 6 HORAS POR 7 DÍAS
-ACETAMINOFÉN TABLETA 500 MG #40
USO:TOMAR UNA TABLETA CADA 6 HORAS POR 10 DÍAS
-SULFATO FERROSO TABLETA 200 MG #30
USO: TOMAR UNA TABLETA CADA 24 HORAS POR UN MES
-ACIDO FOLICO TAB 1 MG #90
USO TOMAR UNA TAB DIARIA POR 3 MESES
-VITAMINA A TAB 50.000 UND #4
USO: TOMAR 4 TAB (200.000 UND) DOSIS ÚNICA

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

RECOMENDACIONES:
-CITA CONTROL CON GINECOLOGIA
-CITA PRIORITARIA CON PLANIFICACION FAMILIAR
-RETIRO DE PUNTOS EN 8 DÍAS
-LAVAR HERIDA QUIRÚRGICA CON ABUNDANTE AGUA Y JABÓN
-COMPLETAR ESQUEMA ANTIBIÓTICO

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, VÓMITOS INCONTROLABLES, DOLOR ABDOMINAL INTENSO, FIEBRE QUE NO CEDE A ACETAMINOFÉN, SECRECIONES DE PUS O SANGRE POR HERIDA QUIRÚRGICA, DEHISCENCIA DE SUTURA.

ÓRDENES DEL RECIÉN NACIDO
-CITA CON PEDIATRIA EN 3 DÍAS (CON RESULTADO DE TSH NEONATAL).
-ECOGRAFÍA DE CADERA BILATERAL (TAMIZAJE DISPLASIA) A LOS 4 MESES
-CITA CON FONOAUDIOLOGÍA EN 8 DÍAS
-TAMIZAJE VISUAL Y AUDITIVO (S/s OTOEMISIONES ACÚSTICAS +POTENCIALES EVOCADOS) CITA OPTOMETRÍA
-CONTROL DE PRIMERA INFANCIA
-Continuar ESQUEMA DE VACUNACIÓN PRÓXIMA 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 PEDIDO DEL BEBE, (NO EXCEDER MAS DE 2-3 HORAS SIN ALIMENTACIÓN), DAR EXCLUSIVA POR 6 MESES
-LIMPIEZA DE CORDÓN UMBILICAL CON AGUA Y JABÓN O SOLUCIÓN SALINA PARA BEBE PREFERIBLEMENTE DESDE LA BASE DEL CORDÓN HASTA LA PUNTA. NO QUITAR CLAMP QUE CUBRE Y MANTENER SECO, MANTENER POR FUERA DEL PAÑAL Y ROPA
-NO ALIMENTAR CON MAZAMORRAS, CHICHAS, BEBIDAS AROMÁTICAS, LECHE COMPLEMENTARIA. MANZANILLA, AGUA DE MANZANA.
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.
-NO OFRECER BIBERONES, CHUPOS, TETEROS
• EVITAR GUARDERÍA HASTA LOS 6 MESES DE EDAD.
PARA EVITAR ASFIXIA DEL NEONATO NO COLOCAR MEDIAS, MANOPLAS, Y GORRO.
-RECOMENDACIONES DE SUEÑO

E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN

NIT: 900.196.346-9

Cod.Habilitacion:132440048301

CLL 23 N 56-32 Barrio Monte Carmelo

Fundacion Ser

PLAN DE MANEJO

Nº de Ingreso: 1231120 Fecha de Llegada: 23-07-2025 06:54 a. m.

Folio Nº: 31 Fecha de Atención Médica: 25-07-2025 10:08 a. m.

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: GUEVARA ANGARITA GLORIA MISHELL

Fecha Nacimiento: 06/Junio/2004

Estado Civil: Soltero

Dirección:

Procedencia: SAN JUAN NEPOMUCENO

Identificación: 1251[illegible]4523

Edad Actual: 21 Años / 1 Meses / 19 Días

Sexo: Femenino

Teléfono:

Entidad: MUTUAL SER EPSS

Salida

SALE MADRE CON NEONATO EN SUS BRAZOS

-CEFALEXINA TABLETA 500MG #28
USO: TOMAR UNA TABLETA CADA 6 HORAS POR 7 DÍAS
-ACETAMINOFÉN TABLETA 500 MG #40
USO:TOMAR UNA TABLETA CADA 6 HORAS POR 10 DIAS
-SULFATO FERROSO TABLETA 200 MG #30
USO: TOMAR UNA TABLETA CADA 24 HORAS POR UN MES
-ACIDO FOLICO TAB 1 MG #30
USO TOMAR UNA TAB DIARIA POR 3 MESES
-VITAMINA A TAB 50.000 UNID #4
USO: TOMAR 4 TAB (200 000 UND) DOSIS ÚNICA

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

RECOMENDACIONES:
-CITA CONTROL CON GINECOLOGIA
-CITA PRIORITARIA CON PLANIFICACION FAMILIAR
-RETIRO DE PUNTOS EN 8 DÍAS
-LAVAR HERIDA QUIRÚRGICA CON ABUNDANTE AGUA Y JABÓN
-COMPLETAR ESQUEMA ANTIBIÓTICO

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, VÓMITOS INCONTROLABLES, DOLOR ABDOMINAL INTENSO, FIEBRE QUE NO CEDE A ACETAMINOFÉN, SECRECIONES DE PUS O SANGRE POR HERIDA QUIRÚRGICA, DEHISCENCIA DE SUTURA

ÓRDENES DEL RECIÉN NACIDO
-CITA CON PEDIATRIA EN 3 DÍAS (CON RESULTADO DE TSH NEONATAL)
-ECOGRAFÍA DE CADERA BILATERAL (TAMIZAJE DISPLASIA) A LOS 4 MESES
-CITA CON FONOAUDIOLOGÍA EN 8 DÍAS
-TAMIZAJE VISUAL Y AUDITIVO (Si's OTOEMISIONES ACÚSTICAS +POTENCIALES EVOCADOS) CITA OPTOMETRÍA
-CONTROL DE PRIMERA INFANCIA
-Continuar ESQUEMA DE VACUNACIÓN PRÓXIMA 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 PEDIDO DEL BEBE, (NO EXCEDER MAS DE 2-3 HORAS SIN ALIMENTACIÓN). DAR EXCLUSIVA POR 6 MESES
-LIMPIEZA DE CORDÓN UMBILICAL CON AGUA Y JABÓN O SOLUCIÓN SALINA PARA BEBE PREFERIBLEMENTE DESDE LA BASE DEL CORDÓN HASTA LA PUNTA. NO QUITAR CLAMP QUE CUBRE Y MANTENER SECO, MANTENER POR FUERA DEL PAÑAL Y ROPA
-NO ALIMENTAR CON MAZAMORRAS, CHICHAS, BEBIDAS AROMÁTICAS, LECHE COMPLEMENTARIA MANZANILLA, AGUA DE MANZANA.
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.
-NO OFRECER BIBERONES, CHUPOS, TETEROS
• EVITAR GUARDERÍA HASTA LOS 6 MESES DE EDAD.
PARA EVITAR ASFIXIA DEL NEONATO NO COLOCAR MEDIAS, MANOPLAS, Y GORRO.
-RECOMENDACIONES DE SUEÑO
EVITAR COLOCAR EN EL CORRAL, PELUCHES, COBIJAS Y SABANAS, MANTENER DORMIDO BOCA ARRIBA, NUNCA DE LADO O BOCA ABAJO, NO REALIZAR COLECHO (NO DORMIR AL BEBE JUNTO CON

Fecha Actual : viernes, 25 julio 2025

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

INDICACIÓN MEDICA

INGRESO:1281120

Nº Historia Clinica: 1051814523 **Nº Folio:** 31 **Folio Asociado:**

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente:	GLORIA MISHELL GUEVARA ANGARITA	**Identificacion:**	1051814523 **Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento:	06/junio/2004 **Edad Actual:** 21 Años / 1 Meses / 18 Días	**Estado Civil:**	Soltero
Dirección:	barrio el progreso- san juan nepomuceno	**Teléfono:**	3102323636-3023761021
Procedencia:	SAN JUAN NEPOMUCENO	**Ocupación:**	PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad:	MUTUAL SER EPSS	**Régimen:**	Regimen_Simplificado
Plan Beneficios:	MUTUAL SER EVENTO CONT - HOSPITALIZACION Y CIRUGIA	**Nivel - Estrato:**	Contributivo Nivel 1 - Menor a 2 SMLMV

DATOS DEL INGRESO

Responsable:		**Teléfono Resp:**	
Dirección Resp:		**Fecha Registro:**	25/07/2025 10:08:36 a. m.
Finalidad Consulta:	Otra	**Causa Externa:**	Enfermedad_general

INDICACIÓN MEDICA

Tipo Indicacion: Salida

Detalle: SALE MADRE CON NEONATO EN SUS BRAZOS

-CEFALEXINA TABLETA 500MG #28
USO: TOMAR UNA TABLETA CADA 6 HORAS POR 7 DÍAS
-ACETAMINOFÉN TABLETA 500 MG #40
USO:TOMAR UNA TABLETA CADA 6 HORAS POR 10 DÍAS
-SULFATO FERROSO TABLETA 200 MG #30
USO: TOMAR UNA TABLETA CADA 24 HORAS POR UN MES
-ACIDO FOLICO TAB 1 MG #90
USO TOMAR UNA TAB DIARIA POR 3 MESES
-VITAMINA A TAB 50.000 UND #4
USO: TOMAR 4 TAB (200.000 UND) DOSIS ÚNICA

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

RECOMENDACIONES:
-CITA CONTROL CON GINECOLOGIA
-CITA PRIORITARIA CON PLANIFICACION FAMILIAR
-RETIRO DE PUNTOS EN 8 DÍAS
-LAVAR HERIDA QUIRÚRGICA CON ABUNDANTE AGUA Y JABÓN
-COMPLETAR ESQUEMA ANTIBIÓTICO

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, VÓMITOS INCONTROLABLES, DOLOR ABDOMINAL INTENSO, FIEBRE QUE NO CEDE A ACETAMINOFÉN, SECRECIONES DE PUS O SANGRE POR HERIDA QUIRÚRGICA, DEHISCENCIA DE SUTURA.

ÓRDENES DEL RECIÉN NACIDO

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

EPICRISIS

N°87979 **Ingreso No: 1281120**

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha Documento: 25/julio/2025 10:15 a. m. **Confirmado**

Médico: 9171908 HERMIDES JOSE FERNANDEZ FERNANDEZ

Informacion Paciente: GLORIA MISHELL GUEVARA ANGARITA **Tipo Paciente:** Contributivo **Sexo:** Femenino

Tipo Documento: Cédula_Ciudadanía **Número:** 1051814523 **Edad:** 21 Años / 1 Meses / 18 Días **F. Nacimiento:** 06/06/2004

Entidad: ESS207 MUTUAL SER EPSS

REPS Ingreso: **REPS Egreso:**

INFORMACIÓN DE LA EPICRISIS

Fecha Ingreso: 23/julio/2025 06:54 a. m. **Fecha Egreso:** 25/julio/2025 10:15 a. m.

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

Motivo Consulta:

"EL GINECOLOGO ME CITO PAR INDUCCION HOY."

Enfermedad Actual:

FEMENINA DE 21 AÑOS DE EDAD GESTANTE A TERMINO QUIEN INRGESA AMNIFIESTANDO QUE GINECOLGO TRATNET CITO PARA EL DIA D EHOY REALAZAR INDUCCION DE TRABAJO DE PARTO, NEIGA PERDIDA VAGINELES RPMEONRIOISO U OTR INTOMAOTLOGI A SOCIADA, REFIERE MVOENITOS FETALES PRESENTES RAZON POR LA CUAL CONSULTA

Revisión del Sistema:

LO DESCRITO

Indica Med/Conducta:

Analisis:
FEMENINA DE 21 AÑOS G1
EMBARAZO DE 39.2 SEMANAS
FUV
PREPARTO
ALTO RIESGO OBSTÉTRICO POR:
NULÍPARA
PRIMIGESTANTE
BAJO NIVEL SOCIOECONÓMICO
SISTEMA DE ALERTA TEMPRANA RIESGO BAJO
RIESGO TROMBÓTICO BAJO
PLANIFICACION FAMILIAR AMPOLLA TRIMESTRAL

PACIENTE CON DIAGNÓSTICOS ANTERIORMENTE MENCIONADOS Y DESCRITOS QUIEN AL INGRESO SE ENCUENTRA HEMODINAMICAMENTE Y CLINICAMENTE ESTABLE, NORMOTENSA, NORMOSATURADA, NORMOTERMICA, TOLERANDO VÍA ORAL Y OXIGENO AMBIENTE DE MANERA ADECUADA, SE VERIFICA BIENESTAR FETAL DADO POR MONITORIA FETAL CAT I, REACTIVO, LÍNEA DE BASE 135-140 LPM, SIN REGISTRO DE ACTIVIDAD UTERINA, AL TACTOP VAGINAL CUELLO POSTERIOR LARGO 1-2 CM NO SNAGRAPOD NO SALIDA DE LIQUIDOS, TARNNEI RENGATIVO, ELCUORREA BLANQUECINA EN MODERADA CANTIDAD NO FETIDA, DECIDO INRGESAR APR AORDENAR PARALICNCIOS Y VLORACION POR GINECOLGOIA REFIER ENTDER Y ACEPTAR

Conducta
-HOSPITALIZAR EN MATERNIDAD
-DIETA LIQUIDA A TOLERANCIA
-LACTATO DE RINGER, PASAR 100 CC HORA
-CEFRADINA 1 GR IV CADA 6 HORAS
-DIPIRONA 2 GR IV CADA 8 HORAS
-CURACION DIARIA DE HERIDA
-VIGILAR BOLO SEGURIDAD DE PINARD Y SANGRADO POR GENITALES.
-CONTROL DE SIGNOS VITALES Y AVISAR CAMBIOS
Conducta
-HOSPITALIZAR EN MATERNIDAD
-DIETA LIQUIDA A TOLERANCIA
-LACTATO DE RINGER, PASAR 100 CC HORA
-CEFRADINA 1 GR IV CADA 6 HORAS
-DIPIRONA 2 GR IV CADA 8 HORAS
-CURACION DIARIA DE HERIDA
-VIGILAR BOLO SEGURIDAD DE PINARD Y SANGRADO POR GENITALES
-CONTROL DE SIGNOS VITALES Y AVISAR CAMBIOS
Conducta
-ALTA MEDICA
-CEFALEXINA TABLETA 500MG #28
USO: TOMAR UNA TABLETA CADA 6 HORAS POR 7 DIAS
-GENTAMICINA 160MG AMPOLLA #4
USO: APLICAR UNA AMPOLLA INTRAMUSCULAR CADA 24 HORAS POR 4 DIAS
-ACETAMINOFEN TABLETA 500MG #28
USO: TOMAR UNA TABLETA CADA 6 HORAS POR DOLOR O FIEBRE
-SULFATO FERROSO TABLETA 100MG #30
USO: TOMAR UNA TABLETA CADA 24 HORAS POR UN MES
-ACIDO FOLICO TAB 1 MG #90
USO TOMAR UNA TABLETA DIARIA POR 3 MESES
-VITAMINA A TAB 50 000 UND #4
USO: TOMAR UNA TABLETA DIARIA

-SE COLOCA AMPOLLA TRIMESTRAL

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

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

EPICRISIS

Nº87979 **Ingreso No: 1281120**

Indicación Paciente:
SALE MADRE CON NEONATO EN SUS BRAZOS

-CEFALEXINA TABLETA 500MG #28
USO TOMAR UNA TABLETA CADA 6 HORAS POR 7 DÍAS
-ACETAMINOFÉN TABLETA 500 MG #40
USO TOMAR UNA TABLETA CADA 6 HORAS POR 10 DÍAS
-SULFATO FERROSO TABLETA 200 MG #30
USO TOMAR UNA TABLETA CADA 24 HORAS POR UN MES
-ACIDO FOLICO TAB 1 MG #90
USO TOMAR UNA TAB DIARIA POR 3 MESES
-VITAMINA A TAB 50 000 UND #4
USO TOMAR 4 TAB (200 000 UND) DOSIS ÚNICA

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

RECOMENDACIONES
-CITA CONTROL CON GINECOLOGIA
-CITA PRIORITARIA CON PLANIFICACION FAMILIAR
-RETIRO DE PUNTOS EN 8 DÍAS
-LAVAR HERIDA QUIRÚRGICA CON ABUNDANTE AGUA Y JABÓN
-COMPLETAR ESQUEMA ANTIBIÓTICO

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, VÓMITOS INCONTROLABLES, DOLOR ABDOMINAL INTENSO, FIEBRE QUE NO CEDE A ACETAMINOFÉN, SECRECIONES DE PUS O SANGRE POR HERIDA QUIRÚRGICA, DEHISCENCIA DE SUTURA

ORDENES DEL RECIÉN NACIDO
-CITA CON PEDIATRIA EN 3 DÍAS (CON RESULTADO DE TSH NEONATAL).
-ECOGRAFÍA DE CADERA BILATERAL (TAMIZAJE DISPLASIA) A LOS 4 MESES
-CITA CON FONOAUDIOLOGÍA EN 8 DÍAS
-TAMIZAJE VISUAL Y AUDITIVO (S/o OTOEMISIONES ACÚSTICAS +POTENCIALES EVOCADOS) CITA OPTOMETRÍA
-CONTROL DE PRIMERA INFANCIA
-Continuar ESQUEMA DE VACUNACIÓN PRÓXIMA 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 PEDIDO DEL BEBE, (NO EXCEDER MAS DE 2-3 HORAS SIN ALIMENTACIÓN), DAR EXCLUSIVA POR 6 MESES
-LIMPIEZA DE CORDÓN UMBILICAL CON AGUA Y JABÓN O SOLUCIÓN SALINA PARA BEBE PREFERIBLEMENTE DESDE LA BASE DEL CORDÓN HASTA LA PUNTA. NO QUITAR CLAMP QUE CUBRE Y MANTENER SECO, MANTENER POR FUERA DEL PAÑAL Y ROPA
-NO ALIMENTAR CON MAZAMORRAS, CHICHAS, BEBIDAS AROMÁTICAS, LECHE COMPLEMENTARIA, MANZANILLA, AGUA DE MANZANA
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
-NO OFRECER BIBERONES, CHUPOS, TETEROS
• EVITAR GUARDERÍA HASTA LOS 6 MESES DE EDAD
PARA EVITAR ASFIXIA DEL NEONATO NO COLOCAR MEDIAS, MANOPLAS, Y GORRO.
RECOMENDACIONES DE SUEÑO
EVITAR COLOCAR EN EL CORRAL, PELUCHES, COBIJAS Y SABANAS, MANTENER 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 , RESPIRE 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

Examen Fisico:
Sistema Nervioso Central
SIN DEFICIT MOTOR NI SENITNVIO APARENTE
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, AU 31 CM FETO UNICO VIVO LONGUITUDINAL DORSO IZQUIERDO DE LA MADRE FCF:134-152 LPM, MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES, NO SE PALPA ACTIVIDAD UTERINA EN 10 MINUTOS
Piel y Faneras
SIN LESIONES NI ENRIDAS
Genito-Urinario
NORMOCONFIGUADO PARA SEXO Y EDAD AL TACTOP VAGINAL CUELLO POSTERIOR LARGO 1-2 CM NO SNAGRAPOD NO SALIDA DE LIQUIDOS, TARNNEI RENGATIVO. EL CUORREA BLANQUECINA EN MODERADA CANTIDAD NO FETIDA
Extremidades
EUTROFICAS SIN EDEMA LLENADO CPIAALR <2S00, PULOS DISTALE SPRESENTES
Justificación:

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

EPICRISIS

Nº87979

Ingreso No: 1281120

POST-OPERATORIO DE CESAREA (23/07/2025 09+23 HORAS)
RECIEN NACIDO UNICO VIVO SEXO FEMENINO
PUERPERIO MEDIATO
RIESGO TROMBOEMBÓLICO MODERADO
-SISTEMA DE ALERTA TEMPRANA (SAT) BAJO RIESGO

PACIENTE REFIERE SENTIRSE BIEN, NIEGA DOLOR ABDOMINAL, NIEGA SANGRADO VAGINAL, NIEGA CEFALEA, FOSFENOS, ACUFENOS, ESCOTOMAS, NIEGA EDEMA, YA SE LEVANTÓ DE LA CAMA, DEAMBULACIÓN SIN INCONVENIENTES, NO SIGNOS DE ALARMA.
ANALSIS OBJETIVO
OBJETIVO
PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, CONSCIENTE, ORIENTADA, AFEBRIL, NORMOCEFALA, CABELLO BIEN IMPLANTADO, PUPILAS ISOCORICAS, NORMORREACTIVAS A LA LUZ, OROFARINGE NORMAL, CUELLO MÓVIL SIN MASAS NI ADENOPATÍAS, TÓRAX SIMÉTRICO, EXPANSIBLE CARDIOPULMONAR NORMAL, NO SOPLOS NO SOBREAGREGADOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE BOLO DE SEGURIDAD DE PINARD PALPABLE, INFRAUMBILICAL, NORMOTENSO, HERIDA QUIRÚRGICA EN BUEN ESTADO SIN SECRECIONES NI DEHISCENCIA DE SUTURA, NO SIGNOS DE INFECCIÓN LOCAL, GU NORMOCONFIGURADOS, SONDA VESICAL NORMOFUNCIONANTE CON ORINA CLARA, EXTREMIDADES SIMÉTRICAS EUTRÓFICAS SIN EDEMA , SNC SIN DÉFICIT

ANÁLISIS,
PUERPERA INMEDIATA CLÍNICA Y HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE SIN SIGNOS DE SIRS, TRANQUILA CON BUENA RECUPERACIÓN PRIMER DIA POP, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, TOLERANDO VIA ORAL Y OXIGENO AMBIENTE, AFEBRIL, SIN DIFICULTAD A LA DEAMBULACIÓN, CON BOLO DE SEGURIDAD DE PINARD POR DEBAJO DE LA CICATRIZ UMBILICALLOQUIOS ESCASOS, NO PREMONITORIOS, EN COMPAÑÍA DE RECIÉN NACIDO SIN SIGNOS DE ALARMA O SIGNOS GENERALES DE PELIGRO, SE CONSIDERA DAR DE ALTA CON MANEJO AMBULATORIO RECOMENDACIONES Y EXPLICANDO SIGNOS DE ALARMA.

SE INFORMA ACERCA DE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DISPONIBLES SEGÚN PROTOCOLO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO. QUIEN REFIERE QUIERE PLANIFICAR CON AMPOLLA TRIMESTRAL.

SE HACE PEDAGOGÍA SOBRE LOS EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS. SANGRADO INTERMENSTRUAL O MANCHADO, SENSIBILIDAD EN LAS MAMAS, DOLORES DE CABEZA, NÁUSEAS, HINCHAZÓN ABDOMINAL, AUMENTO DE LA PRESIÓN ARTERIAL, AUMENTO DE PESO.

25/07/2025 10:08 DIAZ RODRIGUEZ DEISON ANDRES

ANALISIS SUBJETIVO
-POST-OPERATORIO DE CESAREA (23/07/2025 09+23 HORAS)
-RECIEN NACIDO UNICO VIVO SEXO FEMENINO
-PUERPERIO MEDIATO
-RIESGO TROMBOEMBÓLICO MODERADO
-SISTEMA DE ALERTA TEMPRANA (SAT) BAJO RIESGO

PACIENTE REFIERE SENTIRSE BIEN, NIEGA DOLOR ABDOMINAL, NIEGA SANGRADO VAGINAL, NIEGA CEFALEA, FOSFENOS, ACUFENOS, ESCOTOMAS, NIEGA EDEMA, YA SE LEVANTÓ DE LA CAMA, DEAMBULACIÓN SIN INCONVENIENTES, NO SIGNOS DE ALARMA, EN ALOJAMIENTO CONJUNTO CON RECÉN NACIDO EL CUAL SE ENCUENTRA ACTIVO, REACTIVO, ROSADO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, FEBRIL CON LLANTO FUERTE, BUEN INICIO DE LACTANCIA MATERNA SUCCIÓN FUERTE, SIN SIGNOS GENERALES DE PELIGRO VERIFICADOS SEGUN AIEPI
ANALSIS OBJETIVO
OBJETIVO
PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, CONSCIENTE, ORIENTADA, AFEBRIL, NORMOCEFALA, CABELLO BIEN IMPLANTADO, PUPILAS ISOCORICAS, NORMORREACTIVAS A LA LUZ, OROFARINGE NORMAL, CUELLO MÓVIL SIN MASAS NI ADENOPATÍAS, TÓRAX SIMÉTRICO, EXPANSIBLE CARDIOPULMONAR NORMAL, NO SOPLOS NO SOBREAGREGADOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE BOLO DE SEGURIDAD DE PINARD PALPABLE, INFRAUMBILICAL, NORMOTENSO, HERIDA QUIRÚRGICA EN BUEN ESTADO SIN SECRECIONES NI DEHISCENCIA DE SUTURA, NO SIGNOS DE INFECCIÓN LOCAL, GU NORMOCONFIGURADOS, SONDA VESICAL NORMOFUNCIONANTE CON ORINA CLARA, EXTREMIDADES SIMÉTRICAS EUTRÓFICAS SIN EDEMA , SNC SIN DÉFICIT

ACOMPAÑADA DE RECIÉN NACIDO, EUTERMICO, ROSADO ACTIVO REACTIVO, NO ICTERICIA FONTANELAS NORMOTENSAS, COANAS PERMEABLE, CUELLO MÓVIL SIN MASAS NI ADENOPATÍAS, PALADAR INTEGRO, TÓRAX SIMÉTRICO, SIN TIRAJES, RS CS RS SIN SOPLOS NO SOBRE AGREGADOS, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS, NO MEGALIAS,ONFALO SIN SIGNOS DE INFECCIÓN LOCAL, SNC SIN DÉFICIT APARENTE, MORO PRESENTE, SUCCIÓN PRESENTE.

ANÁLISIS
PUÉRPERA INMEDIATA CLÍNICA Y HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE SIN SIGNOS DE SIRS, TRANQUILA CON BUENA RECUPERACIÓN PRIMER DIA POP, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, TOLERANDO VIA ORAL Y OXIGENO AMBIENTE, AFEBRIL, SIN DIFICULTAD A LA DEAMBULACIÓN, CON BOLO DE SEGURIDAD DE PINARD POR DEBAJO DE LA CICATRIZ UMBILICAL,LOQUIOS ESCASOS, NO PREMONITORIOS, EN COMPAÑÍA DE RECIÉN NACIDO SIN SIGNOS DE ALARMA O SIGNOS GENERALES DE PELIGRO, VALORADA EN CONJUNTO ESPECIALISTA EN RONDA MÉDICA EN LA MAÑANA DE HOY QUIEN ORDENA DAR DE ALTA CON MANEJO AMBULATORIO RECOMENDACIONES Y EXPLICANDO SIGNOS DE ALARMA, CITA PLANIFICACION FAMILIAR, CITA CONTROL DEL RECÉN NACIDO

SE INFORMA ACERCA DE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DISPONIBLES SEGÚN PROTOCOLO DE ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO. QUIEN REFIERE QUIERE PLANIFICAR CON AMPOLLA TRIMESTRAL.

SE HACE PEDAGOGÍA SOBRE LOS EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS. SANGRADO INTERMENSTRUAL O MANCHADO, SENSIBILIDAD EN LAS MAMAS, DOLORES DE CABEZA, NÁUSEAS, HINCHAZÓN ABDOMINAL, AUMENTO DE LA PRESIÓN ARTERIAL, AUMENTO DE PESO.

SERVICIOS

CÓDIGO	NOMBRE	HC
902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	✓
906915	PRUEBA NO TREPONEMICA (VDRL EN SUERO O LCR) MANUAL	✓
906749	Virus de Inmunodeficiencia Humana 1 Y 2 ANTICUERPOS	✓
902045	TIEMPO DE PROTROMBINA (TP)	✓
902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (TTP)	✓
904903	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES TSH NEONATAL	✓
911016	HEMOCLASIFICACION SISTEMA Rh (ANTIGENO Rh D) EN TUBO	✓

MEDICAMENTOS

CÓDIGO	NOMBRE	HC
SUSVA3006	LACTATO DE RINGER (Sol Hartmann) 500ml (BAXTER BA)	✓
AGU03L00007	AGUJA SPINOCAN #20G 3 1/2 RF	✓
CAU03SU0002	CAUCHO DE SUCCION 3 UNT 1/4	✓
JER03DE3N08	JERINGA DE INSULINA 270 X 1/2	✓
N01BB01B5	BUPIVACAINA (BUPIROP PESADA) 4 ML (SICMAFARMA)	✓
J01DB0440	CEFAZOLINA 1G POLVO PARA RECONSTITUIR (FARMALOGICA)	✓
N02BB0245	DIPIRONA MAGNESICA 2 G AMPOLLA 5 ML (VITALIS)	✓
H02AB0205	DEXAMETASONA 8 MG / 2 ML SOL INYEC MILIGRAMOS 8 VITALIS	✓

HISTORIA CLINICA No.1051826852 Cedula 1051826852
SANDRA MILENA ANILLO MORALES

Edad actual : 30 AÑOS
Sexo: Femenino
G.Etareo: 7

Fecha Inicial: 31/07/2025 **Fecha Final:** 03/08/2025 **Tipo de Atención** HOSPITALIZACION

INFORMACION DEL INGRESO

MOTIVO DE CONSULTA

"REMITIDA DE CONSULTA EXTERNA"

SIGNOS VITALES

Folio: 44 **Fecha:** 03/08/2025

Hora Toma	TAS. mm.Hg.	TAD. mm.Hg.	Media	FC. x Min.	FR. x Min.	Temp. oC	Via Toma	TALLA cmts	PULSO x Min.	PVC	PESO Kgms	Estado Hidratación	GLUCOME Gr/dl	I.M.C.
14:27:50	138	102	114	111	22	36.00	Axilar	171.00			79.00	Hidratad	0	27.02

Glasgow	Ramsay	Richmond	Escala	Tipo escala de	Perímetro	Perímetro	FC. Fetal	Estadio	% Riesgo	Cod
15			99	ADULTO						AU258

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE G2P1A0 CON EMBARAZO DE 37.2 SEMANAS POR ECO DE TAMIZAJE REMITIDA DE CONSULTA EXTERNA DE GINECOLOGIA POR PRESENCIA DE OLOGOHIDRAMNIOS VS RCIU, REFIERE HOSPITALIZACION RECIENTE POR APP EL DIA 15-19 JULIO CON MADURACION PULMONAR EN CLINICA FOSCAL (BUCARAMANGA) REFIERE SALIDA DE LIQUIDO ESCASA, POR GENITALES EXTERNOS, NIEGA PREMONITORIOS U OTROS SINTOMAS ASOCIADOS

ANTECEDENTES PERSONALES
1. GINECO-OBSTETRICOS
MENARCA: 13 AÑOS
FUM: 05/11/2024
G2P1A0
PARTO VAGINAL 15/03/2017 (8 AÑOS)
GRUPO SANGUINEO: O+
COMPLICACIONES DURANTE EMBARAZO ACTUAL: OLIGOHIDRAMNIO LEVE
CONTROLES: 7
2. PATOLOGICOS: INTERROGADOS Y NEGADOS
3. QUIRURGICOS: RESECCION GLANDULA SUPERMAMARIA
4. ALERGIAS: INTERROGADOS Y NEGADOS

11/02/2025 ECO EMBARAZO DE 13 SEMANAS HOY 37.2 SEMANAS
22/04/2025 EMABRAZO DE 22.2 SEMANAS
MAYO 23 /2025 EMBARAZO DE 27.1 SEMANAS
ECO 31/07/2025 EMBARAZO DE 37.2 SEMANAS + FETO PEQUEÑO PARA EDAD GESTACIONAL VS RCIU + OLIGOHIDRAMNIOS LEVE ILA 5.7 CM PESO 2541 PERCENTIL 9.7%

PARACLINICOS
10/05/2025 GLUCOSA 80 HB 10.8 TREPONEMA -
PRUEBA TREPONEMICA (-) VIH 1 Y 2 NO REACTIVO, HEPATITIS B (NEGATIVO),
TOXOPLASMA IGG E IGM (-) RUBEOLA IGG E IGM (-) CITOMEGALOVIRUS IGG E IGM (-)

EXAMEN FISICO

CABEZA Y ORAL: TA 100/60 MMHG FC: 75 LPM, FR 16 RPM, T: 36.5°C, SATO2 100% TALLA 1.71 PESO 79 KG
NORMOCEFALO ESCLERAS ANICTERICA, MUCOSAS HUMEDAS, PUPILAS ISOCORICA NORMOREACTIVAS A LA LUZ
CUELLO MOVIL SIMETRICO SIN ADENOPATIAS NO SOPLO CAROTIDEO, NO INGURGITACION
CARDIOPULMONAR : TORAX SIMETRICO EXPANSIBLE RUIDOS CARDIACOS RITMICOS PULMONES: MURMULLO VESICULAR CONSERVADO NO AGREGADOS
ABDOMEN: TONO UTERINO NORMAL NO DOLOROSO GLOBOSO POR UTERO GRAVIDO AU: 32 CM
FETOCARDIA : 145 DORSO DERECHO NO ACTIVIDAD UTERINA PALPABLE NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL

HISTORIA CLINICA No.1051826852 Cedula 1051826852
SANDRA MILENA ANILLO MORALES

Edad actual : 30 AÑOS
Sexo: Femenino
G.Etareo: 7

Fecha Inicial: 31/07/2025 **Fecha Final:** 03/08/2025 **Tipo de Atención** HOSPITALIZACION

GENITOURINARIO : GENITALES NORMOCONFIGURADOS, AL TACTO VAGINAL LONGITUD AMPLITUD TEMPERATURA NORMAL MEMBRANAS INTEGRAS TARNIER NEGATIVO CUELLO POSTERIOR REBLANDECIDO LARGO OCI CERRADO OCE PERMEABLE
NEUROLOGICO : CONSCIENTE ORIENTADA EN LAS TRES ESFERAS GLASGOW 15/15 SIN SIGNO FOCALIZACION NEUROLOGICA ALERTA NO DEFICIT NEUROLOGICO.
EXTREMIDADES SIMETRICAS EUTROFICAS NO EDEMA, PULSOS DISTALES PRESENTES.

DIAGNOSTICO	O410	OLIGOHIDRAMNIOS	Tipo PRINCIPAL
DIAGNOSTICO	O410	OLIGOHIDRAMNIOS	Tipo PRINCIPAL
DIAGNOSTICO	O365	ATENCION MATERNA POR DEFICIT DEL CRECIMIENTO FETAL	Tipo RELACIONADO
DIAGNOSTICO	Z302	ESTERILIZACION	Tipo RELACIONADO
DIAGNOSTICO	O829	PARTO POR CESAREA SIN OTRA ESPECIFICACION	Tipo PRINCIPAL
DIAGNOSTICO	O410	OLIGOHIDRAMNIOS	Tipo RELACIONADO
DIAGNOSTICO	O365	ATENCION MATERNA POR DEFICIT DEL CRECIMIENTO FETAL	Tipo RELACIONADO
DIAGNOSTICO	Z302	ESTERILIZACION	Tipo RELACIONADO
DIAGNOSTICO	O829	PARTO POR CESAREA SIN OTRA ESPECIFICACION	Tipo PRINCIPAL
DIAGNOSTICO	O410	OLIGOHIDRAMNIOS	Tipo RELACIONADO
DIAGNOSTICO	O365	ATENCION MATERNA POR DEFICIT DEL CRECIMIENTO FETAL	Tipo RELACIONADO
DIAGNOSTICO	Z302	ESTERILIZACION	Tipo RELACIONADO

INTERCONSULTA POR: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA Fecha de Orden: 31/07/2025

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CONGREGACION DE HERMANAS FRANC **Edad :** 30 AÑOS

FOLIO 7 **FECHA** 31/07/2025 18:27:34 **TIPO DE ATENCION** URGENCIAS

RESULTADOS: PACIENTE DE 30 AÑOS, G2P1A0, FUM NOVIEMBRE 8/2024, FPP AGOSTO 15/2025.
MANIFIESTA HABER SIDO REMITIDA DE CONSULTA EXTERNA DE GINECOLOGIA POR PRESENCIA DE OLOGOHIDRAMNIOS + RCIU, ADEMAS SALIDA DE LIQUIDO ESCASA POR GENITALES EXTERNOS EN EL DIA DE AYER, NIEGA PREMONITORIOS U OTROS SINTOMAS ASOCIADOS, REFIERE ACTIVIDAD UTERINA OCASIONAL, CON INTENSIDAD Y FRECUENCIA VARIABLES, PRESENTO SANGRADO POR GENITALES EXTERNOS EN EL EZAMEN FISICO AL INGRESO; EMBARAZO CONTROLADO EN SU EPS MAGISTERIO (7 CONTROLES EN LA CIUDAD DE BUCARAMENGA), REFIERE HOSPITALIZACION RECIENTE POR APP EL DIA 15-19 JULIO CON MADURACION PULMONAR EN CLINICA FOSCAL (BUCARAMANGA), TRAE PARACLINICOS DE CONTROL PRENATAL CON VDRL NO REACTIVO, VIH NEGATIVO, AgSHB NEGATIVO; HEMOCLASIFICACION GRUPO O RH POSITIVO.
EXAMENES CONTROL PRENATAL.
ECOGRAFIAS
11/02/2025 ECO EMBARAZO DE 13 SEMANAS HOY 37.2 SEMANAS
22/04/2025 EMABRAZO DE 22.2 SEMANAS
MAYO 23 /2025 EMBARAZO DE 27.1 SEMANAS
ECO 31/07/2025 EMBARAZO DE 37.2 SEMANAS + FETO PEQUEÑO PARA EDAD GESTACIONAL VS RCIU + OLIGOHIDRAMNIOS LEVE ILA 5.7 CM PESO 2541 PERCENTIL 9.7%
PARACLINICOS
10/05/2025 GLUCOSA 80 HB 10.8 TREPONEMA - PRUEBA TREPONEMICA (-) VIH 1 Y 2 NO REACTIVO, HEPATITIS B (NEGATIVO), TOXOPLASMA IGG E IGM (-) RUBEOLA IGG E IGM (-) CITOMEGALOVIRUS IGG E IGM (-)

AL EXAMEN:
TA 105/67, FC 82', FR 18', T 36°
CONSCIENTE Y ORIENTADA EN LAS TRES ESFERAS0-
TORAX SIMETRICO, MAMAS TURGENTES, CARDIOPULMONAR NORMAL
ABDOMEN GLOBOSO POR UTERO GRAVIDO, FETO LONGITUDINAL CEFALICO, AU 30 cms, FCF 144', CU 1(40")10'/MI,
TONO UTERINO NORMAL.
GENITALES EXTERNOS DE ASPECTO NORMAL, SIN ALTERACIONES, NO FLUJO VAGINAL, TARNIER NEGATIVO. SANGRADO DE COLOR OSCURO EN FONDO DE SCAO POSTERIOR; TACTO VAGINAL: LAT NORMAL, CERVIX POSTERIUOR CERRADO.
EXTREMIDADES SIMETRICAS SIN EDEMA
SNC SIN DEFICIT APARENTE
SE REALIZAN PARACLINICOS ASI:

1. HEMOGRAMA + FD Hb 11.7 Y Hcto 34.1, LEUCOCITOS 10410/mm3 (N 75.1 %), PLAQUETAS 283000/mm3
2. PRUEB TREPONEMICA NEGATIVO
3. VIH 1 Y 2 ANTIGENO P 24 NEGATIVO
4. GOT 10 U/L
5. GPT 16 U/L
6. LDH 135 U/L
7. CREATININA 0.52 mg/dl
8. TP 9.3 (INR 0.85) Y TPT 19.8
9. BILIRRUBINAS TOTAL 0.28 Y DIRECTA 0.15
10. UROANALISIS NORMAL
11. ECOGRAFIA OBSTETRICA QUE REPORTA EMBARAZO DE 36 SEMANAS POR BIOMETRIA + FUV + OLIGOHIDRAMNIOS + RCIU CA < P 2
12. PERFIOL BIOFISICO FETAL 8/8
13. DOPPLER FETOPLACENTARIO NROMAL
14. CERVICOMETRIA DIAMETRO ANTERPOSTERIOR 31 mm DIAMETRO LONGITUDINAL 35 mm
15- MONITORIA FETAL ANTEPARTO CATEGORIA I

IDX EMBARAZO DE 38 SEMANAS POR AMENORREA + FUV + OLIGOHIDRAMNIOS + RCIU + PARIDAD SATISFECHA + PERIODO INTERGENESICO PROLONGADO +
RIESGO PSICOSOCIAL BAJO (ESCALA DE HERRERA Y HURTADO) + RIESGO TROMBOEMBOLICO ANTENATAL BAJO (ESCALA RCOG/FECOLSOG) + ESCALA DE ALERTA TEMPRANA 0 PUNTOS + RIESGO DE HEMORRAGIA POSPARTO BAJO + ESCALA DE ATALAH: SOBREPESO PARA EDAD GESTACIONAL + ALTO RIESGO OBSTETRICO ASESORIA DE PLANIFICACION: POMEROY.

ANALISIS:
PACIENTE TRANQUILA, HIDRATADA HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, SIN DINAMICA UTERINA REGULAR O CAMBIOS CERVICALES, CON PRUEBAS DE BIENESTAR FETAL DENTRO DE RANGOS NORMALES (MONITOREO FETAL), CON CUADRO DE OLIGOHIDRAMNIOS + RCIU, QUE PODRIAN SE R CAUSANTES DE SUFRIMEINTO FETAL AGUDO EN EL MOMENTO DEL TRABAJO D EPARTO, POR LO QUE SE CONSIDERA HOSPITALIZAR, PREPARAR PARA CESAREA POR DICHO RIESGO, ADEMAS TIENE PARIDAD SATISFECHA, POR LO CUAL DESEA POMEROY, TIENE PARACLINICOS NORMA ATENCION DEL PARTO CON RESULTADOS NORMALES; SE EXPLICA SITUACION CLINICA, CONDUCTA MEDICA A SEGUIR A LA PACIENTE, QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

PLAN.
- HOSPITALIZAR
- REPOSO EN CAMA
- LEV PMVC
- NADA VIA ORAL

HISTORIA CLINICA No.1051826852 Cedula 1051826852
SANDRA MILENA ANILLO MORALES

Edad actual : 30 AÑOS
Sexo: Femenino
G.Etareo: 7

Fecha Inicial: 31/07/2025 **Fecha Final:** 03/08/2025 **Tipo de Atención** URGENCIAS

- PREPARAR PARA CESAREA + POMEROY
- CSV Y AAC. FECHA Y HORA DE APLICACION:31/07/2025 18:49:21

ORDENES DE PROCEDIMIENTOS NO QX

Cantidad	Descripción	Observaciones
1	MONITORIA FETAL ANTEPARTO	

EVOLUCION

SEDE DE ATENCIÓN: 001 **CONGREGACION DE HERMANAS FRANC** **Edad :** 30 AÑOS

FOLIO 6 **FECHA** 31/07/2025 18:18:57 **TIPO DE ATENCION** URGENCIAS

EVOLUCION MEDICO

PACIENTE DE 30 AÑOS, G2P1A0, FUM NOVIEMBRE 8/2024, FPP AGOSTO 15/2025.
MANIFIESTA HABER SIDO REMITIDA DE CONSULTA EXTERNA DE GINECOLOGIA POR PRESENCIA DE OLOGOHIDRAMNIOS + RCIU, ADEMAS SALIDA DE LIQUIDO ESCASA POR GENITALES EXTERNOS EN EL DIA DE AYER, NIEGA PREMONITORIOS U OTROS SINTOMAS ASOCIADOS, REFIERE ACTIVIDAD UTERINA OCASIONAL, CON INTENSIDAD Y FRECUENCIA VARIABLES, PRESENTO SANGRADO POR GENITALES EXTERNOS EN EL EZAMEN FISICO AL INGRESO; EMBARAZO CONTROLADO EN SU EPS MAGISTERIO (7 CONTROLES EN LA CIUDAD DE BUCARAMENGA), REFIERE HOSPITALIZACION RECIENTE POR APP EL DIA 15-19 JULIO CON MADURACION PULMONAR EN CLINICA FOSCAL (BUCARAMANGA), TRAE PARACLINICOS DE CONTROL PRENATAL CON VDRL NO REACTIVO, VIH NEGATIVO, AgSHB NEGATIVO; HEMOCLASIFICACION GRUPO O RH POSITIVO.
EXAMENES CONTROL PRENATAL.
ECOGRAFIAS
11/02/2025 ECO EMBARAZO DE 13 SEMANAS HOY 37.2 SEMANAS
22/04/2025 EMABRAZO DE 22.2 SEMANAS
MAYO 23 /2025 EMBARAZO DE 27.1 SEMANAS
ECO 31/07/2025 EMBARAZO DE 37.2 SEMANAS + FETO PEQUEÑO PARA EDAD GESTACIONAL VS RCIU + OLIGOHIDRAMNIOS LEVE ILA 5.7 CM PESO 2541 PERCENTIL 9.7%
PARACLINICOS
10/05/2025 GLUCOSA 80 HB 10.8 TREPONEMA - PRUEBA TREPONEMICA (-) VIH 1 Y 2 NO REACTIVO, HEPATITIS B (NEGATIVO), TOXOPLASMA IGG E IGM (-) RUBEOLA IGG E IGM (-) CITOMEGALOVIRUS IGG E IGM (-)
AL EXAMEN:
TA 105/67, FC 82', FR 18', T 36°
CONSCIENTE Y ORIENTADA EN LAS TRES ESFERAS0-
TORAX SIMETRICO, MAMAS TURGENTES, CARDIOPULMONAR NORMAL
ABDOMEN GLOBOSO POR UTERO GRAVIDO, FETO LONGITUDINAL CEFALICO, AU 30 cms; FCF 144', CU 1(40")10'/MI, TONO UTERINO NORMAL.
GENITALES EXTERNOS DE ASPECTO NORMAL, SIN ALTERACIONES, NO FLUJO VAGINAL, TARNIER NEGATIVO, SANGRADO DE COLOR OSCURO EN FONDO DE SCAO POSTERIOR; TACTO VAGINAL: LAT NORMAL, CERVIX POSTERIUOR CERRADO.
EXTREMIDADES SIMETRICAS SIN EDEMA
SNC SIN DEFICIT APARENTE
SE REALIZAN PARACLINICOS ASI:

1. HEMOGRAMA + FD Hb 11.7 Y Hcto 34.1, LEUCOCITOS 10410/mm3 (N 75.1 %), PLAQUETAS 283000/mm3
2. PRUEB TREPONEMICA NEGATIVO
3. VIH 1 Y 2 ANTIGENO P 24 NEGATIVO
4. GOT 10 U/L
5. GPT 16 U/L
6. LDH 135 U/L

HISTORIA CLINICA No.1051826852 Cedula 1051826852
SANDRA MILENA ANILLO MORALES

Edad actual : 30 AÑOS
Sexo: Femenino
G.Etareo: 7

Fecha Inicial: 31/07/2025 Fecha Final: 03/08/2025 Tipo de Atención URGENCIAS

7. CREATININA 0.52 mg/dl
8. TP 9.3 (INR 0.85) Y TPT 19.8
9. BILIRRUBINAS TOTAL 0.28 Y DIRECTA 0.15
10. UROANALISIS NORMAL
11. ECOGRAFIA OBSTETRICA QUE REPORTA EMBARAZO DE 36 SEMANAS POR BIOMETRIA + FUV + OLIGOHIDRAMNIOS + RCIU CA < P 2
12. PERFIOL BIOFISICO FETAL 8/8
13. DOPPLER FETOPLACENTARIO NROMAL
14. CERVICOMETRIA DIAMETRO ANTERPOSTERIOR 31 mm DIAMETRO LONGITUDINAL 35 mm
15- MONITORIA FETAL ANTEPARTO CATEGORIA I

IDX EMBARAZO DE 38 SEMANAS POR AMENORREA + FUV + OLIGOHIDRAMNIOS + RCIU + PARIDAD SATISFECHA + PERIODO INTERGENESICO PROLONGADO +
RIESGO PSICOSOCIAL BAJO (ESCALA DE HERRERA Y HURTADO) + RIESGO TROMBOEMBOLICO ANTENATAL BAJO (ESCALA RCOG/FECOLSOG) + ESCALA DE ALERTA TEMPRANA 0 PUNTOS + RIESGO DE HEMORRAGIA POSPARTO BAJO + ESCALA DE ATALAH: SOBREPESO PARA EDAD GESTACIONAL + ALTO RIESGO OBSTETRICO ASESORIA DE PLANIFICACION: POMEROY.

ANALISIS:
PACIENTE TRANQUILA, HIDRATADA HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, SIN DINAMICA UTERINA REGULAR O CAMBIOS CERVICALES. CON PRUEBAS DE BIENESTAR FETAL DENTRO DE RANGOS NORMALES (MONITOREO FETAL), CON CUADRO DE OLIGOHIDRAMNIOS + RCIU, QUE PODRIAN SE R CAUSANTES DE SUFRIMEINTO FETAL AGUDO EN EL MOMENTO DEL TRABAJO D EPARTO, POR LO QUE SE CONSIDERA HOSPITALIZAR, PREPARAR PARA CESAREA POR DICHO RIESGO, ADEMAS TIENE PARIDAD SATISFECHA, POR LO CUAL DESEA POMEROY, TIENE PARACLINICOS NORMA ATENCION DEL PARTO CON RESULTADOS NORMALES; SE EXPLICA SITUACION CLINICA, CONDUCTA MEDICA A SEGUIR A LA PACIENTE, QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

PLAN.
- HOSPITALIZAR
- REPOSO EN CAMA
- LEV PMVC
- NADA VIA ORAL
- PREPARAR PARA CESAREA + POMEROY
- CSV Y AAC

Evolucion realizada por: LUIS POMPILIO GONZALEZ GOMEZ-Fecha: 31/07/25 18:19:45

SEDE DE ATENCIÓN: 001 CONGREGACION DE HERMANAS FRANC Edad : 30 AÑOS

FOLIO 12 FECHA 31/07/2025 20:34:50 TIPO DE ATENCION HOSPITALIZACION

EVOLUCION MEDICO

Problema:
1- Embarazo de 37 semanas + FUV
2- Oligohidramnios severo
3- RCIU
4- Paridad satisfecha

Paciente con Dx anotados. Se realiza cesárea + salpingectomia parcial bilateral. Sin complicaciones.

RN femenino. Peso: 2780g Talla: 47 cm Apgar 9-10.

Edad actual : 30 AÑOS
Sexo: Femenino
G.Etareo: 7

HISTORIA CLINICA No.1051826852 Cedula 1051826852
SANDRA MILENA ANILLO MORALES

Fecha Inicial: 31/07/2025 **Fecha Final:** 03/08/2025 **Tipo de Atención** HOSPITALIZACION

Cesárea ROBSON: 2

Evolucion realizada por: EDGAR ENRIQUE RIVAS PERDOMO-Fecha: 31/07/25 20:39:24

SEDE DE ATENCIÓN: 001 **CONGREGACION DE HERMANAS FRANC** **Edad :** 30 AÑOS

FOLIO 13 **FECHA** 31/07/2025 20:35:39 **TIPO DE ATENCION** HOSPITALIZACION

EVOLUCION MEDICO

RN SANDRA MILENA ANILL
SEXO:_ FEMENINO
DIAGNOSTICO:
-RECIEN NACIDO A TERMINO, PESO ADECUADO A LA EDAD GESTACIONAL
-

**DATOS DEL NACIMIENTO
FECHA DE NACIMIENTO: 31-07-2021. HORA 08+00
VIA: CESAREA. RUPTURA INTRAQUIRURGICA DE MEMBRANAS
APGAR 1 MIN:8. 5 MINUTOS: 9
EDAD GESTACIONAL POR CAPURRO: 37 SEMANAS

**DATOS DE LA MADRE
MADRE DE 30 AÑOS
G2P1C1A0.
EFIERE HOSPITALIZACION RECIENTE POR APP EL DIA
15-19 JULIO CON MADURACION PULMONAR EN CLINICA FOSCAL (BUCARAMANGA), TRAE PARACLINICOS DE CONTROLPRENATAL CON VDRL NO REACTIVO, VIH NEGATIVO, AgSHB NEGATIVO; HEMOCLASIFICACION GRUPO O RH POSITIVO.
EXAMENES CONTROL PRENATAL.
ECOGRAFIAS
11/02/2025 ECO EMBARAZO DE 13 SEMANAS HOY 37.2 SEMANAS
22/04/2025 EMABRAZO DE 22.2 SEMANAS
MAYO 23 /2025 EMBARAZO DE 27.1 SEMANAS
ECO 31/07/2025 EMBARAZO DE 37.2 SEMANAS + FETO PEQUEÑO PARA EDAD GESTACIONAL VS RCIU + OLIGOHIDRAMNIOS
LEVE ILA 5.7 CM PESO 2541 PERCENTIL 9.7%
PARACLINICOS
10/05/2025 GLUCOSA 80 HB 10.8 TREPONEMA - PRUEBA TREPONEMICA (-) VIH 1 Y 2 NO REACTIVO, HEPATITIS B (NEGATIVO), TOXOPLASMA IGG E IGM (-) RUBEOLA IGG E IGM (-) CITOMEGALOVIRUS IGG E I

EXAMEN FISICO EN SALA DE PARTO
PESO: 2780GR TALLA 47 CM PC 34 CM PT 30 CM PA 30 CM
FC: 160 XMIN FR: 48XMIN SO2 : 97 % MANO DERECHA
PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, HIDRATADO, SIN DISTRES RESPIRATORIO, NORMOCEFALO, FONTANELA NORMOTENSA, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO MOVIL SIN MASAS, TORAX SIMETRICO, SIN TIRAJES INTERCOSTALES, ENTRADA AEREA SMETRICA, RSCRS, SIN SOPLOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE, NO MASAS, NO DOLOROSO, GENITALES NORMOCONFIGURADOS, EXTREMIDADES SIMETRICAS, BARLOW Y ORTOLANI NEGATIVO, PULSOS PERIFERICOS DE BUENA INTENSIDAD, NEURO: REACTIVO A ESTIMULOS, LLANTO VIGOROSO.

VALORO PACIENTE FEMENINA, NACIDA DE MADRE DE 30 AÑOS, SEGUNDO EMBARAZO CONTROLADO, CON NECESIDAD DE

HISTORIA CLINICA No.1051826852 Cedula 1051826852
SANDRA MILENA ANILLO MORALES
Edad actual : 30 AÑOS
Sexo: Femenino
G.Etareo: 7

Fecha Inicial: 31/07/2025 **Fecha Final:** 03/08/2025 **Tipo de Atención** HOSPITALIZACION

CESAREA PROGRAMADA POR RCIU ,ESTADO FETAL NO SATISFACTORIO POR ALTO RIESGO OBSTERTICO. NACE CON BUEN APGAR, ACEPTABLE PATRON RESPIRATORIO, SATURACIONES DE OXIGENO DENTRO DE METAS, NO SE ENCUENTRAN ALTERACIONES DE ALARMA AL EXAMEN FISICO. SE ENCUENTRA VIGOROSO, HIDRATADO, SIN DISNEA EN LA PRIMERA HORA DE VIDA.

PLAN
- ALOJAMIENTO CONJUNTO
- LACTANCIA MATERNA A LIBRE DEMANDA
- CUIDADOS GENERALES DEL RECIEN NACIDO
- TOMA DE SIGNOS VITALES POR ENFERMERIA (FRECUENCIA CARDIACA Y SATURACIOENS EN MANO DERECHA Y PIE IZQUIERDO)
- VITAMINA K 1 MG IM
- PROFILAXIS OCULAR
- CUIDADOS DEL ONFALO
- SS/ TSH NEONATAL, HEMOCLASIFICACION Y RPR
- SS GLUCOMETRIA CADA 6 HORAS
- SS A LAS 12 HORAS DE VIDA: HEMOGRAMA, CALCIO, MAGNESIO
- MANTENER ADECUADA TEMPERATURA CORPORAL
- AVISAR CAMBIOS A PEDIATRIA

Evolucion realizada por: DAYRA MARIMON ROMAN-Fecha: 31/07/25 20:35:41

SEDE DE ATENCIÓN: 001 **CONGREGACION DE HERMANAS FRANC** **Edad :** 30 AÑOS

FOLIO 24 **FECHA** 01/08/2025 09:13:16 **TIPO DE ATENCION** HOSPITALIZACION

EVOLUCION MEDICO

PACIENTE DE 30 AÑOS G2P2C1 CON DIAGNOSTICOS DE:

1.POSPARTO POR CESAREA + POMEROY DEL 31-07-2025 20:00H.
2.PUERPERIO MEDIATO.

GRUPO SANGUINEO O+.

S: REFIERE PACIENTE SENTIRSE BIEN, REFIERE SANGRADO ESCASO, NIEGA SINTOMAS PREMONITORIOS.

EXAMEN FISICO: TA95/61MMHG FC86LATDXMINT FR16RESXMINT T36.8°C SATO2 98%.

PACIENTE CONCIENTE ORIENTADA, MUCOSAS HUMEDAS.
RUIDOS CARDIACOS RITMICOS PULMONES VENTILADOS.
ABDOMEN HERIDA QUIRURGICA LIMPIA SIN SIGNOS DE INFECCION O COLECCIONES, CON BOLO DE SEGURIDAD DE PINARD NORMOTONICO INFRAUMBILICAL, LEVE DOLOR A LA PALPACION DE HIPOGASTRIO SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.
GENITALES CON SANGRADO ESCASO NO FETIDO.
EXTREMIDADES SIN EDEMA, PULSOS PRESENTES, ROT ++/++++.

PARACLINICOS DE INGRESO: HB 11.7, PLAQ 283, NEUTROF 75.1, LEUCOS 10.4, VIH Y FTABS NEGATIVOS.

A: PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, CON SIGNOS VITALES ESTABLE CON ADECUADA EVOLUCION POSPARTO HASTA EL MOMENTO, TOLERANDO VIA ORAL Y DEAMBULACION, CON LACTANCIA MATERNA A LIBRE DEMANDA, SE

Edad actual : 30 AÑOS
Sexo: Femenino
G.Etareo: 7

HISTORIA CLINICA No.1051826852 Cedula 1051826852
SANDRA MILENA ANILLO MORALES

Fecha Inicial: 31/07/2025 **Fecha Final:** 03/08/2025 **Tipo de Atención** HOSPITALIZACION

CONTINUA VIGILANCIA DEL BINOMIO Y EL PUERPERIO. SE LE EXPLICA A LA PACIENTE CONDICION CLINICA ACTUAL CONDUCTA MEDICA A SEGUIR ASI COMO TODOS LOS POSIBLES RIESGOS Y COMPLICACIONES ASOCIADAS. REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

PLAN:

--CONTINUA HOSPITALIZADA
--IGUAL MANEJO MEDICO
--VIGILAR SANGRADO POR GENITALES Y TONO UTERINO CADA 2 HORAS
--CONTROL DE SIGNOS VITALES Y AVISAR CAMBIOS

Evolucion realizada por: NATHALY SANCHEZ FORERO-Fecha: 01/08/25 09:13:25

SEDE DE ATENCIÓN: 001 **CONGREGACION DE HERMANAS FRANC** **Edad :** 30 AÑOS

FOLIO 30 **FECHA** 02/08/2025 06:02:47 **TIPO DE ATENCION** HOSPITALIZACION

EVOLUCION MEDICO

EVALUACION DEL RECIEN NACIDO

BAJO ALOJAMIENTO CONJUNTO
MAMA DE 30 AÑOS G2P2V1C1A0 GRUPO SANGUINEO: O POSITIVO FUM: 05/11/2024 G2P1A0 NIEGA ALERGIAS
CONTROLES: 7

-ECOGRAFIAS :11/02/2025 ECO EMBARAZO DE 13 SEMANAS --- 22/04/2025 EMBARAZO DE 22.2 SEMANAS
MAYO 23 /2025 EMBARAZO DE 27.1 SEMANAS
ECO 31/07/2025 EMBARAZO DE 37.2 SEMANAS + FETO PEQUEÑO PARA EDAD GESTACIONAL VS RCIU + OLIGOHIDRAMNIOS
LEVE ILA 5.7 CM PESO 2541 PERCENTIL 9.7%
-PARACLINICOS
10/05/2025 GLUCOSA 80 HB 10.8 TREPONEMA -
PRUEBA TREPONEMICA (-) VIH 1 Y 2 NO REACTIVO, HEPATITIS B (NEGATIVO),
TOXOPLASMA IgG REPORTAN EN HISTORIA GINECOLOGICO DE EPS POSITIVA NO DESCRIBEN VALOR E IgM TOXOPLASMA NEGATIVO RUBEOLA IGG E IGM (-) CITOMEGALOVIRUS IGG E IGM (-)
LOS LABORATORIOS INSTITUCIONALES
CURSO CON VARIOS EPISODIOS DE INFECCION URINARIA
ESTUVO HOSPITALIZADA SEMANA 35 DE GESTACION DEL 15-19 JULIO EN CLINICA FOSCAL (BUCARAMANGA) REFIRIO SALIDA DE LIQUIDO ESCASA POR GENITALES EXTERNOS DIERON MANEJO A APP RECIBIO DOS DOSIS DE MADURACION PULMONAR ,VULVOVAGINITIS TRATADA
RECIBIO DOSIS DE HIERRO PARENTERAL EN ULTIMAS SEMANAS DE GESTACION POR ANEMIA
DIFICULTAD EN ACCESOS A CONSULTA CON PERINATOLOGIA POR EPS , CONSULTO A TRAVES DE CONSULTA PARTICULAR HACE 2 DIAS QUIEN REMITE A URGENCIAS PRESENCIA DE OLIGOHIDRAMNIOS VS RCIU

NACE EL 31 DE JULIO 37 SEMANAS DE GESTACION : NACE CEFALICA SEXO FEMENINO. VIGOROSA
APGAR 9/10- 10/10
PESO: 2810 GR TALLA: 51 CM PC: 32 CM PT: 32 CM PA: 31 CM EG: 37 SEMANAS
HEMOCLASIFICACION: A + RPR: NO REACTIVO
SUCCION ADECUADA:SI DEPOSICIONES: SI DIURESIS: SI
SIGNOS VITALES:
REFLEJO ROJO RETINIANO PRESENTE NORMAL BILATERAL
TAMIZAJE CARDIACO A LAS 24H

HISTORIA CLINICA No.1051826852 Cedula 1051826852
SANDRA MILENA ANILLO MORALES

Edad actual : 30 AÑOS
Sexo: Femenino
G.Etareo: 7

Fecha Inicial: 31/07/2025 **Fecha Final:** 03/08/2025 **Tipo de Atención** HOSPITALIZACION

TAMIZAJE AUDITIVO AABR PASA AMBOS OIDOS
T/A: MSD 54-34-35 SATO2 99% MSI 64-33-42 SATO2 100% MII: 67-32-42 SATO2: 100% MID: 66-36-47 SATO2: 100%
NORMAL

SIGNOS VITALES TM 51 FC:130/MIN FR 41/MIN T:36.1°C
SO2 PREDUCTAL 99%
SO2 POSTDUCTAL 99%
PA 76/40 MSD 65/30 TM 40 MII
RECIEN NACIDA CON BUENA EVOLUCION CLINICA EN ALOJAMIENTO CONJUNTO, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA, EUTERMICO. HIDRATADA, AFEBRIL
EDEMA BIPALPEBRAL LEVE, APERTURA OCULAR ESPONTANEA. CUELLO MOVIL, NO MASAS. TORAX NORMOCONFIGURADO
CP: PRECORDIO SIN HIPERDINAMIA ENTRADA SIMETRICA DEL VOL PULMONAR, NO SOPLOS
ABD: RELACION A/V NORMAL ONFALO LIMPIO, BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS, NI MEGALIAS
GENITALES: EXTERNOS FEMENINOS, LABIOS MAYORES CUBREN LOS MENORES LEVE EDEMA
EXTREMIDADES SIMÉTRICAS, NO EDEMAS, LLENADO CAPILAR 2 SEG,
SNC: SIN DEFCIT, FONTANELA ANTERIOR NORMONTENSA. REFLEJOS PRIMIRITVOS PRESENTES
PIEL: ROSADA, NO LESIONES

DIAGNOSTICO
RNT AEG
RIESGO DE ICTERICIA POR INCOMPATIBILIDAD O/A

SE DEJA EN ALOJAMIENTO CONJUNTO, SE DAN RECOMENDACIONES DE BUEN TRATO, RECOMENDACIONES GENERALES, LACTANCIA MATERNA, CUIDADOS GENERALES (BAÑO, TERMOREGULACION, SUEÑO/VIGILIA) SIGNOS DE ALARMA, SE ENTREGA TARJETA DE LA MADRE, INGRESAR A CRECIMIENTO Y DESARROLLO, CONITINUAR VACUNACION DENTRO DE 2 MESES, TRAMITAR REGISTRO CIVIL. SE ACONSEJA PLANIFICACION MATERNA SE CANCELARON ORDEN DE GLUCOMETRIAS ANTE PESO ADECUADO A EDAD GESTACIONAL

PLAN
- CONTINUAR ALOJAMIENTO CONJUNTO
- GLUCOMETRIAS CANCELADAS
- VIGILAR COLORACION ANTE RIESGO DE INCOMPATIBILIDAD DE GRUPO
- RECOMENDACIONES ESCRITAS Y ORALES/ TARJETA DE LA MADRE/ CANET DE VACUNACION Y NACIDO VIVO
- SIGNOS DE ALARMA
- RECLAMAR TSH NEONATAL EN 1 SEMANAS EN ATENCION AL CLIENTE DE ESTA CLINICA O DEJAR MAIL
- CONTINUAR VACUNACION A LOS 2MESES
- REALIZAR TRAMITE DE REGISTRO CIVIL
- ASISTIR A CYD EN EPS, VACUNCION BCG PREVIO AL EGRESO
- CITAS: PEDIATRIA EN EPS EN 3 DIAS
- CONTINUAR VIGILANCIA DEL BINOMIO MADRE/HIJA
- CONTROL SE SIGNOS VITALES Y NOTIFICAR ALARMAS

Evolucion realizada por: PAOLA PIANETA PEREZ-Fecha: 02/08/25 06:02:50

SEDE DE ATENCIÓN: 001 **CONGREGACION DE HERMANAS FRANC** **Edad :** 30 AÑOS

FOLIO 35 **FECHA** 02/08/2025 11:19:08 **TIPO DE ATENCION** HOSPITALIZACION

EVOLUCION MEDICO

PACIENTE DE 30 AÑOS G2P1C1 CON DIAGNOSTICOS DE

HISTORIA CLINICA No.1051826852 Cedula 1051826852
SANDRA MILENA ANILLO MORALES
Edad actual : 30 AÑOS
Sexo: Femenino
G.Etareo: 7

Fecha Inicial: 31/07/2025 **Fecha Final:** 03/08/2025 **Tipo de Atención** HOSPITALIZACION

1.POP DE CESAREA + POMEROY DEL 31-07-2025 20:00H.
2.PUERPERIO MEDIATO.
GRUPO SANGUINEO O+.
S: REFIERE PACIENTE SENTIRSE BIEN, REFIERE SANGRADO ESCASO, NIEGA SINTOMAS PREMONITORIOS.
EXAMEN FISICO: TA 104/54 MMHG FC 64 LATDXMINT FR 18 RESXMINT T 36.5ºC SATO2 100%.
PACIENTE CONCIENTE ORIENTADA, MUCOSAS HUMEDAS. RUIDOS CARDIACOS RITMICOS PULMONES VENTILADOS.
ABDOMEN HERIDA QUIRURGICA LIMPIA SIN SIGNOS DE INFECCION O COLECCIONES, CON BOLO DE SEGURIDAD DE PINARD NORMOTONICO INFRAUMBILICAL, LEVE DOLOR A LA PALPACION DE HIPOGASTRIO SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.
GENITALES CON SANGRADO ESCASO NO FETIDO. EXTREMIDADES SIN EDEMA, PULSOS PRESENTES, ROT ++/++++.
PARACLINICOS DE INGRESO: HB 11.7, PLAQ 283, NEUTROF 75.1, LEUCOS 10.4, VIH Y FTABS NEGATIVOS.
A: PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, CON SIGNOS VITALES ESTABLE CON ADECUADA EVOLUCION POQUIRURGICA HASTA EL MOMENTO, TOLERANDO VIA ORAL Y DEAMBULACION, CON LACTANCIA MATERNA A LIBRE DEMANDA, SE CONTINUA VIGILANCIA DEL BINOMIO Y EL PUERPERIO. SE LE EXPLICA A LA PACIENTE CONDICION CLINICA ACTUAL CONDUCTA
MEDICA A SEGUIR ASI COMO TODOS LOS POSIBLES RIESGOS Y COMPLICACIONES ASOCIADAS. REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.
PLAN:
--CONTINUA HOSPITALIZADA
--IGUAL MANEJO MEDICO
--VIGILAR SANGRADO POR GENITALES Y TONO UTERINO CADA 2 HORAS
--CONTROL DE SIGNOS VITALES Y AVISAR CAMBIOS

Evolucion realizada por: FELIX ANTONIO PADILLA SAENZ-Fecha: 02/08/25 11:19:13

SEDE DE ATENCIÓN: 001 **CONGREGACION DE HERMANAS FRANC** **Edad :** 30 AÑOS

FOLIO 41 **FECHA** 03/08/2025 07:54:28 **TIPO DE ATENCION** **HOSPITALIZACION**

EVOLUCION MEDICO

RN DE 3 DIAS DE VIDA 37 SEM CON PESO 2810 GR AL NACER, MADRE 0+, RN A+, SE OBSERVA ICTERICO EN EL DIA DE HOY.
ANTE LO CUAL Y RIESGO DE ISOINMUNIZACION SE ORDENA BILIRRUBINAS CON RETICULOCITOS.
REVALORACION CON RESULTADOS

Evolucion realizada por: JOSE NICOLAS MARTINEZ PASTRANA-Fecha: 03/08/25 07:54:31

SEDE DE ATENCIÓN: 001 **CONGREGACION DE HERMANAS FRANC** **Edad :** 30 AÑOS

FOLIO 43 **FECHA** 03/08/2025 09:54:52 **TIPO DE ATENCION** **HOSPITALIZACION**

EVOLUCION MEDICO

LLEGAN PARACLINICOS:
Bilirrubina Total :10.95, Bilirrubina Directa :0.73, Bilirrubina Indirecta :10.22 RETICULOCITOS:2%.
CON VALORES DE BILIRRUBINAS FUERA DEL RANGO DE RIESGO SIN PRESENCIA DE HEMOLISIS, ANTE LO CUAL SE DECIDE DAR SALIDA

Evolucion realizada por: JOSE NICOLAS MARTINEZ PASTRANA-Fecha: 03/08/25 09:54:54

SEDE DE ATENCIÓN: 001 **CONGREGACION DE HERMANAS FRANC** **Edad :** 30 AÑOS

FOLIO 44 **FECHA** 03/08/2025 10:33:43 **TIPO DE ATENCION** **HOSPITALIZACION**

EVOLUCION MEDICO

PACIENTE DE 30 AÑOS, G2P2A0C1.
IDX POP CESAREA + RNT AEG + PUERPERIO + OLIGOHIDRAMNIOS SEVERO + PARIDAD SATISFECHA POMEROY ROBSON GRUPO 4

HISTORIA CLINICA No.1051826852 Cedula 1051826852
SANDRA MILENA ANILLO MORALES

Edad actual : 30 AÑOS
Sexo: Femenino
G.Etareo: 7

Fecha Inicial: 31/07/2025 Fecha Final: 03/08/2025 Tipo de Atención HOSPITALIZACION

S: MANIFIESTA SENTIRSE BIEN, REFIERE DOLOR LEVE EN REGION DE HERIDA QUIRURGICA, NIEGA SINTOMAS PREMONITORIOS DE PREECLAMPSIA/ECLAMPSIA, NIEGA SANGRADO VAGINAL ACTIVO.
O. TA 107/74, FC 85', FR 16', T 36.6° SATO2 99%.
CONSCIENTE Y ORIENTADA EN LAS TRES ESFERAS
TORAX SIMETRICO, MAMAS TURGENTES, CARDIOPULMONAR NORMAL
ABDOMEN BLANDO Y DEPRESIBLE, NO MASAS O MEGALIAS, PERISTALSIS POSITIVA, UTERO CON INVOLUCION ADECUADA PARA EL PUERPERIO, HERIDA QUIRURGICA SANA SIN PATOLOGIAS.
GENITALES EXTERNOS DE ASPECTO NORMAL, SIN ALTERACIONES, LOQUIOS SEROSANGUINOLENTO EN MODERADA CANTIDAD
EXTREMIDADES SIMETRICAS SIN EDEMA
SNC SIN DEFICIT APARENTE
*PARACLINICOS INSTITUCIONALES:
1. HEMOGRAMA + FD Hb 11.7 Y Hcto 34.1, LEUCOCITOS 10410/mm3 (N 75.1 %), PLAQUETAS 283000/mm3
2. PRUEB TREPONEMICA NEGATIVO
3. VIH 1 Y 2 ANTIGENO P 24 NEGATIVO
4. GOT 10 U/L
5. GPT 16 U/L
6. LDH 135 U/L
7. CREATININA 0.52 mg/dl
8. TP 9.3 (INR 0.85) Y TPT 19.8
9. BILIRRUBINAS TOTAL 0.28 Y DIRECTA 0.15
10. UROANALISIS NORMAL
11. ECOGRAFIA OBSTETRICA QUE REPORTA EMBARAZO DE 36 SEMANAS POR BIOMETRIA + FUV + OLIGOHIDRAMNIOS + RCIU
CA < P 2
12. PERFIOL BIOFISICO FETAL 8/8
13. DOPPLER FETOPLACENTARIO NROMAL
14. CERVICOMETRIA DIAMETRO ANTERPOSTERIOR 31 mm DIAMETRO LONGITUDINAL 35 mm
15- MONITORIA FETAL ANTEPARTO CATEGORIA I

ANALISIS.
PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, CON SIGNOS VITALES ESTABLE CON ADECUADA EVOLUCION POSPARTO POR LO QUE SE DA DE ALTA CON TRATAMIENTO MEDICO, CITA CONTROL, RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR.
NOTA: SE REALIZO ASESORIA EN PLANIFICACION FAMILIAR Y POSTERIOR A ESTA PACINETE ELIGIO POMEROY, YA REALIZADO DURABNTE EL PARTO POR CESAREA; PACIENTE FIRMO CONSENTIMIENTO INFORMADO.

PLAN.
- DE ALTA
- RECOMENDACIONES PARA SU PUERPERIO
- SE EXPLICAN SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA
  1. DOLOR ABODMINAL
  2. SANGRADO VAGINAL ABUNDANTE O CON MAL OLOR
  3. FIEBRE ALTA
- MANEJO MEDICO AMBULATORIO
- RECOMENDACIONES CURACION HERIDA QUIRURGICA
- RECOMENDACIONES SEGUIMIENTO PLANIFICACION FAMILIAR EN SU EPS

Evolucion realizada por: LUIS POMPILIO GONZALEZ GOMEZ-Fecha: 03/08/25 10:34:15

HISTORIA CLINICA No.1051826852 Cedula 1051826852
SANDRA MILENA ANILLO MORALES

Edad actual : 30 AÑOS
Sexo: Femenino
G.Etareo: 7

Fecha Inicial: 31/07/2025 Fecha Final: 03/08/2025 Tipo de Atención HOSPITALIZACION

CIRUGIAS

CANT	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	Grp QX
1	662201	ABLACION U OCLUSION DE TROMPA DE FALOPIO BILATERAL POR LAPAROTOMIA	N34

Médico: EDGAR ENRIQUE RIVAS PE Especialidad: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA Via: LAPAROTOMIA

1	740001	CESAREA SEGMENTARIA TRANSPERITONEAL	Ñ97

Médico: EDGAR ENRIQUE RIVAS PE Especialidad: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA Via: LAPAROTOMIA

DESCRIPCION CIRUGIA

Medico ME112 EDGAR ENRIQUE RIVAS PERDOMO Esp. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Diagnostico Preoperatorio: O410 OLIGOHIDRAMNIOS
Diagnostico Postoperatorio: O410 OLIGOHIDRAMNIOS
Tipo de Herida: LIMPIA Tipo de Anestesia: RAQUIDEA Tipo de Cirugia: URGENCIAS
Cantidad de Sangrado: 0 ml. Via: UNICA VIA
Realizacion Acto Quirurgico: Hora Inicio 19:55:00 Hora Final 20:30:00
Tiempo de Perfusión: 0 min. Tiempo de Clamp: 0 min.
Descripcion Quirurgica:

EVOLUCION MEDICO

CESÁREA

1. SE HACE ASEPSIA Y ANTISEPSIA.
2. INCISIÓN DE PFANNENSTIEL.
3. HISTEROTOMÍA DE KERR.
4. POCA CANTIDAD DE LÍQUIDO AMNIÓTICO CLARO, NORMOTÉRMICO.
5. SE EXTRAE RECIÉN NACIDO VIVO EN CEFÁLICA. SEXO FEMENINO. TALLA: 47 CM; PESO: 2780 G. APGAR AL MINUTO: 9/10. A LOS 5 MINUTOS: 10/10. FECHA: 31 JULIO/2025. HORA: 20:00
6. SE RETIRA PLACENTA DE CARACTERÍSTICAS NORMALES.
7. SE REALIZA HISTERORRAFIA POR PLANOS. CATGUT CRÓMICO 1
8. ANEXOS: NORMALES.
9. SALPINGECTOMÍA PARCIAL BILATERAL.
10. SE VERIFICA HEMOSTASIA.
11. LA INSTRUMENTADORA INFORMA CONTEO COMPLETO DE COMPRESAS E INSTRUMENTAL.
12. SE CIERRA PARED ABDOMINAL POR PLANOS. SE AFRONTAN LOS RECTOS ABDOMINALES CON CATGUT CRÓMICO 1. FASCIA CON VYCRIL 1 Y PIEL CON NYLON 3-0. LA PACIENTE TOLERA EL PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES. CESÁREA. ROBSON 2.

Complicacion:

LUIS POMPILIO GONZALEZ GOMEZ
Reg. 17339
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA