REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.118.362.609**

DURAN ORTIZ

APELLIDOS

ANGELY YANINE

NOMBRES

Angely Duran

FIRMA



Powered by CamScanner



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-JUN-2004**

FLORENCIA
(CAQUETA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

30-JUN-2022 SOACHA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1524750-01306561-F-1118362609-20220706 **0079**55546A 1 8505030700

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Powered by CamScanner

CONTROL PRENATAL



DATOS PERSONALES

MI MAMA SE LLAMA	Angely Yanine Duran ortiz		
DIRECCIÓN	B- San francisco	EDAD	21 AÑOS
EAPB	N- EPS	TELÉFONO	3172604606
No. HISTORIA CLÍNICA	1118362609		

NOMBRE	
TELÉFONO	PARENTESCO

RIESGO MUY ALTO
RIESGO ALTO
RIESGO MODERADO
RIESGO BAJO

E.S.E. Hospital San Francisco Javier
NIT.813.002.497-5
Construyendo La Salud De Todos!

Powered by CamScanner

EL CONTROL PRENATAL ES EL CONJUNTO DE ATENCIONES QUE CONTRIBUYEN A:

1. MEJORAR LA SALUD MATERNA
2. PROMOVER EL DESARROLLO DEL FETO
3. IDENTIFICAR E INTERVENIR TEMPRANAMENTE LOS RIESGOS RELACIONADOS CON LA GESTACIÓN
4. GENERAR CONDICIONES OPTIMAS QUE PERMITAN UN PARTO SEGURO

EL CONTROL PRENATAL DE ALTO RIESGO DEPENDERÁ DE LOS HALLAZGOS CLÍNICOS Y PARACLÍNICOS, SIN EMBARGO, EN TODO CASO SE DEBERÁ CUMPLIR PARA CUALQUIER CONTROL (ALTO O BAJO RIESGO) CON TODO LO DEFINIDO EN EL SIGUIENTE CUADRO

CONTROL DE EXÁMENES

TRIMESTRE	EXAMEN	FECHA	RESULTADO
PRIMER TRIMESTRE 1-12.6 SG	Hemograma		
	Hemoclasificación		
	Glucosa		
	VIH		
	Hepatitis B		
	Treponema		
	Rubéola igG > 16 semanas		
	Toxoplasma igG		
	Toxoplasma igM		
	Urocultivo		
	Ecografía translucencia nucal (10.6 - 13.6)		
SEGUNDO TRIMESTRE 13 - 28.6 SG	VIH		
	Treponema		
	Prueba de tolerancia la glucosa oral (24 - 28 semanas)		
	Hemograma (28 SEMANAS)		
	Ecografía de detalle anatomico		
TERCER TRIMESTRE 29 - 40 SG	VIH		
	Treponema		
	Ecografía		
	Cultivo recto vaginal 35 -37 SEMANAS		

EXAMEN CLÍNICO ODONTOLÓGICO		PSICOLOGIA	
FECHA	FIRMA	FECHA	FIRMA
05-01-25	Santiago García ODONTOLOGÍA REG 1075316...	05-09-25	PSIC. FRANCIS VICTORIA CABRERA T.P. 157328

Powered by CamScanner



Ruta Maternoperinatal ESE Hospital San Francisco Javier

E.S.E. Hospital San Francisco Javier
NIT.813.002.497-5
Construyendo La Salud De Todos!

CONTROL DE CITAS

CONTROL Y PREVENCIÓN	FECHA Y HORA	FIRMA	MEDICO
CONTROL 1	05-09-25	11:00 AM.	
CONTROL 2	07-10-25	5:40 pm.	
CONTROL 3			
CONTROL 4			
CONTROL 5			
CONTROL 6			
CONTROL 7			
CONTROL 8			
CONTROL 9			
CONTROL 10			

Powered by CamScanner

HOSPITAL SAN FRANCISCO JAVIER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Hospital

Nombres y Apellidos
ANGELY YANINE DURAN ORTIZ
Barrio Dirección y Teléfono
SAN FRANCISCO -> SAN FRANCISCO-> 3172504606

FECHA DE NACIMIENTO: día 09 mes jun año 2004
EDAD (años): 21 (< de 15 / > de 35)
ETNIA: blanca, indígena, mestiza, negra, otra
ALFA BETA: no, si
ESTUDIOS: ninguno, primaria, secund., univers., años en el mayor nivel
ESTADO CIVIL: casada, unión estable, soltera, otro; viva sola: no, si
Lugar del control prenatal: 410060041001
Lugar del parto:
N° identidad: CC 1118362609

ANTECEDENTES

FAMILIARES / PERSONALES (no / si)
TBC, diabetes, hipertensión, preeclampsia, eclampsia, otra cond. médica grave
cirugía gineco-urinaria, infertilidad, cardiopat., nefropatía, violencia

OBSTETRICOS
gestas previas: 0
abortos: 0
vaginales: 0
nacidos vivos: 0
viven: 0
ULTIMO PREVIO: nlc <2500g, normal >4000g
3 espont. consecutivos
partos: 0
cesáreas: 0
nacidos muertos: 0
muertos 1ª sem.: 0
después 1ª sem.: 0
Antecedente de gemelares: no, si

FIN EMBAZARAZO ANTERIOR: día mes año; menos de 1 año
EMBARAZO PLANEADO: no, si
FRACASO METODO ANTICONCEP.: no usaca, barrera, DIU, hormonal, emergencia, natural

GESTACION ACTUAL

PESO ANTERIOR: 74 kg
TALLA (cm): 150
FUM: día 27 mes jun año 2025
FPP: día 03 mes abr año 2026
EG CONFIABLE por FUM: no, si
Eco <20 s.: no, si

FUMA ACT. / FUMA PAS. / DROGAS / ALCOHOL / VIOLENCIA (no / si)
1er trim.
2° trim
3° trim

ANTIRUBEOLA: previa, no sabe, embarazo, no
ANTITETANICA: vigente no, si; DOSIS 1, 2; mes gestación
EX. NORMAL: ODONT. no, si; MAMAS

CERVIX: Insp. visual (normal, anormal, TC en hosp.), PAP, COLP
GRUPO: 0; Rh (−, +); Inmuniz. no, si
TOXOPLASMOSIS: <20sem IgG, ≥20sem IgG, 1° consulta IgM (−, +, no se hizo)
VIH <20 sem: solici, no, si; realizado
VIH ≥20 sem: no, si
Hb <20 sem: g; <11.0g
Fe/FOLATOS indicados: Fe no, si; Folatos no, si
Hb ≥20 sem: g; <11.0g
VDRL/RPR <20 sem: −, +, no se hizo
SIFILIS confirmada por FTA: no, si, no se hizo
VDRL/RPR ≥20 sem: −, +, no se hizo

CHAGAS: −, +, no se hizo
PALUDISMO/MALARIA: −, +, no se hizo
BACTERIURIA: sem. <20, ≥20; normal, anormal; no se hizo
GLUCEMIA EN AYUNAS: <20 sem; ≥105 g/dl; ≥30 sem
ESTREPTOCOCO B 35 - 37 semanas: −, +, no se hizo
PREPARACION PARA EL PARTO: no, si
CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA: no, si
TTO. SIFILIS: no, si, no corresponde

Esta color significa ALERTA (no indica necesariamente riesgo ni prácticas inadecuadas)

CONSULTAS ANTENATALES

F. Cons	E. Gest	Peso	P. Art.	A. Uter	Present.	FCF	Mov. F	protein	Signos de Alarma, examens,tratamientos	Prox. Cita
05/sept./2025	10.	74	106 / 64		No Refle	0	No Corresp	No Corresp	SS ECO NUCAL, PARACLINICOS INICIO, CITA EN 1 MES	05/oct./2025

PARTO ○ ABORTO ○

FECHA DE INGRESO: día mes año
CONSULTAS PRE-NATALES: total
CARNÉ: no, si
HOSPITALIZ. en EMBARAZO: no, si; días
CORTICOIDES ANTENATALES: completo, incompl., ninguna, n/c; semana inicio
INICIO: espontaneo, inducido, cesar elect.
RUPTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO: no, si; día mes año; hora min; <37 sem, ≥37 sem, temp.≥ 38°C
EDAD GEST. al parto: semanas días; por FUM por Eco.
PRESENTACION SITUACION: cefálica, pelviana, transversa
TAMAÑO FETAL ACORDE: no, si
ACOMPANANTE: TDP, P; pareja, familiar, otro, ninguno

TRABAJO DE PARTO / dosis en parto-higiena: si, no

hora	min	posición de la madre	FA	pulso	contr./10'	dilatación	altura present.	variedad posic.	meconio	FCF/dips

ENFERMEDADES: ninguna, 1 ó más

HTA previa		infec. ovular	
HTA inducida embarazo		infec. urinaria	
preeclampsia		amenaza parto pretér.	
eclampsia		R.C.I.U.	
cardiopatía		rotura prem. de membranas	
nefropatía		anemia	
diabetes		otra cond. grave	

HEMORRAGIA: 1er trim., 2° trim., 3° trim., postparto, infección puerperal; código
notas

NACIMIENTO: VIVO, MUERTO anteparto, parto, ignora momento
hora min día mes año
MULTIPLE: no, si; orden
TERMINACION: espont., cesárea, otra; forceps, vacuum
INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO
INDUC. / OPER. código

POSICION PARTO: sentada, cuclillas, arrodillada
EPISIOTOMIA: no, si
DESGARROS: no, Grado (1 a 4)
OCITOCICOS: prealumbr. no, si; postalumbr. no, si
PLACENTA: completa no, si; retenida
LIGADURA CORDON precoz: no, si
MEDICACION RECIBIDA: oxitócicos en TDP no, si; antibiot. no, si; analgesia no, si; anest. local no, si; anest. region. no, si; anest. gral. no, si; transfusión no, si
otros: no, si; especificar; código: medic. 1, medic. 2

RECIEN NACIDO

SEXO: m, f; no definido
PESO AL NACER: g; <2500 g, ≥4000 g
P. CEFALICO cm
LONGITUD cm
EDAD GESTACIONAL: sem. días; ESTIMADA; FUM, ECO
PESO E.G.: adec., peq., gde.
APGAR (min): 1', 5'
REANIMACION: no, si; estimulac., aspiración, máscara, oxígeno, masaje, tubo
FALLECE EN LUGAR de PARTO: no, si
REFERIDO: aloj. conj., recién nac. con., otro lugar, hosp.

ATENDIO: médico, obst., enf., auxil., estud., empir., otro; Nombre
PARTO
NEONATO

DEFECTOS CONGENITOS: no, menor, mayor; código
ENFERMEDADES: ninguna, 1 ó más; código

TAMIZAJE NEONATAL: VDRL, TSH, Hipatia, Bilirrub, Toxo IgM; −, +, no se hizo
Meconio 1° día: no, si
ANTIRUBEOLA POST PARTO: No corresponde, no, si

PUERPERIO

día	hora	T°C	P.A	pulso	involuc. uter.	loquios

ANTICONCEPCION

CONSEJERIA: no, si
METODO ELEGIDO: DIU posevento, DIU, barrera, hormonal, ligadura tubaria, natural, otro, ninguno

EGRESO RN

vivo, fallece, trasladado; lugar
día mes hora min
fallece durante o en Lugar de traslado: no, si
EDAD días completos; <1 día
ALIMENTO AL ALTA: lact. excl., parcial, artificial
Boca arriba: no, si
BCG: no, si
PESO AL EGRESO: g
Certificado Recién Nacido
Nombre Recién Nacido
N° Hist. Clínica R. Nacido
Responsable

EGRESO MATERNO

día mes año
traslado; lugar
días completos desde el parto
vivo, fallece
fallece durante o en Lugar de traslado: no, si
Responsable

Powered by CamScanner

ElectroHuila
Transmitimos Buena Energía

Electrificadora del Huila S.A ESP
NIt. 891.180.001-1

Sr (a) : ILDA HERMIDA CABRERA
c.c. / Nit: 26509779
K 5 # 3-61
Municipio: 26 ALTAMIRA HUILA Ruta: 30260015870
Dirección Postal:
Ciclo: 41 Sector: 1-1

Su código de cuenta NIU
926306232
Para cualquier consulta y pago electrónico

Factura de venta No.
88073552

Periodo	Periodo facturado	Pago total	Pago mínimo	Periodos vencidos
9 / 2025	13/08/25-13/09/25	$29,710	$29,710	0 meses

Datos de cuenta

Clase servicio	Residencial
Estrato	2-Bajo
Zona	CENTRO
Nivel tensión	1-Secundaria
Carga instalada	1
Tipo liquidación	lectura
Nodo	T07553-ALUP

Conceptos ElectroHuila

Concepto		Valor
21	Consumo Periodo	45,995
607	Ajuste Decena	4
995	Subsidio	<21,240>

Costo unitario prestación del servicio

COMPONENTES ELECTROHUILA	
1 Comercialización +	161.26
2 Distribución	296.33
TOTAL ELECTROHUILA =	457.59
MERCADO ENERGÍA MAYORISTA	
3 Generación +	393.16
4 Transmisión +	53.84
5 Restricciones +	15.82
6 Pérdidas	79.48
TOTAL MERCADO MAYORISTA =	542.3
Costo unitario ElectroHuila + Mercado =	999.88

Histórico de consumos

Año	Mes	Consumo	Año	Mes	Consumo
2025	8	46	2025	2	32
2025	7	47	2025	1	4
2025	6	48	2024	12	23
2025	5	40	2024	11	58
2025	4	43	2024	10	60
2025	3	2	2024	9	51

Promedio de la cuenta	Consumo mes año anterior
37	51

Cálculo actual del consumo

Contador	Marca	Tipo Medidor	Observación	Lectura Actual	Lectura Anterior	Factor Multiplicador	Consumo
1-16270401	HIK	A-S	0-Toma exitosa de Lectu	5423	5377	1	46

Liquidación de consumo

Contador	Desde	Hasta	Consumo	Tarifa	Valor Real	Subsi/Contri	ValorCobrar
1	1	130	46 KW/h	$538.1425	$45.995	-46%	$24.755
TOTAL							

Financiación ElectroHuila

Descripcion	Saldo
Tasa de interés	0%

CUFE 6603afcc0379f61101ca8e375cd985578e866cbc9aaa9346af6f594e60836068f7b7658df586123b81bd3
Numero de Factura Electronica Elt-4703263 Numero de factura: 88073552

Fecha de emisión	Mi último pago fue	Tengo plazo de pagar hasta	Me quedo sin servicio a partir de
17/09/2025	$60,110 27/08/2025	26/09/2025 Vencimiento	Suspensión

Valor Energía ElectroHuila	+ Valor Servicio de Aseo	+ Impuesto Alumbrado Público (Alcaldía)	+ Valor Otros Cobros	=
$24,759		$4,951	$0	$29,710 TOTAL A PAGAR

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN
Reporta cualquier novedad relacionada con la prestación del servicio
01 8000 952 115 | 3134354436
PQR: radicacion@electrohuila.co
www.electrohuila.com.co
24/7

¡Escanea! paga en línea

Pag: 650

(415)7707274499679(8020)0926306232(3900)0000029710(96)20250926

REPRESENTANTE LEGAL
DECRETO 2150 DE 1995

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.006.507.713**

DURAN ORTIZ

APELLIDOS

KAREN YULIETH

NOMBRES



FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-AGO-1998**

FLORENCIA
(CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

15-DIC-2016 FLORENCIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-4400100-01084831-F-1006507713-20190717 **0066**89771A 1 9909235208

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL