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: OCTUBRE AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA
SERVICIO DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL

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

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		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		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
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO												A					A					A						
01	C.C	1051832557	MARIA	JOSE	OLIVERA	BLANCO	26	8																							2	0	
02	T.I	1045753670	ORIANA	NICOLL	FERRER	ARDILA	17	9										A					A					A					2	0	
03	S.D	S.D	YULIANS	ANDREA	TERAN	SIERRA	0	0										I					I					I					0	2	
04	S.D	S.D	MARCELO		BARRETO	VERGARA	0	0										I					I					I					0	2	
05	R.C	1051835884	GAEL	JOSE	MONTERROSA	MARQUEZ	0	1										I					I					I					0	2	
06	R.C	1050485784	AXEL	DAVID	CALVO	SERRANO	0	9										A					A					A					2	0	
07	R.C	1051835713	JOHAN	ANDRES	ORTEGA	TERAN	0	9										A					A					A					2	0	
08	R.C	1051835688	KENDALL	SOFIA	OCHOA	ESCOBAR	0	10										A					A					A					2	0	
09	R.C	1050485769	SCARLETT		ROMERO	CASTELLAR	0	11										A					A					A					2	0	
10	R.C	1050485764	ALANYS	SOPHIA	ROMERO	VENCE	1	0										A					A					A					2	0	
11	R.C	1050485760	MARCOS	DE JESUS	YANEZ	SAENZ	1	0										A					A					A					2	0	
12	R.C	1051835526	MARIA	VICTORIA	MARQUEZ	BARRIOS	1	5										A					A					A					2	0	
13	R.C	1051835490	ERIANI		PINTO	ESCALANTE	1	6										A					A					A					2	0	
14	R.C	1051835471	ISSABELA		CANTILLO	OLIVERA	1	8										A					A					A					2	0	
15	R.C	1051835454	NAHOMI	SOFIA	BELTRAN	SERRANO	1	9										A					A					A					2	0	
16	R.C	1050485730	MARIA	BELEN	SANCHEZ	OLIVERA	1	9										A					A					A					2	0	
17	R.C	1051835369	JHOSUE	DAVID	BARRIOS	PADILLA	1	11										A					A					A					2	0	
18	R.C	1051835339	DIANA	PATRICIA	TAMARA	RODRIGUEZ	2	0										A					A					A					2	0	
19	R.C	1051835133	LEIA	GABRIEL	SANCHEZ	ARDILA	2	7										A					A					A					2	0	
20	R.C	1050485493	DEILITH	SOFIA	SANCHEZ	BELLO	3	10										A					A					A					2	0	
																															TOTAL	34	6	

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

Kate Ospina D
COORDINADOR(A) ER

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: OCTUBRE 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: 136571160350 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 ____

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		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		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
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO																												
01	C.C	1010124535	CINTHIA	IRLETH	BERRIO	DIAZ	24	10										A														A	2	0	
02	C.C	1002443207	DANIELA	MARGARITA	VELASQUEZ	TAPIA	29	5										A														A	2	0	
03	C.C	1051815487	MARIA	DEL CARMEN	LUNAS	TALERO	39	0										A														A	2	0	
04	C.C	1007734416	VALENTINA		NUÑEZ	OZUNA	24	9										A														A	2	0	
05	R.C	1051835705	ABIGAIL	SOFIA	ARIA	OCHOA	0	10										A														A	2	0	
06	R.C	1051835661	KEINER	JOSE	VERGARA	YEPES	0	11										A														A	2	0	
07	R.C	1051835592	EIMY	SOFIA	MENDOZA	VARGAS	1	2										A														A	2	0	
08	R.C	1050485753	CAMILO	ANDRES	CARREÑO	VALLES	1	2										A														A	2	0	
09	R.C	1051835599	VICTORIA		RODRIGUEZ	ARDILA	1	2										A														A	2	0	
10	R.C	1051835623	DANNA	ISABEL	PEREZ	DIAZ	1	3										A														A	2	0	
11	R.C	1051835585	MIA	ISABELLA	FFIGUEROA	GARCIA	1	3										A														A	2	0	
12	R.C	1051835523	VALERIN	SOFIA	MAESTRE	GLORIA	1	5										A														A	2	0	
13	R.C	1051835483	ITAN	ANDRES	MARTINEZ	REYES	1	6										A														A	2	0	
14	R.C	1051835473	LUIS	MANUEL	VASQUEZ	CASTRO	1	7										A														A	2	0	
15	R.C	1051835491	EVA	SANDRID	VITOLA	CASTRO	1	8										A														A	2	0	
16	R.C	1051835408	MILAGROS		FERNANDEZ	PULGAR	1	9										A														A	2	0	
17	R.C	1051835189	ABRIL		MARTINEZ	HERNANDEZ	2	5										A														A	2	0	
18	R.C	1050485588	JUAN	DAVID	PATIÑO	ALVAREZ	3	2										A														A	2	0	
19	R.C	1050485545	KEREN	SALOME	BERMEJO	HERAZO	3	7										A														A	2	0	
20	R.C	1045311359	EDGAR	JOSE	VITOLA	CASTRO	4	2										A														A	2	0	
																																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:	

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 :_____ F. RAIZ SOCIAL
NIT: __ 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO 13003802025
MES: _____ OCTUBRE 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 YENIFER YEPEZ C.C:
Código CUENTAME UDS: 136571160351 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_____ SAN JUAN DE MIS AMORES 23
Dirección UDS: _____ CLL 12 #9-100 BARRIO LA BODEGA Teléfono UDS: _____

Hoja ____ de _____

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA: TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA – SEMANAS: PRIMERA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	SEGUNDA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TERCERA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	CUARTA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	QUINTA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
1	C.C	1052630932	KEYLA	MARCELA	FERNANDEZ	YEPES	19	2					A				A			2	0	
2	C.C	1050482555	MARÍA	ALEJANDRA	CARPIO	CHANTACA	20	3					A				A			2	0	
3	C.C	1002428545	GISHELLYS	MARIA	POSSO	SERRANO	24	3					A				A			2	0	
4	R.C	1249072648	VICTOR	TOMAS	ARRIETA	CARMONA	0	1					A				A			2	0	
5	R.C	1051835869	YEISON	RAFAEL	ARRIETA	MORENO	0	2					A				A			2	0	
6	R.C	1050485819	JHOSEP	ANDRES	OVIEDO	REYES	0	3					A				A			2	0	
7	R.C	1051835791	DYLAN	ANDRÉS	CONTRERAS	TAPIA	0	6					A				A			2	0	
8	R.C	1051835753	MOISES	DAVID	MONTALVO	HERNANDEZ	0	8					A				A			2	0	
9	R.C	1051835722	VALERY	SOFIA	BELTRAN	BOHORQUEZ	0	9					A				A			2	0	
10	R.C	1051835712	ABBY	MELEK	CASTRO	TORRES	0	10					A				A			2	0	
11	R.C	1051835730	AISAAC	GAEL	OSPINO	FERRER	0	10					A				A			2	0	
12	R.C	1051835703	MATEO	JOSE	CUELLO	CASTRO	0	11					A				A			2	0	
13	R.C	1051835613	DAHIAN	JOSUE	GARCIA	ARRIETA	1	3					A				A			2	0	
14	R.C	1238351297	CHRISTOPHER		PUERTAS	BRAVO	1	7					A				A			2	0	
15	R.C	1050485736	IVANNA		CASTRO	VILLALBA	1	9					A				A			2	0	
16	S.D	21C84894383A41D 8B4A85C1A0785E7	DAINER	JOSE	PARRALES		1	10					A				A			2	0	
17	R.C	1050485711	MAIA		FUENMAYOR	SERRANO	1	11					A				A			2	0	
18	R.C	1051835345	ASENETH	SOFIA	CARMONA	AGUDELO	2	1					A				A			2	0	
19	R.C	1050485647	VICTORIA		MORENO	VILLAR	2	9					A				A			2	0	
20	R.C	1051834895	MILAGRO		BARRIOS	BUELVAS	3	3					A				A			2	0	
																	A			2	0	
																	TOTAL			40	6	

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

COORDINADOR(A) EA

Jenifer López Jiménez
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: _____ OCTUBRE 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 LUZ OSORIO C.C:

Código CUENTAME UDS: 136571160346 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_____ SAN JUAN DE MIS AMORES 17

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					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	R.C	1051835887	ADHARA	CELESTE	DIAZ	PEREZ	0	1										I									I						0	2	
2	R.C	1051835873	ANTONIO	ALFONSO	INCIARTE	INCIARTE	0	2										I									I						0	2	
3	R.C	1051835789	DANIEL	DE JESUS	RIVERO	MORENO	0	6										A									A						2	0	
4	R.C	1051835755	KYLIAN		CARMONA	RAMIREZ	0	7										A									A						2	0	
5	R.C	1051835709	ISAAC	DAVID	VARELA	ALCAZAR	0	10										A									A						2	0	
6	R.C	1051835634	EMMANUEL	ANDRES	MARTINEZ	BARRERA	1	1										A									A						2	0	
7	R.C	1051835586	ISAIAS	NAIR	CAICEDO	CHAVEZ	1	3										A									A						2	0	
8	R.C	1050585737	BELEN	SOFIA	LUNA	FLOREZ	1	9										A									A						2	0	
9	R.C	1051835432	LUIS	ANGEL	MERCADO	REYES	1	9										A									A						2	0	
10	R.C	1050485678	MILAGRO	DE JESUS	ARRIETA	RODRIGUEZ	2	3										A									A						2	0	
11	R.C	1051835263	VICTORIA		DIAZ	ORTEGA	2	3										A									A						2	0	
12	R.C	1051834997	YURYANGEL		HERNANDEZ	DEULUFEUT	3	0										A									A						2	0	
13	R.C	1051834876	LUCCA		SALGADO	CASTILLO	3	4										A									A						2	0	
14	R.C	1052635157	XELENA	MICHEL	VELAZQUEZ	ALVAREZ	3	6										A									A						2	0	
15	R.C	1160463056	LUISA	ISABEL	LEONES	GOMEZ	3	7										A									A						2	0	
16	R.C	1050485519	MATEO	ANDRES	CUEVAS	GONZALEZ	3	9										A									A						2	0	
17	R.C	1050485509	NELFIS	CAROLINA	RODRIGUEZ	MARTINEZ	3	11										A									A						2	0	
18	R.C	1138683197	EMELY	SOFIA	MUÑOZ	JULIO	4	1										A									A						2	0	
19	R.C	1050485395	ALISSON		LUNA	MENDOZA	4	5										A									A						2	0	
20	R.C	1052741667	BRAINER	DE JESUS	ALCAZAR	GARCIA	4	10										A									A						2	0	
																																TOTAL	36	4	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	2
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	18
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	0

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 :_____ F. RAIZ SOCIAL
NIT: __ 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO 13003802025
MES: _____ OCTUBRE 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 _____

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA: TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS: PRIMERA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	SEGUNDA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TERCERA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	CUARTA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	QUINTA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
1	CC	1050482943	LUZ	NEIDY MARIA	CARMONA	TEJEDA	19	10					A					A	2	0	
2	CC	1007263407	LEILA	MARIA	MONTES	SIERRA	26	0					A					A	2	0	
3	CC	1043295913	DANNA	PAOLA	PADILLA	CARDENAS	20	11					A					A	2	0	
4	CC	1193153779	YURLEIDIS		DEAVILA	DE LA ROSA	22	4					A					A	2	0	
5	SD		LIAM	DAVID	SCHORBOTH	BELTRAN	0	0					A					A	2	0	
6	SD		NOAH	ALEJANDRO	BUELVAS	GUZMAN	0	0					A					A	2	0	
7	SD		MARCELO		PEREZ	ESCHORBO	0	0					A					A	2	0	
8	RC	1051835865	LIA	SOFIA	VASQUEZ	TELLO	0	2					A					A	2	0	
9	RC	1051835782	AILANY	SOFIA	DIAZ	CHAVARRIA	0	6					A					A	2	0	
10	RC	1051835734	ISABELLA	SOFIA	CUETO	GARCIA	0	8					A					A	2	0	
11	RC	1051835374	DAMIAN	DAVID	ARANDA	FERNANDEZ	1	11					A					A	2	0	
12	RC	1050485694	SALOME		RODELO	MONROY	2	1					A					A	2	0	
13	RC	1044022685	MARIA	FERNANDA	FERNANDEZ	CASTELLAR	2	6					A					A	2	0	
14	RC	1051835115	JOSE	MIGUEL	CAICEDO	HERRERA	2	10					A					A	2	0	
15	RC	1051835041	KARIME		CAMARGO	DE AVILA	2	11					A					A	2	0	
16	RC	10518344919	EMMA	GABRIELA	CASTELLAR	ARRIETA	3	2					A					A	2	0	
17	RC	1081766003	YORYEYH	MARIA	ZAMORA	CALVO	3	9					A					A	2	0	
18	RC	1050485507	LUIS	ANDRES	REALES	ARIAS	3	10					A					A	2	0	
19	RC	1051834412	THALIA	SOFIA	ESCHORBORGH	DE AVILA	4	8					A					A	2	0	
20	RC	1051834266	VICTOR	JOSE	MERCADO	RAMOS	5	0					A					A	2	0	
																	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	

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	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: OCTUBRE 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): BERTHA LEIVA CC: 33339775
Código CUENTAME UDS: 136571160347 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: SAN JUAN DE MIS AMORES 18
Dirección UDS: CLL 7 No 9-100 BARRIO LA BODEGA Teléfono UDS: 3107148049

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	1051826503	MARIA	BERNARDA	BARRAZA	PEREZ	30	7										A										A						2	0	
02	C.C	1051830735	KATTY	PULIETH	MONROY	CARMONA	28	2										A										A						2	0	
03	C.C	1051828154	KARINA	MARIA	CARO	MORENO	30	0										A										A						2	0	
04	R.C	1051835847	ALISSON		CARO	GAZABON	0	2										A										A						2	0	
05	R.C	1051835733	PAULINA		PARRA	MUÑOZ	0	7										A										A						2	0	
06	R.C	1051835737	KYLIAN		MARIN	GARCIA	0	7										A										A						2	0	
07	R.C	1050485786	LUISA	PAOLA	BARRAZA	HERRERA	0	8										A										A						2	0	
08	R.C	1253659915	MARIA	CELESTE	DIAZ	MARTINEZ	0	9										A										A						2	0	
09	R.C	1051835684	LUIS	SANTIAGO	HERRERA	OSORIO	0	10										A										A						2	0	
10	R.C	1050485758	MAXIMILIANO		NARANJO	CASTILLO	1	1										A										A						2	0	
11	R.C	1051835511	MIA	SOFIA	MACHADO	PARRA	1	5										A										A						2	0	
12	R.C	1051835352	LAILA	KATALEYA	YEPEZ	VELASQUEZ	1	11										A										A						2	0	
13	R.C	1051835347	JEYLIS	STER	BERMEJO	ANDRADE	2	0										A										A						2	0	
14	R.C	1050485698	NAYIBETH	HELENA	VIDES	MACHADO	2	0										A										A						2	0	
15	R.C	1051835274	ARIANNA		NUÑEZ	RODRIGUEZ	2	2										A										A						2	0	
16	R.C	1051835275	BRIANNA		NUÑEZ	RODRIGUEZ	2	2										A										A						2	0	
17	R.C	1051835070	THIAGO	ANDRES	JIMENEZ	PALACIN	2	9										A										A						2	0	
18	R.C	1051835037	THIAGO		MARÍN	GARCÍA	2	10										A										A						2	0	
19	R.C	1051834344	KENDRIS	PAOLA	ACEVEDO	ANDRADE	3	9										A										A						2	0	
20	R.C	1050485350	ELYS	DEL CARMEN	GARCIA	MENDOZA	4	8										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

Kate Cano B
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	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: _____ OCTUBRE 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																							
									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	1051826018	ELIZABETH		MANJARREZ	DE LA HOZ	30	10										A															1	1	
2	PPT	6267565	GLADIMAR	PATRICIA	PABON	FINOL	21	11										A														A	2		
3	CC	1002428496	NAYARITH		MARIAS	TORRES	24	0										A														A	2		
4	CC	1051829878	AMPARO	JUDITH	MACHADO	CALDERON	28	11										A														A	2		
5	RC	1051835858	MATEO		GUZMAN	PARRA	0	1										A														A	2		
6	RC	1050485815	ISABELA		LUNA	PEREZ	0	2										A														A	2		
7	RC	1249071819	LIAM	DAVID	YEPES	CONTRERAS	0	5										A														A	2		
8	RC	1238352478	VICTORIA	ELENA	TORRES	LIGARDO	0	9										A														A	2		
9	RC	1233931793	DANIS		ORTEGA	MARTINEZ	1	5										A														A	2		
10	RC	1050485738	JHAZLY	SORIALIS	AREAS	LOPEZ	1	10										A														A	2		
11	RC	1051835344	EMILIANO		MORALES	MAESTRE	1	11										A														A	2		
12	RC	1051835046	JAHAZIEL		TERAN	HERNANDEZ	2	9										A														A	2		
13	RC	1051834825	JUAN	SEBASTIAN	OLIVERA	ROMERO	3	5										A														A	2		
14	RC	1051834415	HAALAND	DAVID	SANCHEZ	ANDRADE	4	7										A														A	2		
15	RC	1160463047	JUAN	CAMILO	CASTRO	CARMONA	4	10										A														A	2		
16	RC	1051834326	HILARY	SOFIA	GONZALEZ	OSORIO	4	10										A														A	2		
17	RC	1050485258	EMANUEL	JOSE	BARRIOS	ROMERO	5	0										A														A	2		
18	RC	1018274176	LIAM	ESTEBAN	CALVO	CAICEDO	5	1										A														A	2		
19	RC	1050485216	DANIELA	PAOLA	BARRIOS	CASTRO	5	1										A														A	2		
20	RC	1050485152	JUAN	SEBASTIAN	CANTILLO	OLIVERA	5	3										A														A	2		
																															TOTAL	39	A	

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

Kate Ortiz
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

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: _____ OCTUBRE 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: 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	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)																					TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA: LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SEGUNDA: LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	TERCERA: LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	CUARTA: LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	QUINTA: LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
1	CC	1002293725	MILEIDYS		CASSIANI	CANTILLO	26	11								A										A								
2	RC	1045311607	MOISES	ABRAHAM	ORTIZ	ESCOBAR	0	3								A										A								
3	RC	1051365720	ISAURA		REALES	SARMIENTO	0	4								A										A								
4	RC	1051365665	VICTORIA	JIREH	ROCHA	BERDUGO	0	6								A										A								
5	RC	1051365569	YAIRIG	LUCIA	RODRIGUEZ	MARTINEZ	0	11								A										A								
6	RC	1051365568	SHAIRIG	LUCIA	RODRIGUEZ	MARTINEZ	0	11								A										A								
7	RC	1051365549	GLORIANJELIS		PRENS	OROZCO	0	11								A										A								
8	RC	1051365528	ILIAN	DAVID	CASSIANI	OSPINO	1	0								A										A								
9	RC	1051365520	ISABELLA	SOFIA	PEREZ	OSPINO	1	1								A										A								
10	RC	1051365479	EMMANUEL	ELIAS	PARRA	MARTES	1	2								A										A								
11	RC	1051365382	LEIKER	JOSE	OSPINO	PAYARES	1	7								A										A								
12	RC	1048946112	NELL	ALBERTO	JIMENEZ	BRACHO	1	10								A										A								
13	RC	1240500297	SEBASTIAN	ANDRES	MARTINEZ	ROMERO	2	0								A										A								
14	RC	1049267703	LEYLAK	YOHANA	REALES	ESCOBAR	2	1								A										A								
15	RC	1048097187	SHALOME		BRITO	ECHEVERRY	2	2								A										A								
16	RC	1044239706	ANAILID	SOFIA	MARTINEZ	CAÑATE	2	3								A										A								
17	RC	1051365067	ELIANE		TORREGROSA	PEÑARANDA	2	9								A										A								
18	RC	1042982980	ALAN	DAVID	ESCORCIA	CABALLERO	2	10								A										A								
19	RC	1243763527	KYLIAN	ALEJANDRO	SARA	GUETTE	3	1								A										A								
20	RC	1051364670	JHORDAN	DAVID	MEZA	DE LEON	4	4								A										A								
																																	TOTAL	40		

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 5 MESES ASISTENTES:	2
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	17
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	1

COORDINADOR(A) EA

Estephany Ordoñez
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 CONTRATC 13003802025
MES: _____ OCTUBRE 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 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 ___

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																										
1	CC	1002429041	SHEYLA	CLERY	CASTRO	ANDRADE	23	4															A				A					1		
2	CC	1047456701	JULIA	ELENA	CARMONA	MENDOZA	32	5															A				A					2		
3	RC	1249071636	GAEL	DAVID	BALLESTEROS	HERNANDEZ	0	7															A				A					2		
4	RC	1016125613	JOSIBET	PAOLA	VALDEZ	BARRIOS	0	10															A				A					2		
5	RC	1048613841	DIANA	SOFIA	BALTAZAR	CHIMA	0	11															A				A					2		
6	RC	1051835535	LIZZ	ARIANA	CARPIO	ROMERO	1	5															A				A					2		
7	RC	1077095881	ANIBAL	ENRIQUE	BUELVAS	LOPEZ	1	7															A				A					2		
8	RC	1051835243	GENESIS		TORDECILLA	COGOLLO	2	3															A				A					2		
9	RC	1051835260	ITZAYANA		SIERRA	YEPES	2	3															A				A					2		
10	RC	1067408161	WILLIAM	DE JESUS	HERAZO	NIEVES	2	5															A				A					2		
11	RC	1051835023	LIZ	DANIELA	RAMOS	MARTINEZ	2	10															A				A					2		
12	RC	1143474790	NIKOL	ALEXANDRA	RUIZ	GUANCHEZ	2	11															A				A					2		
13	RC	1196975102	JUAN	JOSE	ROMERO	VELASQUEZ	3	5															A				A					2		
14	RC	1051834720	ANTONELLA		CASTRO	GUZMAN	3	9															A				A					2		
15	RC	1051834657	ALANIS	MICHELL	NARVAEZ	MENDOZA	4	1															A				A					2		
16	RC	1067407833	WILMAR	DE JESUS	HERAZO	NIEVES	4	3															A				A					2		
17	RC	1052101011	DEIMER	ANTONIO	MARTINEZ	FRUTO	4	4															A				A					2		
18	RC	1050485613	SARA	SOFIA	RAMOS	MARTINEZ	4	4															A				A					2		
19	RC	1051834480	SHARON	JULIANA	ANILLO	SIERRA	4	5															A				A					2		
20	R.C	1048945249	GAEL	DAVID	HERRERA	PEREZ	4	11															A				A					2		
																																TOTAL	40	

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

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

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: OCTUBRE AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA
SERVICIO DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL

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

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				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	1002294033	LUISA	MASIELI	CONTRERAS	FONSECA	27	5				A															A						2	0	
02	R.C	1050008981	ELIAN	ANDRES	MENDOZA	REALES	0	8				A															A						2	0	
03	R.C	1051365493	AARON	ANDRES	PEREZ	CERDA	1	2				A															A						2	0	
04	R.C	1051365468	BREYMARIS	DANIELA	CARRASQUILLA	PEREZ	1	3				A															A						2	0	
05	R.C	1240501511	SHADDAY	SOFIA	CERDA	MEZA	1	3				A															A						2	0	
06	R.C	1050008900	EMMA	SOFIA	JULIO	CASSIANI	1	3				A															A						2	0	
07	R.C	1051365370	ZOE	SHARITH	MARTINEZ	ALTAHONA	1	7				A															A						2	0	
08	R.C	1252958105	GREILYS	ISABEL	OROZCO	IRIARTE	1	7				A															A						2	0	
09	R.C	1051365339	SANTIAGO	ANDRES	PACHECO	CORTES	1	9				A															A						2	0	
10	R.C	1051365264	DUVIEILIS	CAROLINA	CASSIANI	ROMERO	1	9				A															A						2	0	
11	R.C	1051365210	ADEILIS	ELENA	PEREZ	PEREZ	2	2				A															A						2	0	
12	R.C	1240700928	ASLAN	DAVID	ORTIZ	SALAS	2	4				A															A						2	0	
13	R.C	1051365146	IZAEL	JAVIER	OSPINO	OSPINO	2	5				A															A						2	0	
14	R.C	1051365086	EMMANUEL	ANDRES	GOMEZ	TORRES	2	8				A															A						2	0	
15	R.C	1051364994	DAINER	JOSUE	JIMENEZ	PARRA	3	2				A															A						2	0	
16	R.C	1051364906	JAFET	DE JESUS	TINOCO	TORRES	3	5				A															A						2	0	
17	R.C	1048945680	THIAGO	ANDRES	TORRES	TORRES	3	7				A															A						2	0	
18	R.C	1076255077	JESEYLIS		CAÑATE	CASSIANI	3	7				A															A						2	0	
19	R.C	1051364804	KELAYNIS		SARA	CAÑATE	3	11				A															A						2	0	
20	R.C	1051364851	FRANYELIS		PAEZ	ROMERO	3	11				A															A						2	0	
21	R.C	1047243246	JHON	ANGEL	MEJIA	ACOSTA	4	3				A															A						2	0	
																																TOTAL	42	0	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	1
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	20
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: OCTUBRE 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): GLENIA PEREZ MARQUEZ CC: 1051359432

Código CUENTAME UDS: 136571160355 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: SAN JUAN DE MIS AMORES 27

Dirección UDS: CLL 7 No 9-100 BARRIO LA BODEGA Teléfono UDS: 3045436536

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	1049265247	ELENA	MARGARITA	ESCORCIA	PEREZ	17	5				A													A								2	0	
02	C.C	1051359699	MAYERLIS		PIÑA	DE LEON	33	2				A													A								2	0	
03	C.C	1049264617	MARIA	DEL CARMEN	REALES	ESCORCIA	20	3				A													A								2	0	
04	C.C	1051356340	MONICA	PATRICIA	URUETA	VELASQUEZ	22	0				A													A								2	0	
05	R.C	1051365637	ISABELA	SOFIA	CANTILLO	SAGBINI	0	8				A													A								2	0	
06	R.C	1240502347	CRISTAL	JOAHANA	CARRASQUILLA	JIMENEZ	0	8				A													A								2	0	
07	R.C	1051365582	GREIMER	DANIEL	REALES	ESCORCIA	0	10				A													A								2	0	
08	R.C	1051365438	ALAYNNA		HERRERA	REALES	1	4				A													A								2	0	
09	R.C	1051365440	YELIANI	ANDREA	PEREZ	CABALLERO	1	4				A													A								2	0	
10	R.C	1050008889	LIZ	PAOLA	JULIO	ORTEGA	1	5				A													A								2	0	
11	R.C	1051365349	SAMUEL	DAVID	CASTILLA	SEQUEA	1	8				A													A								2	0	
12	R.C	1049267708	GUELMI	JOSE	MARTINEZ	GARCIA	2	0				A													A								2	0	
13	R.C	1049267647	LUISA	FERNANDA	ARRIETA	MORENO	2	9				A													A								2	0	
14	R.C	1249068053	IBRIANY	ANDREA	AMOR	PADILLA	2	11				A													A								2	0	
15	R.C	1050008881	CESAR	ANDRES	REALES	CASTILLO	3	0				A													A								2	0	
16	R.C	1049267582	LUNA	SOFIA	SANSO	CASTELLAR	3	5				A													A								2	0	
17	R.C	1240698221	LUCIANA		CASTILLO	PALMERA	3	5				A													A								2	0	
18	R.C	1051364728	ANAID	MARIA	MARTINEZ	JIMENEZ	4	1				A													A								2	0	
19	R.C	1045311211	YEILIANA	YULIETH	RAMOS	RODELO	5	0				A													A								2	0	
20	R.C	1049267386	KEYLIN	SOFIA	LLERENA	PIÑA	5	5				A													A								2	0	
																																	TOTAL	40	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 5 MESES ASISTENTES	3
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	13
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	4

Angelica Babata T
COORDINADOR(A) EA

Gleiis maria 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

Hoja ___ de ___

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION RAIZ SOCIAL F. R. S
NIT: 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO: 13003802025
MES: OCTUBRE 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
Municipio: SAN JUAN NEPOMUCENO
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: SAN JUAN DE MIS AMORES 26
Teléfono UDS: 3001419785

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	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	1049264048	GAILA	GABRIELA	GARCIA	GARCIA	21	11				A														A						2	0	
02	C.C	1002409268	KAROLAY	MARCELA	MARTINEZ	JIMENEZ	25	1				A														A						2	0	
03	C.C	1045309368	REBECA	ESTER	CARRILLO	ESCORCIA	29	10				A														A						2	0	
04	R.C	1002409996	VIVIANA		MORALES	GUERRERO	25	11				A														A						2	0	
05	R.C	1051365681	AILANYS	CHARLOTTE	HERNANDEZ	ZAMORA	0	5				A														A						2	0	
06	R.C	1051365645	MANUEL	DAVID	VALDEZ	MARTINEZ	0	7				A														A						2	0	
07	R.C	1051365642	SALOME	DE DIOS	MATUTE	ALVAREZ	0	8				A														A						2	0	
08	R.C	1051365529	ANTONELLA		PAEZ	RODRIGUEZ	1	0				A														A						2	0	
09	R.C	1045311554	LUZ	ADRIHAINYS	CASSIANI	AGUILAR	1	1				A														A						2	0	
10	R.C	1051365476	SHADIA	NICOLLE	CASSIANI	ESCORCIA	1	2				A														A						2	0	
11	R.C	1045311539	LEAN	DAVID	CASSIANI	CASSIANI	1	2				A														A						2	0	
12	R.C	1051365449	ANA	PAOLA	MUNIVE	DE LA HOZ	1	4				A														A						2	0	
13	R.C	1051835370	JAZIEL		ARIAS	CASTELLAR	1	11				A														A						2	0	
14	R.C	1049267719	JOANYELIS	MICHELL	CONTRERAS	LEON	1	11				A														A						2	0	
15	R.C	1240299992	GREYSHA	VALERIM	ESCORCIA	UTRIA	2	2				A														A						2	0	
16	R.C	1051365201	ELIAM	DAVID	BROCHERO	CASSIANI	2	3				A														A						2	0	
17	R.C	1051365088	YORLENA		CASSIANI	GUERRERO	2	9				A														A						2	0	
18	R.C	1016122467	AYLLEN		OROZCO	CASSIANI	2	10				A														A						2	0	
19	R.C	1240699707	KIARA	CLAUDET	CERDA	ALMANZA	2	11				A														A						2	0	
20	R.C	1051364846	MIA	ISABEL	IRIARTE	MEDRANO	3	9				A														A						2	0	
																															TOTAL	40		

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	1
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	15
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	4

Angelica Balanta. 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 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: OCTUBRE 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						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	1049347536	YORLADIS		VASQUEZ	MONTIEL	20	7			A										A											2	0	
02	C.C	1051830215	DERLY	DEL CARMEN	MON	CARMONA	29	1			A										A											2	0	
03	R.C	1051826012	BLEIDYS	ELENA	RICARDO	CARMONA	31	8			A										A											2	0	
04	PPT	6255639	EIGLYS	CAROLINA	HERRERA	ROMERO	22	3			A										A											2	0	
05	C.C	1043967083	YOLIMAR	DEL CARMEN	CERDA	ESCORCIA	20	2			A										A											2	0	
06	R.C	1050485809	MAXIMILIANO		PACHECO	MARTINEZ	0	2			A										A											2	0	
07	R.C	1051835816	YULIANA	ISABEL	CARRILLO	MEZA	0	3			A										A											2	0	
08	R.C	1051835801	LUIS	FELIPE	BARRIOS	MEZA	0	4			A										A											2	0	
09	R.C	1050287230	DERECK		GAMARRA	ACOSTA	0	5			A										A											2	0	
10	R.C	1052101916	CAMILO		ARISTIZABAL	BELTRAN	0	5			A										A											2	0	
11	R.C	1051835777	ANTONY	JAVIER	HERRERA	BUSTILLO	0	6			A										A											2	0	
12	R.C	1249070850	CHLOE	SOFIA	CARO	COA	1	2			A										A											2	0	
13	R.C	1051835340	EDUARDO	DE JESUS	LUNA	CARMONA	2	0			A										A											2	0	
14	R.C	1051835173	ALFREDO	DE JESUS	ROSAS	SALTARIN	2	5			A										A											2	0	
15	R.C	1138685210	ANA	VICTORIA	VITAL	DIAZ	2	9			A										A											2	0	
16	R.C	1201290323	HILLARD	JOSE	ATENCIO	TAPIA	3	0			A										A											2	0	
17	R.C	1051834857	EMMA	CELESTE	BALLESTEROS	ARANDA	3	4			A										A											2	0	
18	R.C	1051834473	SHAYRA	SOFIA	VERGARA	MEDINA	4	5			A										A											2	0	
19	R.C	1050485371	MAILEN	JOHANA	CARMONA	BELTRAN	4	5			A										A											2	0	
20	R.C	1051834414	JULIETA	CAROLINA	TAPIA	FLOREZ	4	7			A										A											2	0	
																															TOTAL	40	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	5
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	10
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	5

Angelica Balanta D
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: OCTUBRE AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA
SERVICIO DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL

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

Hoja ____ de ____

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		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	1002358604	ROSMARY		BERTEL	CASTRO	21	9		F										A												2	0	
02	C.C	1051824926	MAROLYS	PAOLA	JIMENEZ	YEPEZ	13	8		F										A												2	0	
03	R.C	1051835859	ZHAMARA		MENDOZA	CARMONA	0	1		F										A												2	0	
04	R.C	1044024929	BORIS	ELIAS	ROA	BARRIOS	0	2		F										A												2	0	
05	R.C	1051835836	PABLO	ANDRES	RODELO	BARRIOS	0	2		A										A												2	0	
06	R.C	1051835805	MAYLEEN	SOFIA	BARRIOS	QUINTANA	0	5		A										A												2	0	
07	R.C	1051835804	NAOMI	SOFIA	MIRANDA	SERRANO	0	5		A										A												2	0	
08	R.C	1050485787	SANTIAGO		VASQUEZ	BENITEZ	0	8		A										A												2	0	
09	R.C	1051835727	SAMUEL	ELIAS	BARRIOS	AVENDAÑO	0	8		A										A												2	0	
10	R.C	1043497351	GAEL	DAVID	BUELVAS	SERRANO	0	11		A										A												2	0	
11	R.C	1140716519	LUIS	JUNIOR	PACHECO	CHARRYS	1	0		A										A												2	0	
12	R.C	1051835617	MARIA	SALOME	VERGARA	RIVERA	1	1		A										A												2	0	
13	R.C	1051835620	ALANNA		RODRIGUEZ	DIAZ	1	1		A										A												2	0	
14	R.C	1051835577	GABRIELA		BUELVAS	SERRANO	1	3		A										A												2	0	
15	R.C	1051835563	MARISOL		RIVERO	PORTILLO	1	3		A										A												2	0	
16	R.C	1051835496	ISABELLA	SOFIA	PUELLO	MENDOZA	1	6		A										A												2	0	
17	C.C	1051835468	GABRIEL	DAVID	GARZON	HERNANDEZ	1	7		A										A												2	0	
18	R.C	1051835400	YOSTIN	GABRIEL	CASTELLAR	SIMANCA	1	10		A										A												2	0	
19	R.C	1051835342	JESUS	DAVID	REYES	RODELO	1	11		A										A												2	0	
20	R.C	1042598012	SEBASTIAN	EMILIO	ATEHORTUA	BASTIDAS	2	6		A										A												2	0	
																																TOTAL	40	0	

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

Angelica Bolanta 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: OCTUBRE 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 ___

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			
01	C.C	1002429941	JULIA	ROSA	BERMEJO	YEPES	25	3		T					T					T					T					T				1	1	
02	C.C	1002429923	CAMILA	DEL CARMEN	BARRERA	DE LA ROSA	22	2		T					T					T					T					T				1	1	
03	R.C	1050485810	SEBASTIAN		MUÑOZ	TORRES	0	2		A					A					A					A					A				1	1	
04	R.C	1082068926	DALLIANYS	MICHELLE	REYES	GARCIA	0	3		A					A					A					A					A				2	0	
05	R.C	1051835841	MATHIAS	ANDRES	MACEA	DE LA ROSA	0	3		A					A					A					A					A				1	1	
06	R.C	1050485771	ANTHONY		MARTINEZ	MEZA	0	10		A					A					A					A					A				2	0	
07	R.C	1051835651	YEILOR		ROMERO	VASQUEZ	1	0		A					A					A					A					A				2	0	
08	R.C	1137544473	AYSHA		BARRERA	HERRERA	1	0		A					A					A					A					A				1	1	
09	R.C	1050485751	EMMA	SOFIA	ROMERO	MUÑOZ	1	1		A					A					A					A					A				2	0	
10	R.C	1235053735	LIAM	DAVID	PATERNINA	BARRIOS	1	4		T					T					T					T					T				1	1	
11	R.C	1051835460	ANDRES	DAVID	DE LA ROSA	BELTRAN	1	7		T					T					T					T					T				1	1	
12	R.C	1051835461	JORDIN	DAVID	DE LA CRUZ	VASQUEZ	1	8		T					T					T					T					T				1	1	
13	R.C	1050485732	MARIANGEL		VASQUEZ	MARTINEZ	1	9		T					T					T					T					T				1	1	
14	R.C	1048098075	ROSA	ISABEL	CASTILLO	YEPES	2	0		T					T					T					T					T				1	1	
15	R.C	1140716074	JULIANA	ISABEL	RIVERA	MERCADO	2	2		A					A					A					A					A				2	0	
16	R.C	1051835266	JAIDER	DE JESUS	CABALLERO	PADILLA	2	2		A					A					A					A					A				2	0	
17	R.C	1051835246	JOSE	DAVID	DE LA ROSA	GARCIA	2	3		T					T					T					T					T				1	1	
18	R.C	1051835212	IAN	DARIO	BUELVAS	MACHAO	2	4		T					T					T					T					T				1	1	
19	R.C	1050485660	JONNAS		MENDOZA	PIEDRAITA	2	4		T					T					T					T					T				1	1	
20	R.C	1050485654	MATHIAS		YEPES	PEREZ	2	11		T					T					T					T					T				1	1	
21	R.C	1077118584	SALOME		SALINAS	HERRERA	3	0		T					T					T					T					T				1	1	
																																TOTAL	22	16	

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 Balanta T
COORDINADOR(A) EA

Ines María 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

Copia Asistencia A.S
7 octubre 2025
6 participantes

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: OCTUBRE 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): JANET POSSO CC: 33341650
Código CUENTAME UDS: 136571160370 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: SAN JUAN DE MIS AMORES 40
Dirección UDS: CLL 7 No 9-100 BARRIO LA BODEGA 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		
			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	1044826416	KELI	YOJANA	MARTINEZ	CARDONA	31	11							A											A								
02	C.C	1051825380	DANIELA	ALEJANDRA	JIMENEZ	PIEDRAHITA	31	5							I											A								
03	C.C	1051824730	LAURA	MARCELA	SIERRA	TORRES	31	9							A											A								
04	C.C	1002428300	ANA	MARCELA	SIERRA	MUÑOZ	24	6							A											A								
05	C.C	1051830852	DANIELA	CAROLINA	MORALES	CASTILLO	28	1							A											A								
06	R.C	1044025063	YESHUA	DANIEL	GUZMAN	ACOSTA	0	0							I											I								
07	R.C	1051835792	EMMANUEL	JOSE	SOLAR	HERNANDEZ	0	5							A											A								
08	R.C	1256019010	MAXIMILIANO		YEPES	CASTIBLANCO	0	6							A											A								
09	R.C	1051835736	ALANNA	SOFIA	CASTRO	CARABALLO	0	8							A											A								
10	R.C	1051835673	MARISOL	SOFIA	YEPES	BERMEJO	0	11							A											A								
11	R.C	1051835641	MARIANGEL		CASTELLAR	RODRIGUEZ	1	0							A											A								
12	R.C	1051835597	NOHEMI		BUELVAS	ROJANO	1	1							A											A								
13	R.C	1051835487	CELESTE	SOFIA	GAZABON	DE LA ROSA	1	6							A											A								
14	R.C	1051835427	SARA	SOFIA	BARRIOS	RODELO	1	9							A											A								
15	R.C	1051835267	VIOLETA	JUDITH	VERGARA	MONTERROSA	2	2							A											A								
16	R.C	1052635351	ANGELA	ISABEL	VEGA	OROZCO	2	4							A											A								
17	R.C	1051835225	ASHLEY	CAROLINA	LARA	FERNANDEZ	2	4							A											A								
18	R.C	1051835137	ENYERLIS	SOFIA	LEIVA	GONZALEZ	2	6							A											A								
19	R.C	1051365083	YEIKER	ELIAS	OROZCO	PALLARES	2	8							A											A								
20	R.C	1222255270	ISAAC		BARRIOS	OLIVERA	3	0							I											A								
21	R.C	1051834559	GABRIELA	JUDITH	PERCIA	LEONES	4	2							A											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	

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	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 CONTRAT(13003802025
MES: _____ OCTUBRE 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 LILIBET DE LA ROSA RUA C.C: 1051825251
Código CUENTAME UDS: 136571160357 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_____ SAN JUAN DE MIS AMORES 29
Dirección UDS: _____ CLL 12 #9-100 BARRIO LA BODEGA Teléfono UDS: _____

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	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
1	C.C	1051820970	CARMEN	JULIA	ROMERO	BERMEJO	35	4			A														A							2	0	
2	C.C	1050483954	FANNY	ESTHER	MARTINEZ	HERRERA	24	5			A														A							2	0	
3	C.C	1143381093	LINA	MARCELA	TAPIA	MAX	30	7			A														A							2	0	
4	R.C	1051835878	ARIANNA	SOFIA	CARMONA	CASTILLO	0	1			I														I							0	2	
5	R.C	1051835862	ESTHER	CECILIA	CONDE	ORTIZ	0	2			A														A							2	0	
6	R.C	1050485805	MATHIAS		VILLALBA	PAJARO	0	4			A														A							2	0	
7	R.C	1051835741	SARA	LUZ	MARRIAGA	ROMERO	0	8			A														A							2	0	
8	R.C	1051835742	ESTER	LUZ	MARRIAGA	ROMERO	0	8			A														A							2	0	
9	R.C	1051835738	GAEL		PEREIRA	CAICEDO	0	8			A														A							2	0	
10	R.C	1051835647	NILSON	ENRIQUE	RODELO	TORRES	1	0			A														I							1	1	
11	R.C	1201293811	CHRISTOPHER	ANDRES	RIOS	SERRANO	1	2			I														A.							1	1	
12	R.C	1050485749	ISAIAS	JOSE	RIVERA	CARO	1	2			A														I							0	2	
13	R.C	1072267837	THIAGO	JOSE	ROQUEME	FLOREZ	1	4			A														I							1	1	
14	R.C	1051835581	LIA	CAROLINA	ORTEGA	ARRIETA	1	6			A														I							1	1	
15	R.C	1051835486	OMAIRA		LARA	GARCIA	1	7			A														I							1	1	
16	R.C	1051835361	KIARA	SOFIA	CARO	ROCHA	2	0			A														I							1	1	
17	R.C	1051835332	KAIL		RODRIGUEZ	TORRES	2	0			A														I							1	1	
18	R.C	1051835281	MARIANA		LARA	PEREIRA	2	3			A														I							1	1	
19	R.C	1050485635	MATHIAS	DE JESUS	DEAVILA	ARIAS	2	10			A														A							2	0	
20	R.C	1051834823	ALI	DAVID	TORRES	PEREZ	3	6			A														A							2	0	
																									I							1	1	
																															TOTAL	27	13	

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

Angelica Balanta T
COORDINADOR(A) EA

Lilibeth De La Rosa Ruá
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

Yesfco Villalba.
10 partici pantes.
22 de octubre de 2025.

Fecha Actual : Domingo, 14 septiembre 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:1356209

N° Historia Clinica: [illegible]

N° Folio: 50 Folio Asociado:

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: [illegible]

Fecha Nacimiento: [illegible] Edad Actual: [illegible]

Dirección: [illegible]

Procedencia: SAN JUAN NEPOMUCENO

Identificacion: [illegible] Sexo: [illegible]

Estado Civil: Soltero

Teléfono: [illegible]

Ocupacion: PERSONAS DE QUE NO FUERON DECLARADO OCUPACION

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: MUTUAL SER EPSS

Plan Beneficios: MUTUAL SER EVENTO SUBS HOSPITALIZACION Y CIRUGIA

Régimen: Regimen Subsidiado

Nivel - Estrato: Subsidiado N y C 1

DATOS DEL INGRESO

Responsable:

Direccion Resp:

Finalidad Consulta: Otra

Telefono Resp:

Fecha Registro: [illegible]

Causa Externa: Enfermedad general

INDICACION MEDICA

Tipo Indicacion: Salida

Detalle:

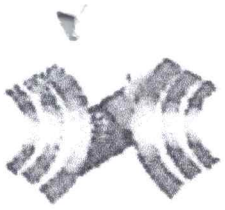
SALE MADRE CON NEONATO EN SUS BRAZOS
-CEFALEXINA TABLETA 500MG #28
USO: TOMAR UNA TABLETA CADA 6 HORAS POR 7 DIAS
-ACETAMINOFEN TABLETA 500MG #40
USO:TOMAR UNA TABLETA CADA 6 HORAS POR 10 DIAS
-SULFATO FERROSO TABLETA 200MG #30
USO: TOMAR UNA TABLETA CADA 24 HORAS POR UN MES
-ACIDO FOLICO TAB 1 MG #90
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
-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



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

INCAPACIDAD MEDICA
Nº14569

INFORMACION GENERAL

Fecha Documento: 14 septiembre 2025 20:15:a. m.

Medico: 9171908 HERMIDES JOSE FERNANDEZ FERNANDEZ

Informacion Paciente: AMALFI ESTHER CASTILLO SALCEDO **Tipo Paciente:** Subsidiado **Sexo:** Femenino

Tipo Documento: Cedula Ciudadania **Numero:** 1051827252 **Edad:** 30 Años / 4 Meses / 15 Dias **F. Nacimiento:** 30/04/1995

Entidad: ESS207 MUTUAL SER EPSS

DETALLE DE LA INCAPACIDAD

Dias de Incapacidad: 126 **Fecha Inicial:** 14/septiembre/2025 **Fecha Final:** 17/enero/2026

REPOSO EN CASA

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

Nombre del DX: O82 - PARTO POR CESAREA DE EMERGENCIA

FERNANDEZ FERNANDEZ HERMIDES JOSE
C C 9171908
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
RM 7865

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: OCTUBRE AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA
SERVICIO DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLÍVAR
Nombre Agente Educativo (a): LUZ ELENA SIERRA
Código CUENTAME UDS: 136571160366
Dirección UDS: CLL 7 No 9-100 BARRIO LA BODEGA
Centro Zonal: CZ 10-70 EL CARMEN DE BOLÍVAR
CC: 1102797346
Municipio: SAN JUAN NEPOMUCENO
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: SAN JUAN DE MIS AMORES 36
Teléfono UDS: 3005015092

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	1044000732	VALERIA	SOFIA	ROMERO	ROMERO	19	3				A										A										2	0	
02	C.C	1051820823	GENESIS	ASTRID	PALMERA	MONTIEL	26	2				A										A										2	0	
03	C.C	1005440892	CINDY	PAOLA	CASTRO	NAVARRO	25	10				A										A										2	0	
04	C.C	1051829818	YERLYS	ESTHER	OLIVERA	TORRES	28	11				A										A										2	0	
05	R.C	1051835726	AYLEN	SOFIA	RODELO	SALGADO	0	9				A										A										2	0	
06	R.C	1051835564	HELENA	SOFIA	MUÑOZ	MENDOZA	1	3				A										A										2	0	
07	R.C	1051835537	SANTIAGO	JOSE	OSPINO	FERNANDEZ	1	3				A										A										2	0	
08	R.C	1051835525	KRISTIANYS		CAMPO	HERNANDEZ	1	5				A										A										2	0	
09	R.C	1050485743	MARTIN	ELIAS	COTTA	TORRES	1	6				A										A										2	0	
10	R.C	1249070097	MARIA	CELESTE	MENDOZA	MEZA	1	7				A										A										2	0	
11	R.C	1051835433	MARCELO		MERIÑO	RAMIREZ	1	9				A										A										2	0	
12	R.C	1043345206	TALIANA	ISABEL	ESPAÑA	ROMERO	1	10				A										A										2	0	
13	R.C	1051835343	MAXIMILIANO		RIVERA	BARRIOS	1	11				I										I										0	2	
14	R.C	1051835142	VALERIA	ISABEL	CASTILLO	ESTRADAS	2	6				A										A										2	0	
15	R.C	1051835113	TALIANA		TORRES	ARRIETA	2	7				A										A										2	0	
16	R.C	1044021800	GUADALUPE		DEL TORO	AGUIRRE	2	9				A										A										2	0	
17	R.C	1051834676	GENESIS	SOFIA	SALINAS	ROMERO	3	11				A										A										2	0	
18	R.C	1235544454	GUSTAVO	AARON	OCHOA	PEREZ	4	2				A										A										2	0	
19	R.C	1050485384	DAIRA	JOSE	BARRIOS	ROMERO	4	4				A										A										2	0	
20	R.C	1050485328	SANTIAGO	JOSE	RAMIREZ	ARRIETA	4	10				A										A										2	0	
21	R.C	1050485197	JEFFERSON	DAVID	CORTEZ	YÉPEZ	5	1				A										A										2	0	
																															TOTAL	40	2	

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:	4

Angelica Balanta 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	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: OCTUBRE 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
Municipio: SAN JUAN NEPOMUCENO
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: SAN JUAN DE MIS AMORES 42
Teléfono UDS: 3135010291

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	1050035407	KARINA	PATRICIA	NADER	MOVILLA	38	1				I									I											0	2	
02	C.C	1051816200	DANIELA	PATRICIA	CARVAL	RAMIREZ	20	6				A									I											1	1	
03	C.C	22705751	YOCELY		ROMERO	GERONIMO	39	9				A									A											2	0	
04	C.C	1051831455	ADRIANA	ALEXANDRA	ARIAS	ANDRADES	27	7				A									A											2	0	
05	R.C	1051827675	MELISA	PAOLA	VASQUEZ	BLANCO	30	2				A									A											2	0	
06	R.C	1051835834	ALBEIRO	LUIS	DE LA ROSA	GONZALEZ	0	3				A									A											2	0	
07	R.C	1051835822	LUCAS	DAVID	RODELO	JARAMILLO	0	3				A									A											2	0	
08	R.C	1048613926	CATHALEYA		SERRANO	CHIQUILLO	0	7				A									A											2	0	
09	R.C	1242390614	ADELE	SOPHIA	MARTINEZ	ROMERO	0	10				A									A											2	0	
10	R.C	1051835594	LEIKER	DAVID	CORONEL	FERIA	1	1				A									A											2	0	
11	R.C	1051835590	ALAIA	CELESTE	URUETA	MOSQUERA	1	2				A									A											2	0	
12	R.C	1051835371	SHALEIMA	CECILIA	RODELO	RIVERO	1	11				A									A											2	0	
13	R.C	1051835349	SANTIAGO	JOSÉ	RIVERA	CARMONA	2	0				A									A											2	0	
14	R.C	1051835317	KENNER	NEOMAR	BARRIOS	VILLARROEL	2	0				A									A											2	0	
15	R.C	1051835313	THALIANA		YEPES	FERNANDEZ	2	1				A									A											2	0	
16	R.C	1051835264	IAN	DAVID	YEPEZ	CARMONA	2	2				A									A											2	0	
17	R.C	1051835229	DYLAN	JOSE	QUINTANA	MELENDEZ	2	4				A									A											2	0	
18	R.C	1231841340	EMMANUEL		DUQUE	MARTINEZ	2	5				A									A											2	0	
19	R.C	1050485653	RODRIGO		BERRIO	CONTRERAS	2	6				A									A											2	0	
20	R.C	1051834742	EVELYN		VASQUEZ	CARVAL	3	9				A									A											2	0	
21	R.C	1051834491	LUIS	FERNANDO	GOMEZ	RODRIGUEZ	4	4				A									A											2	0	
																															TOTAL	39	5	

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 Bolanto T.
COORDINADOR(A) EA

Maderlein 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

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: OCTUBRE 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

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		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	1102889080	ELSY	MARIA	HERNANDEZ	REYES	28	8	A		A								A															2	0	
02	C.C	1051832646	GLORIA	VANESSA	GAMARRA	SERRANO	26	6	A		A								A															2	0	
03	R.C	1049833461	ALANIS	DE JESUS	VEGA	HERNANDEZ	0	1	A		I								A															1	1	
04	R.C	1051835837	MILAGROS	SOFIA	PEREZ	REDONDO	0	2	A		A								A															2	0	
05	R.C	1051835799	IANA		PUERTA	RUIZ	0	4	A		A								A															2	0	
06	R.C	1043202675	JAYLETH		CARRASQUILLA	RODRIGUEZ	0	5	A		A								A															2	0	
07	R.C	1051835793	THIAGO	ANDRES	REBOLLO	MONTENEGRO	0	6	A		A								A															2	0	
08	R.C	1051835765	JESUS	DAVID	PASO	ROMERO	0	7	A		A								A															2	0	
09	R.C	1038150453	ANGEL	DONAY	MANJARREZ	CHARRIS	0	8	A		A								A															2	0	
10	R.C	1050485775	DAPHNE	SAMARA	LEGUIA	CASTILLA	1	0	A		A								A															2	0	
11	R.C	1051835615	THALIANA	MICHELL	RICARDO	REYES	1	1	A		A								A															2	0	
12	R.C	1051835610	BRAYTIAGO		HERNANDEZ	HERNANDEZ	1	1	A		A								A															2	0	
13	R.C	1051835598	HELIZ	MARIA	CAMPO	SANCHEZ	1	1	A		A								A															2	0	
14	R.C	1051835589	VIOLETTA		CASTRO	CERVANTE	1	2	A		A								A															2	0	
15	R.C	1051835562	LIAM	DAVID	DIAZ	PULIDO	1	3	A		A								A															2	0	
16	R.C	1051835555	HEYDIS	SOFIA	SANCHEZ	HIL	1	3	A		A								A															2	0	
17	R.C	1137544032	JAZLIN	MARIA	YEPEZ	MARTINEZ	1	8	A		A								A															2	0	
18	R.C	1242390175	JEREMIAS		MARTINEZ	DIAZ	1	8	A		A								A															2	0	
19	R.C	1051835319	AHMED	DAVID	MALDONADO	OQUENDO	2	0	A		A								A															2	0	
20	R.C	1051835289	MARLEYS	PAOLA	ARDILA	MENDEZ	2	1	A		A								A															2	0	
																																TOTAL	29	1	

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

Angelica Bolaño T
COORDINADOR(A) EA

Elena M 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: OCTUBRE 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): INGRIS NARVAEZ ALVIS CC: 1002306463
Código CUENTAME UDS: 136571160367 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: SAN JUAN DE MIS AMORES 37
Dirección UDS: CLL 7 No 9-100 BARRIO LA BODEGA Teléfono UDS: 3148701141

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	T.I	1050484094	ROSA	ANGELICA	FERIA	MARTINEZ	15	0				A									A										2	0	
02	C.C	1002429495	KENDRYS	ISABEL	PADILLA	CASTELLAR	23	0				A									A										2	0	
03	T.I	1051824596	THALIA		MEJIA	CORTESANO	14	1				A									A										2	0	
04	R.C	1003735548	ANA	MILENA	PAZ	LÓPEZ	26	7				A									A										2	0	
05	R.C	1051835786	ELUNEY		DIAZ	SARABIA	0	5				A									A										2	0	
06	R.C	1051835729	XIOMARA		VILLAMIL	SALGADO	0	8				A									A										2	0	
07	R.C	1051835678	ISABELLA		SALGADO	YEPES	0	11				A									A										2	0	
08	R.C	1050287073	SARA		SIERRA	ARAGÓN	1	1				A									A										2	0	
09	R.C	1249070753	OSMEL	ALEJANDRO	SALLAS	MACHADO	1	2				A									A										2	0	
10	R.C	1051835584	DANIEL	YESITH	GUZMAN	MEJIA	1	2				A									A										2	0	
11	R.C	1051835578	BYRON	DAVID	BUELVAS	SERRANO	1	2				A									A										2	0	
12	R.C	1050485744	HECTOR	ALEJANDRO	MEDRANO	PAZ	1	5				A									A										2	0	
13	R.C	1051835406	JUAN	PABLO	VERGARA	MEDINA	1	10				A									A										2	0	
14	R.C	1050485688	MARTINA		LOZANO	ROMERO	2	0				A									A										2	0	
15	R.C	1050286843	JUAN	ELIAS	SIERRA	ARAGÓN	2	2				A									A										2	0	
16	R.C	1051835119	MONTSERRAT		GILL	CAMARGO	2	7				A									A										2	0	
17	R.C	1051835055	BRAYAN	DAVID	ARIAS	GOMEZ	2	9				A									A										2	0	
18	R.C	1052100762	ADHARA	LUCIA	DE LA CRUZ	CAUSADO	2	11				A									A										2	0	
19	R.C	1051834946	MARCELA	SOFIA	BELTRAN	BUELVAS	3	1				A									A										2	0	
20	R.C	1052545329	SANTIAGO	JOSE	CASTRO	YEPEZ	3	7				A									A										2	0	
21	R.C	1051834341	MATHIAS	DAVID	CALVO	CARO	4	9				A									A										2	0	
																															TOTAL	42	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	4

Angelica Balanta T
COORDINADOR(A) EA

Ingris Narváez 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: OCTUBRE 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): SANDRA BETANCOURT CC: 45780140

Código CUENTAME UDS: 136571160365 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: SAN JUAN DE MIS AMORES 35

Dirección UDS: CLL 7 No 9-100 BARRIO LA BODEGA Teléfono UDS: 3205752733

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	1003645533	ANA	MARCELA	PERTUZ	OLIVERO	31	10		A										A											2	0	
02	C.C	1051830855	ANGIE	PAOLA	CASTELLAR	OTERO	28	1		A										A											2	0	
03	R.C	1051835870	DANIEL	EDUARDO	DE ORO	BETANCOURT	0	1		I										I											0	2	
04	R.C	1051835856	ABIGAIL		MORENO	ROMERO	0	1		I										I											0	2	
05	R.C	1050485812	AOME		ANILLO	ANILLO	0	2		I										I											0	2	
06	R.C	1051835848	ANDREA	MISHELL	BETANCOURT	GUEVARA	0	2		I										I											0	2	
07	R.C	1051835796	ALBEIRO	JOSE	ESQUIVEL	MARTINEZ	0	4		A										A											2	0	
08	R.C	1050485800	EMMANUEL		ROMERO	HERAZO	0	5		A										A											2	0	
09	R.C	1051835648	CRISTIAN	ANDRES	SALVADOR	OSPINO	1	0		A										A											2	0	
10	R.C	1051835632	EMILY	SOFIA	CUETER	BARRIOS	1	0		A										A											2	0	
11	R.C	1051835596	ISABELL	SOPHIA	GOMEZ	BUSTILLO	1	2		A										A											2	0	
12	R.C	1051835566	SARA	SOFIA	AMADOR	PÌNTO	1	2		A										A											2	0	
13	R.C	1051835527	ELAINE		ROMERO	LAMBIS	1	4		A										A											2	0	
14	R.C	1051835382	HANNA	SOFIA	CARRASQUILLA	GUARICUCO	1	10		A										A											2	0	
15	R.C	1043344737	MATEO		MEJIA	BARRIOS	2	2		A										A											2	0	
16	R.C	1051835139	MIKAL	SOFIA	CASTRO	ALFARO	2	6		A										A											2	0	
17	R.C	1238348469	NAHEL	DAVID	SERRANO	CASTILLO	3	2		A										A											2	0	
18	R.C	1051834884	ALEXANDRA		MARTINEZ	MERCADO	3	3		A										A											2	0	
19	R.C	1051834525	JOSE	DAVID	CARMONA	BUELVAS	4	3		A										A											2	0	
20	R.C	1051834310	ARIANY	SANDRID	CASTRO	ALFARO	4	11		A										A											2	0	
21	R.C	1050485263	ALISSON	PAOLA	ROMERO	SAENZ	5	0		A										A											2	0	
																															TOTAL	34	8	

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

COORDINADOR(A) EA

Sandra Betancourt Castellar
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

Hoja ____ de ____

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

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLÍVAR
Nombre Agente Educativo (a): DUFAY DEULUFEUTH
Código CUENTAME UDS: 136571160356
Dirección UDS: CLL 7 No 9-100 BARRIO LA BODEGA

Centro Zonal: CZ 10-70 EL CARMEN DE BOLÍVAR
CC: 33273524
Municipio: SAN JUAN NEPOMUCENO
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: SAN JUAN DE MIS AMORES 28
Teléfono UDS: 3177066500

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	1051831070	KELLY	JOANA	BUELVAS	ARIZA	27	11			A					A					A										2	0	
02	C.C	1051816438	ANDREA	MARCELA	SALCEDO	GOMEZ	34	0			A					A					A										2	0	
03	C.C	1051829091	MARIA	DEL AMPARO	SALCEDO	ACOSTA	29	7			A					A					A										2	0	
04	R.C	1043347151	EMILIANO		RODRIGUEZ	QUIMBAYO	0	1			A					A					A										2	0	
05	S.D	A07D47D70E6146409D81C60C7F507D6033100	VALENTINO		TOUS	BUELVAS	0	1			A					A					A										2	0	
06	R.C	1044024923	EMILIANO		ROSAS	OROZCO	0	2			A					A					A										2	0	
07	R.C	1051835815	CARLOS	ANTONIO	SIERRA	CARMONA	0	4			A					A					A										2	0	
08	R.C	1051835809	ESTER	MILENA	ARROYO	HERRERA	0	4			A					A					A										2	0	
09	R.C	1137544656	NOAH	DE JESUS	VAUDO	ROMERO	0	10			A					A					A										2	0	
10	R.C	1238350446	ELIAS	DAVID	BUSTAMANTE	CASTELLAR	2	0			A					A					A										2	0	
11	R.C	1143422992	ANA	ISABEL	SANCHEZ	BALLESTEROS	2	2			A					A					A										2	0	
12	R.C	1051835045	HELENA	SOPHIA	DE ORO	ACOSTA	2	9			A					A					A										2	0	
13	R.C	1050485605	JOSE	ALEJANDRO	GUARDELA	RODRIGUEZ	3	1			A					A					A										2	0	
14	R.C	1050485513	LEONARDO	ANDRES	CASTELLAR	ARIAS	3	9			A					A					A										2	0	
15	R.C	1051834577	KEISMY		MARTINEZ	BERTEL	4	1			A					A					A										2	0	
16	R.C	1050485420	EVELYN	SOPHIA	HERAZO	BALLESTERO	4	3			A					A					A										2	0	
17	R.C	1050485387	JAVIER	DAVID	MONTES	LORA	4	4			A					A					A										2	0	
18	R.C	1051834472	LUISA	FERNANDA	VELASQUEZ	NARANJO	4	5			A					A					A										2	0	
19	R.C	1051485383	JORDAN		CASTILLA	MEJIA	4	6			A					A					A										2	0	
20	R.C	1050485256	ANDRES	CAMILO	HERNANDEZ	MORENO	5	1			A					A					A										2	0	
																														TOTAL	40	0	

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

Angelica Bakanto T
COORDINADOR(A) EA

Dufay Deulufeut
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: OCTUBRE 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	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	1081000002	YISETH	GABRIELA	ROMERO	CASTELLAR	21	10			A										A											2	0	
02	C.C	1051832703	KAREN	PATRICIA	CUETO	SARABIA	26	7			A										A											2	0	
03	R.C	1050485811	HEFZIBA	JAEL	GALVIS	SIBAJA	0	2			A										A											2	0	
04	R.C	1051835845	GAEL	DAVID	OCHOA	SUAREZ	0	2			A										A											2	0	
05	R.C	1051835823	LUCCA		POMBO	PIEDRAHITA	0	3			A										A											2	0	
06	R.C	1051835810	GAEL	DAVID	OSORIO	VILLALBA	0	4			A										A											2	0	
07	R.C	1051835803	KIARA	SOFIA	BUELVAS	MERCADO	0	4			A										A											2	0	
08	R.C	1051835662	DYLAN	ANDRES	LAMBRAÑO	FLOREZ	0	11			A										A											2	0	
09	R.C	1051835649	LIAM	DAVID	POSSO	ORTIZ	1	0			A										A											2	0	
10	R.C	1051835134	MURIEL	SOFIA	BUELVAS	URANGO	2	6			A										A											2	0	
11	R.C	1051854979	ISAAC	DAVID	GALVIS	SIBAJA	2	11			A										A											2	0	
12	R.C	1050485554	DAMIAN	RAFAEL	MARTINEZ	PERALTA	3	5			A										A											2	0	
13	R.C	1051834686	NICOL	SOFIA	ANAYA	VITAL	3	10			A										A											2	0	
14	R.C	1051834701	JUAN	JOSE	BARRIOS	BARRIOS	3	11			A										A											2	0	
15	R.C	1015001023	SAMUEL	DAVID	SIABATO	PEREZ	4	3			A										A											2	0	
16	R.C	1050485386	MARION	SOFIA	MANJARREZ	CASTRO	4	4			A										A											2	0	
17	R.C	1051834423	ANGEL	YESID	CASTRO	ROMERO	4	7			A										A											2	0	
18	R.C	1043339037	MATIAS	DAVID	ESPAÑA	RICARDO	4	10			A										A											2	0	
19	R.C	1050485264	SEBASTIAN	CAMILO	RODRIGUEZ	SUAREZ	5	0			A										A											2	0	
20	R.C	1050485284	LIZ	SAMANTHA	SALINA	ROMERO	5	0			A										A											2	0	
21	R.C	1050485294	MAIRA	ALEJANDRA	HERNANDEZ	OCHOA	5	0			A										A											2	0	
																															TOTAL	42	0	

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 Bolaños 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

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: OCTUBRE 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: 136571160360
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
	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	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	1051447049	GLEYDE	ESTELA	OSPINO	VELENZUELA	33	9			A								A												2	0	
02	C.C	1051817954	MARIA	JOSE	YEPES	BUELVAS	28	0			A								A												2	0	
03	R.C	1051835877	ALICE	SOFIA	VERGARA	PUERTAS	0	1			A								A												2	0	
04	R.C	1051835813	ANA	ISABELLA	HERRERA	SERRANO	0	4			A								A												2	0	
05	R.C	1051835795	ALARA	SOFIA	ARAGON	PARRA	0	5			A								A												2	0	
06	R.C	1050485798	EITHAN	JOSEPH	MUÑOZ	LOBELO	0	5			A								A												2	0	
07	R.C	1050485779	AILEEN	DANIELA	SERRANO	ORTEGA	0	8			A								A												2	0	
08	R.C	1104019915	AILANY	VERUZCA	CUADRO	BROWN	0	9			A								A												2	0	
09	R.C	1050485768	DOMINIC		MERCADO	GONZALEZ	0	10			A								A												2	0	
10	R.C	1043346385	AARÓN	DAVID	ESCOBAR	GONZÁLEZ	1	2			A								A												2	0	
11	R.C	1043346042	SAULO	JOSE	CARMONA	MARTINEZ	1	4			A								A												2	0	
12	R.C	1196975895	MAUREN	SOFIA	RAMOS	ORTIZ	2	2			A								A												2	0	
13	R.C	1050485584	JUAN	JOSE	RODRIGUEZ	SERRANO	3	3			A								A												2	0	
14	R.C	1140714974	MARIA	CELESTE DE DIOS	ORTEGA	VELASQUEZ	4	3			A								A												2	0	
15	R.C	1050485432	HECTOR	JULIO	GAZABON	PEREZ	4	5			A								A												2	0	
16	R.C	1051834492	INNARA	ISABELL	RODRIGUEZ	BUELVAS	4	5			A								A												2	0	
17	R.C	1051834386	ANA	LUCIA	CASTELLAR	PIÑEREZ	4	8			A								A												2	0	
18	R.C	1050485337	JULIA	CAROLINA	PEREZ	PUA	4	8			A								A												2	0	
19	R.C	1051834370	CAMILO	ANDRES	CASTELLAR	DIAZ	4	8			A								A												2	0	
20	R.C	1051834337	GENEXIS	SOFIA	SANCHEZ	GALLARDO	4	10			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:	14
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	2

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 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: OCTUBRE 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): MIRLEY NEIRA CC: 1091666428
Código CUENTAME UDS: 136571160362 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: SAN JUAN DE MIS AMORES 33
Dirección UDS: CLL 7 No 9-100 BARRIO LA BODEGA Teléfono UDS: 3132015142

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	6656572	MARIANGEL	CAROLINA	RIASCO	NARVAEZ	17	9			A										A											2	0	
02	T.I	1050482526	LINETH	PAOLA	VILORIA	YEPES	18	5			A										A											2	0	
03	T.I	1050484728	ESTEFANY	JUDITH	BARRIOS	ARIAS	17	9			A										A											2	0	
04	C.C	1143412901	KENYA	CAROLINA	TERAN	MONTES	26	4			A										A											2	0	
05	S.D		ARID	VALENTINA	QUINTANA	NAVARRO	0	1			A										A											2	0	
06	R.C	1051835798	CATALEYA		RIVERA	DURAN	0	5			A										A											2	0	
07	R.C	1051835679	OSTIN	DAVID	CASTELLAR	CARO	0	10			A										A											2	0	
08	R.C	1070997202	ETHAN	DE JESUS	OROZCO	CARRASQUILLA	1	2			A										A											2	0	
09	R.C	1140716346	ISAIAS		HERNANDEZ	ORTEGA	1	5			A										A											2	0	
10	R.C	1050287020	JONAS	DAVID	NARVAEZ	ESTRADA	1	6			A										A											2	0	
11	R.C	1051835502	ELIEL	JAEL	MERCADO	PEREZ	1	7			A										A											2	0	
12	R.C	1050485735	LUIS	ALFREDO	DE AGUSTIN	CARMONA	1	8			A										A											2	0	
13	R.C	1249069681	JULIETHA	NICOL	OSORIO	NOVOA	1	10			A										A											2	0	
14	R.C	1050485714	LIAM	DAVID	CORREA	BALLESTERO	1	11			A										A											2	0	
15	R.C	1051835359	NAYLIN	MARGARITA	GARRIDO	MERCADO	2	0			A										A											2	0	
16	R.C	1194986633	THIAGO	DAVID	SERRANO	CAMPO	2	4			A										A											2	0	
17	R.C	1051835091	EMILY	SOFIA	MON	CARO	2	9			A										A											2	0	
18	R.C	1051834951	LUIS	DAVID	RODRIGUEZ	TOVAR	3	0			A										A											2	0	
19	R.C	1051834585	MEISY	LIZ	ESPRIELLA	ROMERO	4	1			A										A											2	0	
20	R.C	1051834558	SAMARA	SOFIA	ARENAS	LAMBRAÑO	4	2			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:	14
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	4

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	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: OCTUBRE AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA
SERVICIO DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL

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

Hoja ____ de ____

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
			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	CAUSA DE RETIRO
01	C.C	1051821685	KEYLA	STEFFANY	BOLIVAR	POSSO	34	6			A								A													2	0	
02	R.C	1051835867	AILANY	SOFIA	ARIAS	ORTEGA	0	1			A								A													2	0	
03	R.C	1050485813	NOAH	DE JESÚS	YEPES	MARTINEZ	0	2			A								A													2	0	
04	R.C	1051835794	ALANNA	PAOLA	BUSTILLO	VASQUEZ	0	5			A								A													2	0	
05	R.C	1051835767	ALID	DAVID	BELTRAN	CALVO	0	6			A								A													2	0	
06	R.C	1051835699	ABIGAIL		BELTRAN	BERMEJO	0	9			A								A													2	0	
07	R.C	1050485773	AILANY	SOFIA	GARCIA	SIBIRA	0	10			A								A													2	0	
08	R.C	1051835664	MAIKEL	DAVID	BUELVAS	VERGARA	0	11			A								A													2	0	
09	R.C	1051835640	OLIVER	ANDRES	CASTELLAR	MERCADO	1	0			A								A													2	0	
10	R.C	1051835602	KARLA	SOFIA	TORRES	BLANCO	1	2			A								A													2	0	
11	R.C	1051835603	JUAN	JOSE	NUÑEZ	CALDERON	1	3			A								A													2	0	
12	R.C	1051835481	ISMAEL	JOSE	OLIVERA	CARO	1	7			A								A													2	0	
13	R.C	1051835447	JAROL	JUNIOR	TOVAR	GLORIA	1	8			A								A													2	0	
14	R.C	1051835442	EINER	DAVID	MEZA	FLOREZ	1	8			A								A													2	0	
15	R.C	1051835403	KIARA	JHOANA	PUA	PEREZ	1	11			A								A													2	0	
16	R.C	1050485709	ADDY	LUZ	MELENDEZ	BELTRAN	1	11			A								A													2	0	
17	R.C	1051835350	SALOME		MARTINEZ	TORRES	1	11			A								A													2	0	
18	R.C	1051835329	SANTIAGO		ARIAS	ORTEGA	2	0			A								A													2	0	
19	R.C	1051834978	VALERIA	SOPHIA	ANILLO	ARIAS	2	11			A								A													2	0	
20	R.C	1140715718	KEYLOR	MANUEL	PUA	PEREZ	3	0			A								A													2	0	
21	R.C	1049090230	LIZ	ADRIANA	MARTINEZ	CORTEZ	3	6			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:	17
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	1

Angelica Balanta T
COORDINADOR(A) EA

Yina Huguet.
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: OCTUBRE AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: EDUCACION INICIAL CAMPESINA
SERVICIO DE ATENCIÓN: PROPIA E INTERCULTURAL

IDENTIFICACIÓN
Regional: BOLÍVAR
Nombre Agente Educativo (a): HAYDETH BARRIOS
Código CUENTAME UDS: 136571160369
Dirección UDS: CLL 7 No 9-100 BARRIO LA BODEGA
Centro Zonal: CZ 10-70 EL CARMEN DE BOLÍVAR
CC: 45544957
Municipio: SAN JUAN NEPOMUCENO
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: SAN JUAN DE MIS AMORES 39
Teléfono UDS: 3106329353
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	1051814432	ROSA	MARIA	MENDOZA	MEZA	25	4				A																					2	0	
02	C.C	1143233681	SHARON	NICOLL	THORREN	MIER	18	6				A																					2	0	
03	C.C	1051823623	GLISETH	PAOLA	BUELVAS	BUELVAS	33	1				A																					2	0	
04	C.C	1007263343	EVA	SANDRID	NAVARRO	DE ORO	25	1				A																					2	0	
05	PPT	31267771	ALBELYN	JOSEFINA	AMAYA	RIVERO	24	3				I																					2	0	
06	R.C	1051835872	SHARIK	SOFIA	SALGADO	CASTRO	0	1				A																					0	2	
07	C.C	1051835806	MAITE	SOFIA	SILVIA	OROZCO	0	5				A																					2	0	
08	R.C	1051835752	KILIAN	YESY	GUZMAN	CASTELLAR	0	8				A																					2	0	
09	R.C	1051835660	JHOSELYN	SOFIA	MARTELO	GARCIA	1	1				A																					2	0	
10	R.C	1256018074	CELESTE	IMITOLA	ESPINOZA	CELESTE	1	2				A																					2	0	
11	R.C	1051835579	JUAN	DAVID	YEPES	LORA	1	2				A																					2	0	
12	R.C	1051835559	KENDRY	SOFIA	CASTRO	ARIAS	1	3				A																					2	0	
13	R.C	1051835478	MIA	KATTALEYA	YEPES	MOLINA	1	7				A																					2	0	
14	R.C	1051835462	RANDY	JOSE	BARRIOS	MEZA	1	8				A																					2	0	
15	R.C	1051835358	NATALIA	SOFIA	AVILEZ	SERRANO	1	11				A																					2	0	
16	R.C	1051835354	MARIA	JOSE	SERRANO	PADILLA	2	0				A																					2	0	
17	R.C	1050485687	NAYERLIS	SOFIA	CASTELLAR	RIVERO	2	1				A																					2	0	
18	R.C	1050485669	SOPHIA	PAZ	CONTRERAS	MUÑOZ	2	3				A																					2	0	
19	R.C	1043343898	MATEO		BARRIOS	ACOSTA	2	6				A																					2	0	
20	R.C	1051835152	LUCIANA		NARVAEZ	SALCEDO	2	6				A																					2	0	
21	R.C	1051834391	JUAN	JOSE	CASTILLO	PIEDRAHITA	4	7				A																					2	0	
																																TOTAL	40	2	

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

Angelica Bahanta T
COORDINADOR(A) EA

Haideth Juana Barrios
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

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

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 (-)

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

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 + salpingectomía parcial bilateral. Sin complicaciones.

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

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

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

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

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

CLINICA MADRE BERNARDA
860028947 - 1
RESUMEN HISTORIA CLINICA

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

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

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

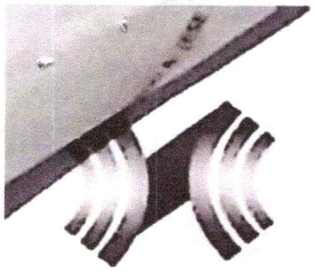
-LICENCIA MATERNA SEGÚN LO ESTIPULADO POR LEY ACTUAL (18 SEMANAS A PARTIR DE LA FECHA 126 DIAS)

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: 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:**	1251814523
Fecha Nacimiento:	06/junio/2004	**Edad Actual:**	21 Años / 1 Meses / 19 Días
Estado Civil:	Soltero	**Sexo:**	Femenino
Dirección:		**Teléfono:**	
Procedencia:	SAN JUAN NEPOMUCENO	**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 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
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

N° Historia Clínica: 1051814523 **N° 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

Nº87979 **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 Ninguna **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 AMNFIESTANDO QUE GINECOLGO TRATNET CITO PARA EL DIA D EHOY RELAZAR 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 BLANQUIECINA 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 SEGÚN LO ESTIPULADO POR LEY ACTUAL (18 SEMANAS A PARTIR DE LA FECHA 126 DÍAS)

RECOMENDACIONES:
-CITA CONTROL CON MEDICINA GENERAL

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**

Indicación Paciente:
SALE MADRE CON NEONATO EN SUS BRAZOS

-CEFALEXINA TABLETA 500MG #28
USO: TOMAR UNA TABLETA CADA 6 HORAS POR 7 DÍAS
-ACETAMINOFÈN 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 ÙNICA

-LICENCIA MATERNA SEGÙN 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 QUIRÙRGICA CON ABUNDANTE AGUA Y JABÒN
-COMPLETAR ESQUEMA ANTIBIÒTICO

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, VÒMITOS INCONTROLABLES, DOLOR ABDOMINAL INTENSO, FIEBRE QUE NO CEDE A ACETAMINOFÈN, SECRECIONES DE PUS O SANGRE POR HERIDA QUIRÙRGICA, DEHISCENCIA DE SUTURA.

ÒRDENES DEL RECIÈN 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 ACÙSTICAS +POTENCIALES EVOCADOS) CITA OPTOMETRÍA
-CONTROL DE PRIMERA INFANCIA
-Continuar ESQUEMA DE VACUNACIÒN PRÒXIMA 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 ALIMENTACIÒN), DAR EXCLUSIVA POR 6 MESES
-LIMPIEZA DE CORDÒN UMBILICAL CON AGUA Y JABÒN O SOLUCIÒN SALINA PARA BEBE PREFERIBLEMENTE DESDE LA BASE DEL CORDÒN HASTA LA PUNTA. NO QUITAR CLAMP QUE CUBRE Y MANTENER SECO, MANTENER POR FUERA DEL PAÑAL Y ROPA
-NO ALIMENTAR CON MAZAMORRAS, CHICHAS, BEBIDAS AROMÀTICAS, LECHE COMPLEMENTARIA. MANZANILLA, AGUA DE MANZANA.
LAVADO FRECUENTE DE MANOS ANTES Y DESPUÈS DE CADA MANIPULACIÒN DEL NIÑO.
• EVITAR EXPOSICIÒN A PERSONAS CON SÌNTOMAS RESPIRATORIOS, INCLUIDOS HERMANOS PEQUEÑOS.
• SI EL CUIDADOR TIENE SÌNTOMAS 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 LETÀRGICO (SE DUERME MUCHO) O INCONSCIENTE , RESPIRE MAL, SE LE MARQUEN LAS COSTILLAS, MÙLTIPLES EPISODIOS DE VÒMITO 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 SENITIVIO 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 ERIDAS
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 CPMALR <2SGD, 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 QUIRURGICA 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,
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 COMPAÑIA 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 RECIÉN 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 COMPAÑIA 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 RECIÉN 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	☑
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	☑

MEDICAMENTOS

CÓDIGO	NOMBRE	HC
0US4A3006	LACTATO DE RINGER (Sol Hartmann) 500ml (BAXTER SA)	☑
AGU03E30007	AGUJA SPINOCAN #26G 3 1/2 RF	☑
CAU035U0002	CAUCHO DE SUCCION 3 6MT 1/4	☑
JER03DEIN06	JERINGA DE INSULINA 27G X 1/2	☑
N01BB9185	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	☑

CLINICA CRECER

CENTRO MEDICO CRECER LTDA.

NIT: 806.004.548-6

CLL 30 N 34-22 BRR EL PRADO

CAMBIOS DE ESTADO DEL PACIENTE \ EVOLUCION - NOTA MEDICA

N° Historia Clínica: 1051830993
FECHA APERTURA H.C: 22/08/2025 11:38:43 a. m.
N° de ingreso: 3214509 **Cama:** 403 A - CAMA 403 A
Folio N°: 84

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: KEILY CAROLYTH ROMERO ROMERO
Fecha Nacimiento: 01/noviembre/2002
Estado Civil: Casado
Dirección: SAN JUAN NEPOMUCENO BARRIO CENTRO
Procedencia: SAN JUAN NEPOMUCENO

Identificación: Cédula_Ciudadanía 1051830993
Edad Actual: 22 Años
Sexo: Femenino
Teléfono: 3135179293
Entidad: 215-20 - MUTUAL SER EVENTO (SUBS) 22215

Tipo de Evolución: Evolucion Medica

Peso (Kg): 97 **Talla (Cm):** 162 **IMC (Kg/m2):** 37,00 **Sistolica (mmHg):** 137 **Diastolica mmHg):** 95 **Media:** 109 **FC(xm):** 63 **FR(R*m):** 16
Temperatura (C°): 36 **So2:** 96

EVOLUCION

PACIENTE FEMENINA DE 22 AÑOS, (G1P1C1A0, GS: O+) CON DIAGNÓSTICOS:

- POP CESÁREA DE URGENCIAS POR EMBARAZO DE 36.4 SEMANAS POR FUM CORREGIDA + OLIGOHIDRAMNIOS DEL 19/08/25 A LAS 20+30
- FETO UNICO VIVO SEXO FEMENINO, HORA 20+30 PESO: 2545 GR T: 43CM PC 34 CM PT: 33CM **DANE :250823102748B5**
- PREECLAMPSIA SEVERA
- OLIGOHIDRAMNIOS
- PRIMIGESTANTE
- RIESGO DE PRIMOINFECCIÓN POR TOXOPLASMA
- SOBREPESO PARA LA EDAD GESTACIONAL (IMC 29)
- RIESGO TROMBOEMBÓLICO: MODERADO (CESAREA- IMC- HOSPITALIZACIÓN)
- RIESGO DE HEMORRAGIA POSPARTO: BAJO
- ESCALA DE ALERTA TEMPRANA 3 PUNTOS
- QSOFA: 0 PUNTOS
- ROBSON 10

SUBJETIVO:
PACIENTE REFIERE SENTIRSE BIEN, TOLERANDO VIA ORAL, DIURESIS POSITIVA, NIEGA SINTOMAS DE VASOESPASMO, NIEGA SINTOMAS ADICIONALES, EN ALOJAMIENTO CON RECIEN NACIDO.

OBJETIVO:
ADECUADO ESTADO GENERAL, ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADA
CYC: NORMOCÉFALA, MUCOSA ORAL HÚMEDA, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, ISOCORIA NORMORREACTIVA, CUELLO MÓVIL SIN ADENOPATÍAS
TÓRAX: NORMOEXPANSIBLE, SIMETRIO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, AUSCULTACIÓN CARDIOPULMONAR SIN AGREGADOS NI SOPLOS
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, LEVE DOLOR A LA PALPACIÓN GENERALIZADA, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, UTERO TONICO CON ADECUADA EVOLUCIÓN, HERIDA QUIRÚRGICA SIN SIGNOS LOCALES DE INFLAMACIÓN, SIN DEHISCENCIAS, SIN SANGRADOS.
GU: SE DIFIERE EXPLORACION, LOQUIOS HEMATICOS ESCASOS NO FETIDOS
EXTREMIDADES: EUTRÓFICAS, SIMÉTRICAS, SIN EDEMAS, PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES, LLENADO CAPILAR MENOR A 3 SEGUNDOS
NEUROLOGICO: ALERTA, ORIENTADA, SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO

EXAMEN FISICO DEL RECIEN NACIDO:
TA 64/37 MMHG FC 138LPM SAT 99% TEMP 36C
NORMOCEFALIA, PUPILAS REACTIVAS A LA LUZ, MUCOSAS HUMEDAS, ACTIVO, REACTIVO, RESPONDIENDO A ESTIMULOS EXTERNOS, DESPIERTO CARDIOPULMONAR NORMAL SIN TIRAJES NI ALETEOS NASALES, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL CON ONFALO EN BUEN ESTADO SIN SIGNSO DE INFECCION LOCAL GENITALES NORMOCONGURADO PARA LA EDAD Y EL SEXO EXTREMIDADES SIMETRICAS SIN EDEMAS, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOSRECIEN NACIDO EN BUEN ESTADO GENERAL, TOLERANDO SENO MATERNO, ROSADO AL AIRE, ONFALO LIMPIO Y SECO, REFIERE MADRE QUE A DEFECADO Y A ORINADO CON NORMALIDAD

ECOGRAFIAS EXTRAHOSPITALARIAS
22/01/2025 ECO: EMBARAZO DE 6.1 SEMANAS LCC: 4.7
05/03/2025 ECO TRANSLUCENCIA: EMBARAZO DE 12.4 SEMANAS + FUV LCC: 61.7
22/03/2025 ECO DOPPLER FETAL: EMBARAZO DE 15.1 SEMANAS + DOPPLER DE ARTERIAS UTERINAS BAJO RIESGO DE PREECLAMPSIA O RCIU
09/04/2025 EMBARAZO DE 18 SEMANS + FUV PESO 234 PERCENTIL 79% LMV 5.5
15/04/2025 CERVICOMETRIA: 49 MM
30/04/2025 ECO DETALLE ANATÓMICO: EMBARAZO DE 20.4 SEMANAS + FUV PESO 404 PERCENTIL: 73%
29/05/2025 EMBARAZO DE 24.6 SEMANAS + FUV PESO 786 GR PERCENTIL 56% LMV:5.5
17/07/2025 ECOGRAFIAS: EMBARAZO DE 31.3 SEMANSA + FUV PESO: 1840 PERCENTIL 41%
23/07/2025 DOPPLER FETAL: EMBARAZO DE 32.4 SEMANAS + FUV PESO: 2049 PERCENTIL 46% DOPPLER FETAL SIN SIGNOS DE REDISTRIBUCCION HEMODINAMICA DOPPLER DE ARTERIAS UTERINAS NEGATIVO

PARACLINICOS EXTRAHOSPITALARIOS
28/01/2025 TOXOPLASMA IGM: <3.00 TOXOPLASMA IGG: <10.0 TRYPANOZOMA CRUZI: NEGATIVO HEMOCLASIFICACION: O RH POSITIVO GOTA GRUES/ HEMOPARASITOS: NEGATIVO VIH 1 Y 2: NO REACTIVO HEPATITIS B: MEGATIVO VDRL: NO REACTIVO UROCULTIVO: NEGATIVO A LAS 48 HORAS GLUCOSA: 7(UROANALISIS: NO PATOLOGICO HB: 13 HTO: 39.3 LEUCO: 11.200 NEU: 59.4 PLA: 375.000
04/02/2025 TREPONEMICA: NEGATIVO VIH 1 Y 2: NO REACTIVO HEPATITIS B: NEGATIVO HB: 13.4 HTO: 39.2 LEUCO: 12.390 NEU: 69.2 PLA: 476.000 UROANALISIS SUGESTIVO DE CONTAMINACION FROTIS VAGINAL: NO PATOLOGICO GLUCOSA: 84.36
15/02/2025 CITOMEGALOVIRUS IGG: 101 CITOMEGALOVIRUS IGM: 8.8
19/02/2025 UROCULTIVO: NEGATIVO A LAS 48 HORAS. UROANÁLISIS: NO PATOLÓGICO
18/03/2025 TOXOPLASMA IGM: <3.00 TSH: 2.88
28/04/2025 TOXOPLASMA IGM: 3.58
20/05/2025 TOXOPLASMA IGM: 4.12 VIH 1 Y 2: NO REACTIVO VDRL: NO REACTIVO UROCULTIVO: NEGATIVO A LAS 48 HORAS CURVA DE TOLERANCIA ORAL A LA GLUCOSA: 95/124/112/103 UROANÁLISIS: NO PATOLÓGICO HB: 12 HTO: 35.3 LEUCO: 14.800 NEU: 78.8 PLA: 335.000
03/06/2025 TOXOPLASMA IGM: 3.34 CURVA DE TOLERANCIA ORAL A LA GLUCOSA: 89/118/105/98

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: KEILY CAROLYTH ROMERO ROMERO
Fecha Nacimiento: 01/noviembre/2002
Estado Civil: Casado
Dirección: SAN JUAN NEPOMUCENO BARRIO CENTRO
Procedencia: SAN JUAN NEPOMUCENO

Identificación: Cédula_Ciudadanía 1051830993
Edad Actual: 22 Años
Sexo: Femenino
Teléfono: 3135179293
Entidad: 215-20 - MUTUAL SER EVENTO (SUBS) 22215

06/06/2025 HB:11.5 HTO: 34.6 LEUCO: 14.400 NEU: 77.20 PLA: 329.000 TP:12.4 TPT: 35 INR: 0.99 LDH: 33 BUN: 9.6 CREATININA: 0.64 GPT: 16.20 GOT: 21 BD: 0.05 BI: 0.22 BT: 0.27 PROTEINAS TOTALES: 6.0

IMÁGENES:
26/03/2025 HOLTER DE PRESIÓN ARTERIAL: HIPOTENSIÓN ARTERIAL DURANTE LA NOCHE, CIFRAS DE TENSIÓN ARTERIAL PROMEDIO DENTRO DE LÍMITES NORMALES DURANTE EL DÍA, PRESIÓN ARTERIAL MEDIA PROMEDIO NORMAL, PRESIÓN Y PULSO DE FRECUENCIA CARDIACA NORMALES, COMPORTAMIENTO NOCTURNO ANORMAL (NON-DIPPLER SISTÓLICO) COMPLIANCE ARTERIAL TOTAL Y VOLUMEN LATIDO NORMALES ÍNDICE CARDIACO BAJO, RESISTENCIAS PERIFÉRICAS TOTALES NORMALES.

PARACLINICOS INTRAHOSPITALARIOS
04/08/2025 HB: 12.60 HTO: 37.70 LEUCO: 13.960 NEU: 86.70 PLA: 286.000 LDH: 382.19 BUN: 9.2 CREATININA: 0.86 GPT: 24.20 GOT: 26.45
05/08/2025 PROTEÍNAS EN ORINA AL AZAR: 23.83 CREATININA EN ORINA AL AZAR: 137.16 RELACIÓN P/C: 0.17 UROANALISIS: NO PATOLOGICO
06/08/2025 HB: 11.70 HTO: 35.40 LEUCO: 12.510 NEU: 63.10 PLA: 289.000 LDH: 314.05 BUN: 11 CREATININA: 0.92 GPT: 20.61 GOT: 20.94 UROCULTIVO: PREELIMINAR: NEGATIVO A LAS 24 HORAS
07/08/2025 HB: 12.60 HTO: 37.60 LEUCO: 11.740 NEU: 80 PLA: 311.000 LDH: 332.29 BUN: 11.2 CREATININA: 0.86 GPT: 22.95 GOT: 24.81 UROCULTIVO: DEFINITIVO NEGATIVO A LAS 48 HORAS
08/08/2025 HB: 11.80 HTO: 36.00 LEUCO: 16.660 NEU: 72.80 PLA: 296.000 LDH: 303.62 BUN: 10.1 CREATININA: 0.64 GPT: 25.95 GOT: 23.41
10/08/2025 HB: 12.40 HTO: 37.00 LEUCO: 11.930 PLT: 257.000 LDH 357 BUN 11.2 CR 0.72 ALT 20 AST 22
11/08/2025: HB 12.30 HTO 37.30 VCM 93.20 HCM 30.70 LEU 12.38 %NEU 64.90 %LINF 24.20 PLQ 273.000 LDH 259.92 BUN 12.2 CREAT 0.87 GPT 15.69 GOT 18.76
12/08/25 HB 12.4, HTO 37.6, LEU 11.54, N% 65.9, PLT 239, LDH 288.09, BUN 11.5, CREAT 0.83, AST 19.26, ALT 15.01
FACTORES ANGIOGENICOS: TIROSINA QUINASA 6.287 pg/mL / FACTOR DE CRECIMIENTO PLACENTARIO 75 pg/mL : 83.8 pg/mL
14/08/2025 HB 12.40 HTO 37.10 VCM 93.20 HCM 31.30 LEU 10.15 NEU 6.52 LINF 2.59 PLQ 237.000 LDH 270.54 BUN 12.2 CREAT 0.77 GOT 20.58 GPT 20.39
14/08/2025: UROANALISIS: COLOR AMARILLO, ASPECTO LIGERAMENTE TURBIO, PH 5.0, DENSIDAD 1020, PROTEINAS POSITIVAS + (30 MGR/DL), BILIRRUBINA NEGATIVA, UROBILINOGENO NORMAL, CETONAS NEGATIVAS, SANGRE NEGATIVA, NITRITOS NEGATIVOS, LEUCOCITOS 2-4 POR CAMPOM HEMATIES 0-2 POR CAMPO, CELULAS EPITELIALES +, BACTERIAS +, MOCO NO SE OBSERVA
16/08/2025 HB: 12.90 HTO: 39.20 LEUCO: 10.430 NEU: 67 PLA: 201.000 LDH: 324.94 BUN: 13 CREATININA: 0.78 GPT: 17.1431 GOT: 22.59
18/08/2025 HB: 13 HTO: 39.10 LEUCO: 9.960 NEU: 62.20 PLA: 225.000 LDH: 302.24 BUN: 13.3 CREATININA: 0.86 GPT: 16.79 GOT: 20.43
19/08/2025 HB: 13.30 HTO: 40.70 LEUCO: 9.910 NEU: 69.10 PLA: 219.000 TP: 8.1 TPT: 29.30 INR: 0.84 LDH: 302.32 BUN: 13.4 CREATININA: 0.77 GPT: 15.80 GOT: 19.97 TREPONEMA: NEGGATIVO VIH 1 Y 2: NO REACTIVO
21/08/2025 HB: 13.30 HTO: 39.70 LEUCO: 13.130 NEU: 75.70 PLA: 233.000 LDH: 458.73 BUN: 10.5 CREATININA: 0.78 GPT: 16.60 GOT: 25.75
22/08/2025 HB 13.2 HCT 40.4 LEU 13.91 PLT 279.000 LDH 443.13 BUN 10.5 CR 0.75 ALT 16.15 AST 23.66

PARACLINICOS DE RECIEN NACIDO: HEMOCLASIFICACION: O POSITIVO TSH NEONATAL 2.05

ECOGRAFIAS INTRAHOSPITALARIAS
04/08/2025 ECOGRAFÍA: - EMBARAZO DE 34 SEMANAS + FUV CRECIENDO EN PERCENTIL 38 + OLIGOHIDRAMNIOS DIFICULTAD TÉCNICA POR PANÍCULO ADIPOSO. PERFIL BIOFÍSICO 6/8 ILA 6CM
05/08/2025 ECO DOPPLER FETAL: PRODUCTO ÚNICO LONGITUDINAL, CEFÁLICO DORSO DERECHO MOVIMIENTOS Y TONO FETAL PRESENTES ACTIVIDAD CARDIACA PRESENTE Y RÍTMICA (142 X MIN) 34 SEMANAS + 3 DÍAS FUM CORREGIDA: 07/12/2024 33 SEMANAS + 5 DÍAS. NO HAY CAMBIOS EN EL ESPECTRO DE LAS ONDAS QUE SUGIEREN ALTERACIÓN HEMODINÁMICA FETAL. FETO CON PESO: 2261 GR P: 36 %. EMBARAZO DE 33 SEMANAS 5 DÍAS POR BIOMETRÍA. DOPPLER FETO PLACENTARIO NORMAL
06/08/2025 ECOGRAFIA: FETO LONGITUDINAL DORSO DERECHO TONO FETAL 2 MOVIMENTOS CORPORALES 2 MOVIMENTOS RESPIRATORIOS 2 LIQUIDO AMNIOTICO 2. ILA: 8.2CM LAGO MAYOR VERTICAL 44MM. PERFIL BIOFISICO FETAL 8/8

MONITOREOS FETALES:
04/08/2025: 14+30 HORAS: MONITOREO FETAL CATEGORIA I
05/08/2025: 06+00 HORAS: MONITOREO FETAL CATEGORIA I
06/08/2025: 04+00 HORAS: MONITOREO FETAL CATEGORIA I
06/08/2025: 19+30 HORAS: MONITOREO FETAL CATEGORIA I
07/08/2025: 05+00 HORAS: MONITOREO FETAL CATEGORIA I
07/08/2025: 06+30 HORAS: MONITOREO FETAL CATEGORIA I
08/08/2025: 06+00 HORAS: MONITOREO FETAL CATEGORIA I
09/08/2025: 06+30 HORAS: MONITOREO FETAL CATEGORIA I
10/08/2025: 06+00 HORAS: MONITOREO FETAL CATEGORIA I
11/08/2025: 04+30 HORAS: MONITOREO FETAL CATEGORIA I
12/08/2025: 06+30 HORAS: MONITOREO FETAL CATEGORIA I
13/08/2025: 05+40 HORAS: MONITOREO FETAL CATEGORIA I
14/08/2025: 05+00 HORAS: MONITOREO FETAL CATEGORIA I
15/08/2025: 05+00 HORAS: MONITOREO FETAL CATEGORIA I

ANALISIS:
PACIENTE FEMENINA EN POSTPARTO DE CESÁREA DEL 19/08/2025 A LAS 20+30PM, DE URGENCIA POR OLIGOHIDRAMNIOS Y SINTOMAS PREMONITORIOS DE PREECLAMPSIA, CON DEMÁS DIAGNÓSTICOS ANOTADOS. A LA VALORACIÓN EN ADECUADO ESTADO GENERAL, ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADA, SIGNOS VITALES EN RANGOS DE NORMALIDAD CIFRAS TENSIONALES NORMALES. AL EXAMEN FÍSICO ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE CON LEVE DOLOR A LA PALPACIÓN GENERALIZADA, UTERO TONICO CON ADECUADA INVOLUCIÓN, HERIDA QUIRÚRGICA EN BUEN ESTADO, CON ESCASOS LOQUIOS HEMÁTICOS NO FÉTIDOS. SE REVISAN PARACLINICOS DE CONTROL SIN ANEMIA, SIN LEUCOCITOSIS, LDH NORMAL, FUNCION RENAL Y TRANSAMINASAS NORMALES. EN ALOJAMIENTO CONJUNTO CON RECIÉN NACIDO, SE DA CHARLA DE IMPORTANCIA Y TÉCNICAS DE LACTANCIA MATERNA. SE DA CHARLA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR, MÉTODO ESCOGIDO CON DISPOSITIVO INTRAUTERINO EL CUAL MANIFIESTA SE COLOCARA DE FORMA EXTRAHOSPITALARIA. SE DECIDE DAR EGRESO, CUMPLE CON PROTOCOLO DE VIGILANCIA AIEPI, SIN INDICACION DE VIGILANCIA INTAHOSPITALARIA, SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA Y RECOMENDACIONES. PACIENTE Y FAMILIAR REFIEREN ENTENDER Y ACEPTAR.

PLAN:
- ALTA MEDICA
- ACETAMINOFEN TAB 500 MG, TOMAR 2 TABLETA VÍA ORAL CADA 8 HORAS POR 5 DÍAS
- ENOXAPARINA AMPOLLA DE 40 MG, APLICAR 1 AMPOLLA SUBCUTÁNEA CADA 24 HORAS POR 8 DÍAS
- CAPTOPRIL 50 MG CADA 8 HORAS
- CARVEDILOL TAB 6.25MG CADA 12 HORAS
- CITA CONTROL CON GINECOLOGÍA POR LA CONSULTA EXTERNA DENTRO DE 72 HORAS
- RECLAMAR TSH NEONATAL A LAS 72 HORAS EN EL SIGUIENTE ENLACE: www.clinicacrecer.com USUARIO: No. DE IDENTIFICACIÓN DE LA MADRE, CONTRASEÑA: ULTIMOS 4 DIGITOS DE SU IDENTIFICACIÓN.
- RECLAMAR REPORTE DE PATOLOGIA DE TROMPAS AMBULATORIAMENTE
- RETIRO DE PUNTOS EN PUESTO DE SALUD MÁS CERCANO A DOMICILIO A LOS 10 DIAS DE LA CIRUGÍA
- ASISTIR POR URGENCIAS SI PRESENTA CIFRAS TENSIONALES 150/100 MMHG
- SE DA ORDEN PARA PERFIL TOXEMICO DE CONTROL EN 72 HORAS

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: KEILY CAROLYTH ROMERO ROMERO
Identificación: Cédula_Ciudadanía 1051830993
Fecha Nacimiento: 01/noviembre/2002
Edad Actual: 22 Años
Estado Civil: Casado
Sexo: Femenino
Dirección: SAN JUAN NEPOMUCENO BARRIO CENTRO
Teléfono: 3135179293
Procedencia: SAN JUAN NEPOMUCENO
Entidad: 215-20 - MUTUAL SER EVENTO (SUBS) 22215

*****RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA****
- SE INDICA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA LOS PRIMEROS 6 MESES DE VIDA, EXCEPTO LAS MADRES QUE TIENEN VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA (VIH), VIRUS DE LEUCEMIA HUMANA DE CÉLULAS T (HTLV-1), TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA POR DIAGNÓSTICO DE CÁNCER, CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y NIÑOS CON DIAGNÓSTICOS DE GALACTOSEMIA.
- SI DESEA CONSULTAR FÁRMACOS Y DROGAS CONTRAINDICADAS DURANTE LA LACTANCIA PUEDE INGRESAR A HTTPS://WWW.E-LACTANCIA.ORG/
- MEDIDAS ANTITROMBÓTICAS: AUMENTO DEL CONSUMO DE LÍQUIDOS, DEAMBULACION TEMPRANA
- SIGNOS DE ALARMA Y RECOMENDACIONES MÉDICAS MATERNA (REGRESAR POR LA URGENCIAS EN CASO DE FIEBRE (TEMPERATURA AXILAR MAYOR O IGUAL A 38.3°C), DIFICULTAD PARA RESPIRAR, VOMITAR TODO, LUCIR DE MAL ASPECTO, CONVULSIONES, DESMAYOS CON O SIN PÉRDIDA DEL CONOCIMIENTO, SALIDA DE SANGRE ABUNDANTE POR GENITALES, SALIDA DE SANGRE O PUS POR HERIDA EN CASO DE CIRUGÍA, DOLOR EN CUALQUIER PARTE DEL CUERPO DESCRITO COMO INTENSO EN ESPECIAL EN SITIOS DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA CUANDO CASO DE PACIENTE SEA PERTINENTE, VISIÓN BORROSA, VER LUCECITAS, ESCUCHAR ZUMBIDOS, O CUALQUIER OTRO SÍNTOMA POR EL CUAL CONSIDERE NECESARIO Y JUSTIFICADO RECONSULTAR, EN CASO DE QUE USTED HAYA TENIDO RECIENTE CIRUGÍA POR FAVOR LAVAR HERIDA QUIRÚRGICA SOLAMENTE CON AGUA Y JABÓN, DEBE ACUDIR A CITAS CONTROLES COMO ESTÁ ORDENADO, NO ENCAMARSE EN CASA, CAMINAR MÍNIMO 100 METROS EN CASA, NO LEVANTAR OBJETOS PESADOS NI REALIZAR TRABAJOS DE FUERZA, RECUERDE SIGNOS DE ALARMA DESCRITOS Y SIGA LAS INDICACIONES MÉDICAS DADAS POR SU ESPECIALISTA TRATANTE)
- SIGNOS DE ALARMA A RECIÉN NACIDO (REGRESAR RECIÉN NACIDO A URGENCIAS EN CASO DE PRESENTAR FIEBRE- VOMITA TODO- NO TOLERA ALIMENTACIÓN- SE PONE AMARRILLO- SE PONE MORADO- DIFICULTAD RESPIRATORIA- ENROJECIMIENTO ALREDEDOR DEL OMBLIGO- DISTENSIÓN ABDOMINAL- DEPOSICIÓN CON SANGRE- SE VE MAL SU RECIÉN NACIDO- CONVULSIONES, RECUERDE EXPONERLO DIARIAMENTE AL SOL EN HORARIO DE 7:00 AM Y 4:00 PM, FAVOR SIGA LAS RECOMENDACIONES ORDENADAS POR PEDIATRÍA)

ANTECEDENTES

Médicos	19/08/2025 18:39	PREECLAMSIA SEVERA
Médicos	19/08/2025 19:57	PREECLAMSIA SEVERA
Quirúrgicos	19/08/2025 21:19	CESAREA

DIAGNOSTICOS:

Codigo	Nombre	Observaciones Diag.
O13X	HIPERTENSION GESTACIONAL (INDUCIDA POR EL EMBARAZO) SIN PROTEINURIA SIGNIFICATIVA	

EXAMENES

Codigo y nombre:	Cant.
19332 - DESHIDROGENASA LACTICA LDH	1
902210 - HEMOGRAMA IV [HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA] METODO AUTOMATICO	1
19933 - TRANSAMINASA OXALACETICA / ASA	1
19934 - TRANSAMINASA PIRUVICA / ALAT	1
903895 - CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1
19749 - NITROGENO UREICO	1

ORDEN MEDICA

Codigo.	Nombre.	Dosis.	Unidad Medida.	Frecuencia.		Via Administracion.	Cant.
M00334	CAPTOPRIL 50 MG TABLETA	1,0000	Vacio	8	Hora	Oral	9
Posologia.	1 TAB VO CADA 8 HORAS *DOSIS PARA ASEGURAR TRATAMIENTO AL EGRESO						
M00577	CARVEDILOL 6.25mg TABLETA	1,0000	Vacio	12	Hora	Oral	9
Posologia.	1 TAB VO CADA 12 HORAS *DOSIS PARA ASEGURAR TRATAMIENTO AL EGRESO						
M00742	ENOXAparina SODICA (CLENOX) 40mg/0.4ml SOLUCION INYECTABLE	1,0000	Vacio	24	Hora	Subcutanea	9
Posologia.	1 AMPOLLA CADA 24 HORAS **ASEGURAR DOSIS AL EGRESO						
M00096	ACETAMINOFEN 500MG TABLETA/CAPSULA	2,0000	Vacio	8	Dia	Oral	9
Posologia.	1 GR CADA 8 HORAS DURANTE 5 DIAS						
M00742	ENOXAparina SODICA (CLENOX) 40mg/0.4ml SOLUCION INYECTABLE	1,0000	Vacio	24	Dia	Subcutanea	9
Posologia.	AMPOLLA DE 40 MG, APLICAR 1 AMPOLLA SUBCUTÁNEA CADA 24 HORAS HASTA COMPLETAR 10 DIAS						
M00334	CAPTOPRIL 50 MG TABLETA	1,0000	Vacio	8	Dia	Oral	9
Posologia.	CAPTOPRIL 50 MG CADA 8 HORAS						
M00577	CARVEDILOL 6.25mg TABLETA	1,0000	Vacio	12	Dia	Oral	9
Posologia.	CARVEDILOL TAB 6.25MG CADA 12 HORAS						

INDICACIONES MEDICAS

*****RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA****
- ASISTIR POR URGENCIAS SI CIFRAS TENSIONALES 150/100 MMHG

- SE INDICA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA LOS PRIMEROS 6 MESES DE VIDA, EXCEPTO LAS MADRES QUE TIENEN VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA (VIH), VIRUS DE L
- SI DESEA CONSULTAR FÁRMACOS Y DROGAS CONTRAINDICADAS DURANTE LA LACTANCIA PUEDE INGRESAR A HTTPS://WWW.E-LACTANCIA.ORG/
- MEDIDAS ANTITROMBÓTICAS: AUMENTO DEL CONSUMO DE LÍQUIDOS, DEAMBULACION TEMPRANA
- SIGNOS DE ALARMA Y RECOMENDACIONES MÉDICAS MATERNA (REGRESAR POR LA URGENCIAS EN CASO DE FIEBRE (TEMPERATURA AXILAR MAYOR O IGUAL A 38.
- SIGNOS DE ALARMA A RECIÉN NACIDO (REGRESAR RECIÉN NACIDO A URGENCIAS EN CASO DE PRESENTAR FIEBRE- VOMITA TODO- NO TOLERA ALIMENTACIÓN- SE

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: KEILY CAROLYTH ROMERO ROMERO
Fecha Nacimiento: 01/noviembre/2002
Estado Civil: Casado
Dirección: SAN JUAN NEPOMUCENO BARRIO CENTRO
Procedencia: SAN JUAN NEPOMUCENO

Identificación: Cédula_Ciudadanía 1051830993
Edad Actual: 22 Años
Sexo: Femenino
Teléfono: 3135179233
Entidad: 215-20 - MUTUAL SER EVENTO (SUBS) 22215

Firma y registro medico:

Cédula de ciudadanía - 7918921 - WILSON ENRIQUE FERNEINE LORA
Especialidad GINECOLOGIA
Tarjeta Profesional 7918921

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 CONTRATC 13003802025

MES: OCTUBRE 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			
1	TI	1043982120	ANGIE	VANESSA	AGAMEZ	RICARDO	16	4													A						A			2	0	
2	CC	1051817012	QUENDRIS	PAOLA	CORONEL	VILORIA	37	7													A						A			2	0	
3	CC	1051816568	VALENTINA	DEL AMPARO	DIAZ	DIAZ	19	11													A						A			2	0	
4	RC	1051835838	ADHARA		CASTELLAÑOS	MOTTA	0	2													A						A			2	0	
5	RC	1050485777	GEMMA	MARINA	OJEDA	SERRANO	0	9													A						A			2	0	
6	RC	1051835738	KILIAN	ANDRES	GONZALEZ	GUERRERO	0	9													A						A			2	0	
7	RC	1050485756	JUAN	ANGEL	TAMARA	SERRANO	1	1													A						A			2	0	
8	RC	1043718546	VICTORIA		BARRAZA	CARO	1	1													A						A			2	0	
9	RC	1050485752	JOEL	DE JESUS	GUERRERO	MONTES	1	1													A						A			2	0	
10	RC	1051835636	YAISETH	DAVID	BERRIO	CARMONA	1	1													A						A			2	0	
11	RC	1051835532	DILAN	ANDRES	BOHORQUEZ	QUINTERO	1	3													A						A			2	0	
12	RC	1051835558	SEBASTIAN	ANDRES	MERIÑO	RODELO	1	4													A						A			2	0	
13	RC	1050485740	ETHAM	HANIEL	BRACAMONTE	ROMERO	1	6													A						A			2	0	
14	RC	1051835394	AGAPE		LORA	MARTINEZ	1	11													A						A			2	0	
15	RC	1051835337	IAN	ANDRES	MARTINEZ	AGAMEZ	2	0													A						A			2	0	
16	RC	1051835248	GABRIEL	ISAAC	CENTENA	CASTILLO	2	4													A						A			2	0	
17	RC	1051835185	MAITE	SOFIA	MEJIA	VARON	2	5													A						A			2	0	
18	RC	1051835020	SAMARA		BARRIOS	DEL TORO	2	10													A						A			2	0	
19	RC	1051835014	CARLOS	ANDRES	FUENTES	ARRIETA	2	11													A						A			2	0	
20	RC	1050485565	JUAN	PABLO	YEPES	MONTES	3	4													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 Bustos 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 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: _____ OCTUBRE 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 (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	1002429774	ANDREA	CAMILA	CARMONA	ATENCIO	22	8														A									D	2	0	
2	CC	1051822728	YURIS	MARICELA	RODELO	ACOSTA	33	2														A									A	2	0	
3	CC	1002344256	ELSY	MARIA	ARRIETA	ORTEGA	23	3														A									A	2	0	
4	CC	1051825059	MABEL	DEL CARMEN	ATENCIO	RODELO	31	7														A									A	2	0	
5	CC	1051814844	YANIRY	ANDREA	CARMONA	SERRANO	21	1														A									A	2	0	
6	RC	1050485818	MARIA	DE JESUS	LEONES	SERRANO	0	1														A									A	2	0	
7	RC	1137544880	IAN	ALEXANDER	RODRIGUEZ	ARIAS	0	4														A									A	2	0	
8	RC	1050485796	DARIAINIS	SOFIA	CALDERON	DE LA HOZ	0	5														A									A	2	0	
9	RC	1051835704	YOIFER	DE JESUS	LOBELO	GAMARRA	0	9														A									A	2	0	
10	RC	1051835689	MATHIAS	DAVID	SALTARIN	YEPEZ	0	9														A									A	2	0	
11	RC	1050485772	NASYA	ISABEL	BUELVAS	MEZA	0	10														A									A	2	0	
12	RC	1050485754	MARIANA		JASPE	MENDEZ	1	1														A									A	2	0	
13	RC	1050982141	AMELIA		LORA	BARRIOS	1	3														A									A	2	0	
14	RC	1051835544	DULCE	MARIA	MULFORD	BARRIOS	1	3														A									A	2	0	
15	RC	1051835567	MATHIAS	DANIEL	SARABIA	ARIAS	1	4														A									A	2	0	
16	RC	1051835387	ISABELLA		BUSTILLO	BELTRAN	1	10														A									A	2	0	
17	RC	1050485684	KEYLIN	YERETH	RIVERA	BUELVAS	2	1														A									A	2	0	
18	RC	1050485665	MARY	PAZ	CUEVAS	CARMONA	2	4														A									A	2	0	
19	RC	1050485618	THALIANA		BROCHERO	MEZA	3	0														A									A	2	0	
20	RC	1051834680	GENESIS	MARIA	SACHEZ	CAICEDO	3	11														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	12
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	5

Edilsa Buelvas C.
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: OCTUBRE 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	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			
1	CC	1051820028	LIZETH	DEL CARMEN	ANDRADE	RODELO	35	1													A								A					2	0	
2	RC	1051835863	THIAGO	ANDRES	YEPES	ROMERO	0	2													A								A					2	0	
3	RC	1051835807	EMILIANO		MENDOZA	DE LA HOZ	0	5													A								A					2	0	
4	RC	1050485793	AITANA	ISABEL	POLO	CASTELLAR	0	7													A								A					2	0	
5	RC	1052101745	SAMARA	ISABEL	ESTRADA	MERCADO	0	10													A								A					2	0	
6	RC	1051835644	MILAN	DAVID	BARRIOS	SALGADO	1	1													A								A					2	0	
7	RC	1051835561	CESAR	DAVID	ROMERO	SUAREZ	1	4													A								A					2	0	
8	RC	1051835520	KEYLOR	DAVID	BUELVAS	TRUJILLO	1	5													A								A					2	0	
9	RC	1051835507	DILAN	JOSE	CARMONA	VILORIA	1	6													A								A					2	0	
10	RC	1051835488	ALEXANDRA		CASTILLO	CASTILLO	1	7													A								A					2	0	
11	RC	1140716295	SARA	VALENTINA	SALGADO	GALLARDO	1	8													A								A					2	0	
12	RC	1233931198	MIA	SOPHIA	PARRA	BARRAGAN	1	8													A								A					2	0	
13	RC	1050485715	JOHAN	DAVID	MANJARRES	CARMONA	1	11													A								A					2	0	
14	RC	1051835364	AMALIA	TERESA	GAZABON	LUNA	2	0													A								A					2	0	
15	RC	1051835318	LIAM		DE LA ROSA	BOHORQUEZ	2	1													A								A					2	0	
16	RC	1051835242	ABEL	DE JESUS	ACEVEDO	YEPEZ	2	4													A								A					2	0	
17	RC	1051835219	LUIS	DAVID	BALLESTERO	GUERRERO	2	5													A								A					2	0	
18	RC	1051835104	DIEGO	ANDRES	MELENDEZ	DIAZ	2	8													A								A					2	0	
19	RC	1196975690	LEIRYS	SOFIA	FLOREZ	FLOREZ	2	9													A								A					2	0	
20	RC	1140715022	CRISTIAN	JOSE	CARMONA	VILORIA	4	4													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:	17
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	1

Eolilsa Buelvas 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	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: 13002402024
MES: OCTUBRE 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																			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			
1	PPT	21039790	FABIANA	DEL CARMEN	FARIAS	COLINA	31	8													A							A					2	0	
2	RC	1051835850	ISABELA	SOFIA	MELENDEZ	DIAZ	0	2													A							A					2	0	
3	RC	1051835829	LIAN	GABRIEL	DIAZ	SALGADO	0	4													A							A					2	0	
4	RC	1050485792	ANGEL	DE JESUS	DIAZ	PEREZ	0	7													A							A					2	0	
5	RC	1051835751	SAMUEL	DAVID	HURTADO	TAPIA	0	8													A							A					2	0	
6	RC	1050485780	EHIDERTH	DAVID	SERRANO	LEAL	0	10													A							A					2	0	
7	RC	1066207920	LIAM	ALEJANDRO	BALLENA	ROJAS	0	10													A							A					2	0	
8	RC	1051835695	ORIANA		CARMONA	CARMONA	0	10													A							A					2	0	
9	RC	1051835540	JUAN	MIGUEL	TORRES	BARRIOS	1	4													A							A					2	0	
10	RC	1051835510	DAEL	MOISIÑO	BARRIOS	MONROY	1	6													A							A					2	0	
11	RC	1242390260	GABRIELA	ALEXANDRA	TAPIA	LOPEZ	1	7													A							A					2	0	
12	RC	1051835492	MILAGRO	MICHELL	CASTELLAR	PALENCIA	1	7													A							A					2	0	
13	RC	1051835495	JESUS	DANIEL	MENDOZA	PADILLA	1	7													A							A					2	0	
14	RC	1051835426	MARTIN	ANDRES	ARIAS	SERRANO	1	10													A							A					2	0	
15	RC	1051835418	MATEO	DE JESUS	MERCADO	ARIAS	1	10													A							A					2	0	
16	RC	1050485725	ALAIA	DARIANNA	DIAZ	BLANCO	1	10													A							A					2	0	
17	RC	1050485728	JARED		CARMONA	RUIZ	1	10													A							A					2	0	
18	RC	1050485708	GIANNA	SOFIA	TORRES	BUSTILLO	1	11													A							A					2	0	
19	RC	1242389939	MARIA	CELESTE	CORTEZ	MONTALVO	2	3													A							A					2	0	
20	RC	1051834688	YARETH	DE JESUS	MELENDREZ	VILLALBA	3	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:	17
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	1

Edelsa Buelvas 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

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: _____ OCTUBRE 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 (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	T.I	1050483910	YAILETH	DEL CARMEN	MORENO	FERNANDEZ	17	11														A									A		2	0	
2	CC	1007263399	YASMIN		SALGADO	VERGARA	32	3														A									A		2	0	
3	RC	1051835890	EMILIANO	ANDRES	BALLESTEROS	ROMERO	0	0														A									A		2	0	
4	RC	1051835880	MARIANA		JARAMILLO	DIAZ	0	0														A									A		2	0	
5	RC	1050485817	MARIA	CELESTE	TAPIA	MEJIA	0	2														A									A		2	0	
6	RC	1051835864	AILANY	SOFIA	ARIAS	BERMEJO	0	2														A									A		2	0	
7	RC	1051835757	DOMINIC		NAVARRO	LOPEZ	0	7														A									A		2	0	
8	RC	1051835720	DANIELIS		HERRERA	PATERNINA	0	8														A									A		2	0	
9	RC	1051835694	LUIS	DANIEL	OROPEZA	CASTELLAR	0	10														A									A		2	0	
10	RC	1051835671	DULCE	MARIA	SANCHEZ	ALEAN	0	11														A									A		2	0	
11	RC	1051835605	LAURA	CAMILA	MACEA	MORENO	1	2														A									A		2	0	
12	RC	1047523753	VICTORIA	SOFIA	BELTRAN	VILORIA	1	3														A									A		2	0	
13	RC	1051835542	IANNA	CELESTE	MONTES	ALVAREZ	1	3														A									A		2	0	
14	RC	1051835517	ELIASIB	ANDRES	TAPIAS	NOVOA	1	4														A									A		2	0	
15	RC	1051835524	DONOVAN	ANDRES	CASTILLO	TAPIA	1	5														A									A		2	0	
16	RC	1051835459	DAMIAN	ANDRES	MORENO	GARCIA	1	8														A									A		2	0	
17	RC	1065144298	AISHA		JARAMILLO	DIAZ	1	8														A									A		2	0	
18	RC	1050485677	MICHEL	SOFIA	NOVOA	LOZANO	2	3														A									A		2	0	
19	RC	1051835003	MARIA	ANGEL	HERNANDEZ	RUBIO	2	11														A									A		2	0	
20	RC	1201284257	SAMUEL	DAVID	BARRIOS	MARTINEZ	5	0														A									A		2	0	
																															TOTAL		40	0	

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 Bustos C.
COORDINADOR(A) EA

Marcela Patricia 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
	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: _____ OCTUBRE 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					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	CC	1047447131	YESENIA	ESTER	BARRIOS	BUELVAS	34	4									A											A		2	0	
2	CC	1050038638	NORMA	JUDITH	CASTELLAR	ANGULO	31	5									A											A		2	0	
3	CC	1051816000	YERELIN	PAOLA	GONZALEZ	TAPIA	20	4									A											A		2	0	
4	CC	1051832481	MARIA	JOSE	BERMEJO	DE ORO	26	8									A											A		2	0	
5	CC	1050482197	MARIS	FLOR	ACEVEDO	ARIÑA	18	8									A											A		2	0	
6	RC	1240305708	ANA	LUCIA	BEDOYA	BUENDIA	0	1									A											A		2	0	
7	RC	1043347117	HELENA	SUSANA	LOBELO	SOLANO	0	2									A											A		2	0	
8	RC	1051835819	JUAN	PABLO	MEZA	GARCIA	0	3									A											A		2	0	
9	RC	1051835831	SHADAY	SOFIA	MONTES	PEREZ	0	3									A											A		2	0	
10	RC	1072682783	EITHAN	DAVID	ANDRADES	CRISTANCHO	0	6									A											A		2	0	
11	RC	1042598899	MARIA	CELESTE	CASTELLON	ANDRADE	1	0									A											A		2	0	
12	RC	1051835616	BELLA	FLOR	PEREZ	COLON	1	1									A											A		2	0	
13	RC	1048101199	MARCELA		SAENZ	MANJARRES	1	4									A											A		2	0	
14	RC	1041703403	AZUL		SAENZ	TAPIA	1	6									A											A		2	0	
15	RC	1050485528	ALIS		ARIAS	SERRANO	3	8									A											A		2	0	
16	RC	1051834647	ZAID	DANIEL	CARMONA	BELTRAN	4	0									A											A		2	0	
17	RC	1194984157	ELIAN	ENRIQUE	GUTIERREZ	RAMIREZ	4	1									A											A		2	0	
18	RC	1050485434	AYLIN	SOFIA	LEDEZMA	CASTELLAR	4	4									A											A		2	0	
19	RC	1051834421	DULCE	MARIA	CAMPO	SALGADO	4	7									A											A		2	0	
20	RC	1052099821	ANDRES	DAVID	ARIAS	SERRANO	4	10									A											A		2	0	
																													TOTAL	40	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	4
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	11
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	5

Edilsa Bulnes C. — COORDINADOR(A) EA

Yanelis Herrera — RESPONSABLE DE GRUPO

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: _____ OCTUBRE 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 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	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	SEMANAS																	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA							
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
1	CC	1051820712	MARIA	DE LOS ANGELES	YEPES	GUZMAN	34	6												A					A				2	0	
2	CC	1051815193	ZEILY	MARIA	CASTELLAR	SANCHEZ	20	11												A					A				2	0	
3	CC	1051830752	DENIS	MARIA	BARRETO	ROBLES	28	2												A					A				2	0	
4	RC	1242390857	SANTIAGO		SUAREZ	BARRIOS	0	2												A					A				2	0	
5	RC	1051835802	ANALIZ		VERGARA	ESCALANTE	0	5												A					A				2	0	
6	RC	1256019052	CRISTOPHER		PAYAN	MANJARREZ	0	6												A					A				2	0	
7	RC	1044024696	ISABEL		AHUMEDO	CONTRERAS	0	6												A					A				2	0	
8	RC	1050485789	YEIKER	DAVID	NARVAEZ	PALACIN	0	8												A					A				2	0	
9	RC	1051835725	ARIANA	ISABEL	NARVAEZ	ANAYA	0	8												A					A				2	0	
10	RC	1051835797	BRIAN	DAVID	BALLESTEROS	MERCADO	0	9												A					A				2	0	
11	RC	1249071227	LUIS	ANGEL	DE ORO	MACEA	0	10												A					A				2	0	
12	RC	1051835658	ELIANIS	PAOLA	OROZCO	CASTELLAR	0	11												A					A				2	0	
13	RC	1051835638	ALAIA	ISABEL	CARMONA	RIVERA	1	0												A					A				2	0	
14	RC	1051835601	ALAN	MATHIAS	GALAN	HERNANDEZ	1	1												A					A				2	0	
15	RC	1051835552	KAYLEE		LOZANO	BARRETO	1	3												A					A				2	0	
16	RC	1043343847	ANGEL	DAVID	DE ORO	MACEA	2	6												A					A				2	0	
17	RC	1043342510	MARIA	LUCIA	ZAMBRANO	QUINTANA	3	1												A					A				2	0	
18	RC	1050485463	KEVILY		TAPIA	TEJADA	4	1												A					A				2	0	
19	RC	1104441620	SAMUEL		PERTUZ	MARTINEZ	4	3												A					A				2	0	
20	RC	1044015631	LUCIA		AHUMEDO	CONTRERAS	4	9												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 Bustos C.
COORDINADOR(A) EA

Gina Ortega Diaz
RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

PO.MO12.F7	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: OCTUBRE 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								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	1002429154	ANDREA	LUCIA	RODELO	PARDO	23	0												A									A					2	0	
2	CC	1051831153	GLADIS	DEL CARMEN	GOMEZ	MARTINEZ	27	11												A									A					2	0	
3	CC	1052067918	MELISSA	LINEIS	PATERNINA	VELAZCO	21	3												A									A					2	0	
4	CC	1050484160	LEIDIS	CAROLINA	ARIAS	LORA	21	4												A									A					2	0	
5	RC	1050485823	JOSMAN	JOSE	RAMIREZ	ROMERO	0	0												A									A					2	0	
6	RC	1051835818	BRIANA	ISABEL	CADENA	MARTINEZ	0	4												A									A					2	0	
7	RC	1051835784	AXEL	DAVID	SANABRIA	MERCADO	0	5												A									A					2	0	
8	RC	1051835774	MATHIAS	DAVID	PUELLO	BLANCO	0	6												A									A					2	0	
9	RC	1051835711	AILANY	SOFIA	MORENO	HERRERA	0	9												A									A					2	0	
10	RC	1051835609	SAMUEL	DAVID	PEREZ	BELTRAN	1	1												A									A					2	0	
11	RC	1020853585	IAN	ANDRES	LEDESMA	TORRES	1	2												A									A					2	0	
12	RC	1050485742	SALMAH		DURAN	GONZALEZ	1	7												A									A					2	0	
13	RC	1051835376	LUIS	DANIEL	TORRES	JULIO	1	11												A									A					2	0	
14	RC	1050485668	CARLOS	ANDRES	BEDOYA	TUBERQUIA	2	3												A									A					2	0	
15	RC	1050485661	ALFONSO	RAFAEL	RODRIGUEZ	LORA	2	4												A									A					2	0	
16	RC	1051835147	RAFAEL	DE JESUS	TAPIA	PUPO	2	6												A									A					2	0	
17	RC	1051834693	ISABELLA		RODELO	CASTRO	3	10												A									A					2	0	
18	RC	1051834698	ALEXANDER	MANUEL	FLOREZ	BOHORQUEZ	3	10												A									A					2	0	
19	RC	1051834605	SANTIAGO	DAVID	ANILLO	ARIAS	4	1												A									A					2	0	
20	RC	1201284877	EMILIANO		CASTELLAR	BARRIOS	4	9												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	13
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	4

Edilsa Bulcas C.
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

Hoja ____ de ____

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: _____ F. RAIZ SOCIAL
NIT: _ 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO: 13003802025
MES: _____ OCTUBRE 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

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	1048942457	CELESTE		SALVADOR	ZAMBRANO	27	10													A									A			2	0	
2	CC	1050483978	YULIETH	CAROLINA	ARIAS	MARTINEZ	22	4													I									I			0	2	
3	CC	1051829965	LORENA	LUZ	ARIAS	TORRES	28	11													A									A			2	0	
4	CC	1002429023	NAYELIS	VANESSA	YEPEZ	CASSIANI	23	11													A									A			2	0	
5	RC	1051835855	HAZEL		SANABRIA	CAYCEDO	0	1													A									A			2	0	
6	RC	1051835854	ELIAS	DAVID	MARQUEZ	PEREZ	0	1													A									A			2	0	
7	RC	1051835852	DYLAN	DAVID	VILORIA	YEPES	0	2													A									A			2	0	
8	RC	1051835833	VALERIA		VARGAS	MEZA	0	3													A									A			2	0	
9	RC	1051835740	AARON	JESUS	VERGARA	ALAVARADO	0	8													A									A			2	0	
10	RC	1044242948	MATEO	EDUARDO	ROMERO	RODRIGUEZ	0	9													A									A			2	0	
11	CE	O152778742	MATEO	DAVID	VILLALOBOS	PORTILLO	1	1													A									A			2	0	
12	RC	1104444648	CESAR	ALEJANDRO	SIMANCA	BRIÑEZ	1	4													A									A			2	0	
13	RC	1051835409	NICOLL		GLORIA	AHUMADA	1	10													A									A			2	0	
14	RC	1051835377	KAROL	JULIANA	SERRANO	DE LA ROSA	1	11													A									A			2	0	
15	RC	1050485681	JOHANA	CAROLINA	CASTILLO	GONZALEZ	2	3													A									A			2	0	
16	RC	1051835230	MAIRA	SOFIA	FLOREZ	CHIMA	2	4													A									A			2	0	
17	RC	1051835109	DULCE	JIRETH	CASTRO	CASTILLO	2	8													A									A			2	0	
18	RC	1050485621	DYLAN	JESUS	MONTES	ENSUNCHO	3	1													A									A			2	0	
19	RC	1051834926	AARON	JOSE	CASTRO	LEDESMA	3	1													A									A			2	0	
20	RC	1050286576	CAMILA	ANDREA	MERCADO	ARIAS	3	9													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	12
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	4

Edilsa Benitez 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

Clínica de la Mujer
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

Datos del Paciente

Identificación:	**CC - 1050483978**	**Paciente:**	**ARIAS MARTINEZ YULIET CAROLINA**		
Fecha Ingreso:	2025/10/03	**Hora Ing:**	00:34	**Ingreso:**	633006
Fecha y Hora Atencion:	2025/10/03 01:34:01			**Unidad Funcional:**	HOSPITALIZACION
Fecha Nacl:	**2003-05-30**	**Edad:**	**22 años**	**Sexo:**	F
Telefono:	3206422797,	**Estrato:**	EXENTO DE PAGO	**Municipio:**	SAN JUAN NEPOMUC
Dirección:	CALLE 415-50				
Empresa:	**ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD E.S.S**				
Contrato:	**CONTRATO No 75 : MUTUAL SER TARIFA GENERAL SUBSIDIADO**				
Acompañante:			**Tel. Acompañante:**		

Nº: 6163459

Unidad Funcional:	1 - HOSPITALIZACION

Fecha: **2025/10/03** Hora: **11:05**

Médico: **HILARY HERAZO CUADRO**

Recomendaciones:

PACIENTE FEMENINA DE 22 AÑOS DE EDAD, PRIMIGESTANTE, CON EMBARAZO DE 28 SEMANAS POR CRL, ACTUALMENTE CUMPLE ESTANCIA HOSPITALARIA (CLINICA DE LA MUJER) EN CONTEXTO DE TRASTORNO HIPERTENSIVO ASOCIADO AL EMBARAZO TIPO: PREECLAMPSIA NO SEVERA Y RESTRICCION DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO ESTADIO I.

FECHA DE INGRESO: 03/10/2025

DIAGNOSTICOS:
- **EMBARAZO DE 28 SEMANAS POR CRL**
- **FETO UNICO**
- **PRIMIGESTANTE/NULIPARIDAD**
- **TRASTORNO HIPERTENSIVO ASOCIADO AL EMBARAZO TIPO: PREECLAMPSIA NO SEVERA (P/C 2.36)**
- **RESTRICCION DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO ESTADIO I**
- **PERCENTIL DE CRECIMIENTO 4.6%**
- **RIESGO DE SERCONVERSION PARA TOXOPLASMA**
- **MEMORIA PARA RUBEOLA**
- **ALTO RIESGO OBSTETRICO**
- **ESCALA DE ALERTA TEMPRANA 0 PUNTOS**
- **OBESIDAD PARA LA EDAD GESTACIONAL (ESCALA ATALAH)**
- **RIESGO PSICOSOCIAL BAJO (ESCALA HERRERA Y HURTADO)**
- **RIESGO TROMBOEMBÓLICO INTERMEDIO - OBESIDAD/PREECLAMPSIA (ESCALA RCOG/FECOLSOG)**
- **CONOCE LA SENTENCIA C 355/C 055-22/C 051-23**
- **ASESORIA DE PLANIFICACION: POR DEFINIR**

Hilary Herazo Cuadro
Médico General
RM 1047494111

ATENDIDO POR
HILARY HERAZO CUADRO CC: 1047494111
Reg Medico :1047494111 MEDICINA GENERAL

Copyright 2010-2011 Sisma-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: _____ F. RAIZ SOCIAL
NIT: 900126347-7 NÚMERO DE CONTRATO 13003802025
MES: OCTUBRE 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 BERRANO BIERRA 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																	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	1194747445	KARLA	ISABEL	POLO	GAZABON	23	0												A									A					2	0	
2	CC	1193223866	JOHANA	DE JESUS	VITAL	TERRRAZA	27	10												A									A					2	0	
3	CC	1143374097	MARYURIS	VANESSA	BELEÑO	HAAD	31	8												A									A					2	0	
4	CC	1049483597	MARGARETH	PAOLA	HERRERA	ARIZA	31	1												A									A					2	0	
5	CC	1047452644	KEYLA	LISETH	BARRIOS	PERSIA	32	11												A									A					2	0	
6	CC	1050484215	YONALIS	AILIN	GAMARRA	POSSO	20	6												A									A					2	0	
7	RC	1050485820	SALOMON		CASTILLO	ACOSTA	0	1												A									A					2	0	
8	RC	1140716603	AILANIS	SOFIA	RIVERO	TOVAR	0	2												A									A					2	0	
9	RC	1050485808	KYARA	SOFIA	ALVAREZ	URUETA	0	3												A									A					2	0	
10	RC	1051835812	EMILIANO		LAMBIS	MORALES	0	4												A									A					2	0	
11	RC	1051835718	EMMANUEL		FLOREZ	NAVARRO	0	10												A									A					2	0	
12	RC	1249070691	AITANA		QUINTANA	CARMONA	1	2												A									A					2	0	
13	RC	1043346112	MIGUEL	ANGEL	MEJIA	ROMERO	1	4												A									A					2	0	
14	RC	1126791290	JHONATAN	DAVID	MEJIA	OROZCO	2	1												A									A					2	0	
15	RC	1051835052	YEIRON	RAFAEL	MARQUEZ	SALCEDO	2	10												A									A					2	0	
16	RC	1050981038	OLIVER	JOSE	NAVARRO	HERRERA	3	0												A									A					2	0	
17	RC	1051834771	ARIANNA		CASTELLAR	HERRERA	3	8												A									A					2	0	
18	RC	1050485477	SAHILYN		BARRIOS	PADILLA	4	0												A									A					2	0	
19	RC	1238347650	MILAGRO	SOFIA	YEPES	FERNANDEZ	4	1												A									A					2	0	
20	RC	1051834327	MARIA	VICTORIA	GUERRERO	YEPES	4	10												A									A					2	0	
																													TOTAL					40	0	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	4
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	10
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	6

Edilsa Bustos C.
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	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: OCTUBRE 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): ROSILDA RAMOS C.C: 45781278
Código CUENTAME UDS: 136571160344 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención _____ SAN JUAN DE MIS AMORES 15
Dirección UDS: _____ CLL 12 #9-100 BARRIO LA BODEGA Teléfono UDS: _____ 3216973552

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	TI	1050483562	KEYLA	DANIELA	PEREZ	MANCILLA	15	5											A										A					2	0	
2	TI	1050484785	KAROLAYS	MICHELL	RODRIGUEZ	CARBAJALINO	16	8											A										A					2	0	
3	CC	1051833178	NELLYS	JOHANA	VASQUEZ	CORREA	25	11											A										A					2	0	
4	RC	1050485822	GABBY		SANCHEZ	MENDOZA	0	0											A										A					2	0	
5	RC	1051835771	HASLY	SOFIA	RIVERA	CARO	0	7											A										A					2	0	
6	RC	1051835749	ARIANNA	MICHELL	ARRIETA	ESTRADA	0	7											A										A					2	0	
7	RC	1051835732	SOHARA	MARIA	OSPINO	DE LA ROSA	0	8											A										A					2	0	
8	RC	1051835630	LUCIA	ISABEL	ZAMBRANO	GARCIA	1	1											A										A					2	0	
9	RC	1051835575	DANNA	SOFIA	CONTRERAS	MARQUEZ	1	3											A										A					2	0	
10	RC	1051835546	IAM	DAVID	CASTELLAR	FERNANDEZ	1	4											A										A					2	0	
11	RC	1051835530	BRYAN	DAVID	SANCHEZ	MORENO	1	5											A										A					2	0	
12	RC	1051835474	ALAN	ANDRES	MARQUEZ	CARMONA	1	7											A										A					2	0	
13	RC	1051835411	CESAR	DANIEL	SIERRA	GONZALEZ	1	9											A										A					2	0	
14	RC	1051835351	MATEO		HERAZO	GAMBOA	2	0											A										A					2	0	
15	RC	1051835314	YASMIN		PADILLA	ROMERO	2	1											A										A					2	0	
16	RC	1051835158	SEBASTIAN	DAVID	OCHOA	VERGARA	2	6											A										A					2	0	
17	RC	1051835154	MATIAS	RAFAEL	CANTILLO	CASTELLAR	2	6											A										A					2	0	
18	RC	1051835022	GAEL	DAVID	MORENO	HERRERA	2	11											A										A					2	0	
19	RC	1051835019	MATEO	DE JESUS	HERNANDEZ	TORRES	2	11											A										A					2	0	
20	RC	1051834982	JHON	JAIRO	OCHOA	CARMONA	3	0											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 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 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: _____ OCTUBRE 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						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	
1	CC	1051831519	ELDA	JULIETH	GARCIA	HERNANDEZ	27	6														A								A		2	0	
2	RC	1051835871	SEBASTIAN	ANDRES	YEPEZ	MIER	0	1														A								A		2	0	
3	RC	1051835788	MARIANGELES		RODRIGUEZ	CARMONA	0	5														A								A		2	0	
4	RC	1051835687	GABRIELA	SOFIA	RODRIGUEZ	JIMENEZ	0	10														A								A		2	0	
5	RC	1051835685	SALOME		ROMERO	CORONELL	0	10														A								A		2	0	
6	RC	1051835674	JULIO	CESAR	GOMEZ	RODRIGUEZ	0	11														A								A		2	0	
7	RC	1050487565	ASHLEY	LUCIANA	DIAZ	QUINTANA	0	11														A								A		2	0	
8	CC	1051835652	AINHARA		BELTRAN	LEDESMA	1	0														A								A		2	0	
9	RC	1051835645	KIARA	SOFIA	MADRID	CASTRO	1	0														A								A		2	0	
10	RC	1051835612	DARA		RODRIGUEZ	BABILONIA	1	1														A								A		2	0	
11	RC	1051835560	JOSE	ALEJANDRO	RODELO	SANCHEZ	1	3														A								A		2	0	
12	RC	1051835547	ALEX	DAVID	BARRIOS	MARTINEZ	1	3														A								A		2	0	
13	RC	1051835519	SOFIA		RODRIGUEZ	SIERRA	1	4														A								A		2	0	
14	RC	1051835463	THIAGO	ANDRES	RODRIGUEZ	MERCADO	1	7														A								A		2	0	
15	RC	1051835423	EMANUEL	JOSE	MORENO	PALACIN	1	9														A								A		2	0	
16	RC	1249069732	DALIANYS	PAOLA	OROZCO	PALACIN	1	10														A								A		2	0	
17	RC	1051835321	ALANA	MARIA	SABALZA	YEPEZ	2	0														A								A		2	0	
18	RC	1051835298	ADHARA	MALENA	MARQUEZ	BAEZ	2	1														A								A		2	0	
19	RC	1052635388	LIAN	DANIEL	PIÑA	RODRIGUEZ	2	2														A								A		2	0	
20	RC	1051835255	CELESTE		PEREZ	ARIAS	2	3														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:	18
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	1

Edilsa Bulcas 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	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: OCTUBRE 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						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	T.I	1052631857	MEBIS	NATALIA	NATERA	HERRERA	15	11												A									A					2	0	
2	RC	1051835820	LUISA	FERNANDA	MENDEZ	GARCIA	0	3												A									A					2	0	
3	RC	1051835735	CILLIAN		MONTES	CARMONA	0	7												A									A					2	0	
4	RC	1051835723	DILAN	DAVID	HERRERA	GLORIA	0	8												A									A					2	0	
5	RC	1051835721	EDGAR		PEREZ	TORRES	0	8												A									A					2	0	
6	RC	1051835715	AYLIN	SOFIA	CASTELLAR	VASQUEZ	0	9												A									A					2	0	
7	RC	1051835653	LIAN	DAVID	MONTERROSA	BUSTILLO	1	0												A									A					2	0	
8	RC	1253659480	SANTIAGO	DE JESUS	SANCHEZ	LOPEZ	1	0												A									A					2	0	
9	RC	1051835618	YEICOLL	ANDRES	CARMONA	MELENDEZ	1	1												A									A					2	0	
10	RC	1051835582	ALANNY	VICTORIA	TROCHA	PAYARES	1	2												A									A					2	0	
11	RC	1051835469	KIARA	SOFIA	BOSSA	MANJARREZ	1	7												A									A					2	0	
12	RC	1051835464	NEIKER	DAVID	NARVAEZ	VASQUEZ	1	7												A									A					2	0	
13	RC	1051835465	DAMIAN	ANDRES	CASTRO	DIAZ	1	7												A									A					2	0	
14	RC	1051835429	ANTONIO	RAFAEL	RAMOS	TAMARA	1	9												A									A					2	0	
15	RC	1050485729	KYLIAN		BARRIOS	OSORIO	1	9												A									A					2	0	
16	RC	1050485705	DARIANA	SOFIA	CARMONA	PALMERA	1	11												A									A					2	0	
17	RC	1051835348	KILIAN	ANDRES	CENTENA	MENDEZ	2	0												A									A					2	0	
18	RC	1050485686	THIAGO	ANDRES	CARMONA	CARMONA	2	0												A									A					2	0	
19	RC	1051835018	BAIRON	JOSE	VASQUEZ	CANTILLO	2	10												A									A					2	0	
20	RC	1051834576	LUISA	DANIEL	TERAN	ARGEL	4	1												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:	18
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	1

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	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: OCTUBRE 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						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	
1	TI	1050484159	KEYDIS	JOHANA	CARMONA	MENODZA	17	10											A						A					2	0	
2	CC	1051826961	EUGENIA	DEL CARMEN	GARCIA	OSPINO	32	2											A						A					2	0	
3	RC	1051835830	ARMANDO	DE JESUS	MANJARRES	YEPES	0	2											A						A					2	0	
4	RC	1048946457	YOLVER	ANDRES	CASTELLAR	MELENDREZ	0	4											A						A					2	0	
5	RC	1051835781	ALICE	GUADALUPE	PEREZ	LUNA	0	6											A						A					2	0	
6	RC	1051835770	ROSMERIS		VILORIA	BALLESTA	0	6											A						A					2	0	
7	RC	1253659785	ELIAM	JOSE	VILLAR	BUSTILLO	0	10											A						A					2	0	
8	RC	1051835626	HEDA	ISABEL	DIAZ	ROZO	1	1											A						A					2	0	
9	RC	1051835580	ALLISSON	ANDREA	GARCIA	PEREZ	1	2											A						A					2	0	
10	RC	1051835528	ALAN	ANDRES	SERRANO	MONTES	1	4											A						A					2	0	
11	RC	1051835453	ALONSO	CAMILO	PEREZ	LUNA	1	7											A						A					2	0	
12	RC	1044944136	JEYLIS	SOFIA	PAREJA	MENDOZA	1	8											A						A					2	0	
13	RC	1051835430	ADRIAN		MEZA	CARMONA	1	9											A						A					2	0	
14	RC	1051835396	ADHARA	SOFIA	ANILLO	ARIAS	1	10											A						A					2	0	
15	RC	1051835353	ZAREEN	MICHELLE	LASTRA	CARBAL	1	11											A						A					2	0	
16	RC	1140716163	MAILY	CAROLINA	CANTILLO	ARGEL	1	11											A						A					2	0	
17	RC	1140716164	DAYANA	MICHEL	MORENO	ALVEAR	1	11											A						A					2	0	
18	RC	1051835302	JEAN	CARLOS	RODELO	CONTRERAS	2	1											A						A					2	0	
19	RC	1051835290	BETSY	LILIANA	FLOREZ	ESTRADA	2	1											A						A					2	0	
20	RC	1051835227	IRINA	ESTHER	CABARCAS	CONTRERAS	2	4											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 Bulnes C.
COORDINADOR(A) EA

Yuleima Flores.
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: OCTUBRE 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																							
									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	1051826009	YESICA	PAOLA	SIERRA	BALLESTEROS	31	5														A								A		2	0	
2	CC	1051831142	YAIRETH	YAJAIRA	SAMIA	GAMARRA	28	0														A								A		2	0	
3	CC	1002428236	GADRIANA	HORTENCIA	SERRANO	CRUZ	24	3														A								A		2	0	
4	RC	1051835758	HALANNA		POSSO	CARDENAS	0	7														A								A		2	0	
5	RC	1050485783	LUIS	CARLOS	CHAMORRO	ZUÑIGA	0	9														A								A		2	0	
6	RC	1050485782	JOSE	CARLOS JR	HERNANDEZ	LEDESMA	0	9														A								A		2	0	
7	RC	1042276857	DARA	SOFIA	GONZALEZ	MEZA	0	9														A								A		2	0	
8	RC	1051835743	DILAN		BARRIOS	SERRANO	0	9														A								A		2	0	
9	RC	1051835698	AMALIA		RODELO	ROMERO	0	10														A								A		2	0	
10	RC	1050485778	MATHIAS	ANDRES	SOLANO	BUELVAS	0	10														A								A		2	0	
11	RC	1051835642	EMILY	SOFIA	HERRERA	MEZA	1	1														A								A		2	0	
12	RC	1051835621	LEIDER	DAVID	CRESPO	MORENO	1	1														A								A		2	0	
13	RC	1051835477	ESNEIDER	JOSE	BARRIOS	ROMERO	1	7														A								A		2	0	
14	RC	1051835435	LEONARDO	ANDRES	RODELO	ARIAS	1	9														A								A		2	0	
15	RC	1051835367	EMIR	GABRIEL	CARMONA	RODELO	2	0														A								A		2	0	
16	RC	1050485690	EMMA	SOFIA	GUEVARA	BOHORQUEZ	2	0														A								A		2	0	
17	RC	1051835308	ANALIA		BARRIOS	CAMPO	2	1														A								A		2	0	
18	RC	1050485747	SEBASTIAN	ANDRES	PEREZ	RODELO	1	5														A								A		2	0	
19	RC	1051835271	KAROLL	SOFIA	BELEÑO	ORTIZ	2	2														A								A		2	0	
20	RC	1050485616	YOJAN	ANDRES	CARMONA	SERRANO	2	11														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	17
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	3

Edilsa Bulvas C.
COORDINADOR(A) EA

Carmen Rodelo S
RESPONSABLE DE GRUPO

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: OCTUBRE 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						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																							
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
									LUNES	MARTES	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	1051832425	DINA	LUZ	POLONIA	CASTELLAR	28	10													A									A			2	0	
2	RC	1051835885	MATIAS		DE AVILA	SERRANO	0	0													A									A			2	0	
3	RC	1051835769	FERNANDA		YEPEZ	TOVAR	0	6													A									A			2	0	
4	RC	1051835760	HAZIEL	DAVID	TAPIA	ACOSTA	0	6													A									A			2	0	
5	RC	1048476333	MASSIMO	VALENTINO	MANCILLA	TORRES	0	7													A									A			2	0	
6	RC	1051835731	GABRIELA	MARCELA	YEPEZ	HURTADO	0	8													A									A			2	0	
7	RC	1050485785	MARIANGEL	SOFIA	GUETO	MACHADO	0	8													A									A			2	0	
8	RC	1051835696	KYLIE	VICTORIA	BOHORQUEZ	GUZMAN	0	9													A									A			2	0	
9	RC	1051835633	ANTHONY	ANDRES	MENDOZA	ESPRIELLA	1	1													A									A			2	0	
10	RC	1051835588	CAROLINA	ANDREA	DUARTE	RODELO	1	2													A									A			2	0	
11	RC	1051835565	ALEJANDRO	DAVID	DORIA	MORALES	1	3													A									A			2	0	
12	RC	1051835568	ISABELLA		GONZALEZ	VELASQUEZ	1	3													A									A			2	0	
13	RC	1051835515	MARIA	CELESTE	LORA	MEZA	1	5													A									A			2	0	
14	RC	1051835516	GAEL	DE JESUS	CAÑATE	VILORIA	1	6													A									A			2	0	
15	RC	1051835480	HELENA	SOFIA	REYES	TAPIA	1	6													A									A			2	0	
16	RC	1051835431	JUAN	ANDRES	JARABA	GARCIA	1	9													A									A			2	0	
17	RC	1051835397	HENDRICK	DAVID	CARMONA	PUA	1	10													A									A			2	0	
18	RC	1051835389	ELIAN	DE JESUS	ATENCIO	BRAVO	1	10													A									A			2	0	
19	RC	1051835286	DAHARA	SOFIA	DIAZ	ANILLO	2	2													A									A			2	0	
20	RC	1051835064	KEYLIS	ANDREA	CARDONA	MUÑOZ	2	9													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:	18
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	1

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