INFORME DE ACOMPAÑAMIENTO EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO:

NOMBRES Y APELLIDOS:	MEGAN ELIZABETH BURBANO VELASCO
Tipo Identificación:	RC
N° Identificación:	1126144633
Edad:	DOS AÑOS Y DOS MESES
EPS:	EMSSANAR S.A.S.
Tipo de Afiliación:	SUBSIDIADO
Fecha de Nacimiento:	20/07/2023
Sexo:	FEMENINO
Grupo Étnico:	NA
Persona Responsable o Acudiente:	DAIRA VELASCO BURBANO
Parentesco:	MADRE
Celular:	3135771639
Dirección:	LA LIBERTAD

OBJETIVO: Realizar un seguimiento integral al estado nutricional y de salud de la menor, garantizando acciones oportunas de prevención, atención y acompañamiento desde los componentes de salud y nutrición, en articulación con las entidades competentes, para promover su recuperación y bienestar.

SITUACIÓN ENCONTRADA:

El día 18 de septiembre de 2025 se recibió notificación del diagnóstico de desnutrición aguda moderada en la menor Megan Elizabeth Burbano Velasco, usuaria activa del CDI Fronteras de Paz – Unidad Caminadores.
Las mediciones antropométricas registradas fueron: peso: 8,4 kg y talla: 76 cm, parámetros que, según lineamientos de la OMS, confirman el diagnóstico de riesgo de desnutrición aguda. Frente a esta situación, se gestionó la canalización inmediata con el Hospital Fronterizo de La Dorada, para garantizar atención médica oportuna, y se activó de manera paralela el protocolo de seguimiento y acompañamiento integral desde el CDI.

HISTORIA PERSONAL

La menor reside junto a sus padres y se encuentra afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, bajo el régimen subsidiado, a través de la EPS EMSSANAR S.A.S. Cuenta con esquema de vacunación completo y mantiene al día sus controles de crecimiento y desarrollo, así como seguimiento odontológico por parte de su entidad prestadora. Cabe señalar que el 12 de septiembre de 2025 fue atendida en el Hospital Fronterizo de La Dorada por un brote cutáneo, diagnosticado como pénfigo, iniciando tratamiento tópico y con incapacidad médica de tres días.

Área de salud:

En el ámbito de salud se resalta que la menor tiene completo su esquema de vacunación y ha cumplido con los controles de crecimiento y desarrollo establecidos. Adicionalmente, recibe atención odontológica activa por parte de su EPS. En la actualidad presenta riesgo de desnutrición aguda moderada, condición que se encuentra bajo seguimiento conjunto de la EPS y del CDI. De igual manera, se resalta el antecedente reciente de pénfigo cutáneo, cuyo manejo ha sido tópico y con evolución favorable según lo manifestado por la madre.

ÁREA PSICOSOCIAL - ÁREA DE SALUD Y NUTRICIÓN

El equipo interdisciplinario del CDI ha realizado un acompañamiento continuo a la menor y su familia, orientado a la promoción de prácticas de alimentación saludables y adecuadas para su edad. Se han brindado recomendaciones permanentes a los padres para fortalecer el entorno de cuidado y garantizar el bienestar físico, emocional y social de la niña. Asimismo, se ha mantenido coordinación permanente entre la familia, el CDI y las entidades de salud, incluyendo visitas domiciliarias y comunicación constante, lo cual ha permitido realizar un proceso de acompañamiento cercano, oportuno y articulado.

Seguimientos – Acciones realizadas

El 30 de julio de 2025: se remitió al Hospital Fronterizo de La Dorada un reporte de casos con malnutrición, notificando que la menor se encontraba en riesgo de desnutrición. Posteriormente, el 22 de agosto de 2025 se realizó control antropométrico, registrando un peso de 8 kg y una talla de 75,4 cm, con lo cual se diagnosticó riesgo de desnutrición aguda. En ese momento se socializó la situación con los padres y se estableció un esquema de seguimiento quincenal.

El 3 de septiembre de 2025: se efectuó un nuevo control, en el que se obtuvo un peso de 8,3 kg y talla de 75,5 cm, confirmando la persistencia del riesgo de desnutrición aguda. El **9 de septiembre** se repitió la valoración, con un peso de 8,5 kg y talla de 76 cm, manteniendo el diagnóstico.

12 de septiembre de 2025: la menor fue llevada al servicio de urgencias por la presencia de un brote cutáneo, siendo diagnosticada con pénfigo. El médico tratante indicó reposo domiciliario por tres días y prescribió manejo tópico. En articulación con el equipo psicosocial del CDI, se realizó una visita domiciliaria para verificar el estado de la niña, durante la cual se evidenció estabilidad y mejoría, brindando además orientaciones generales para el cuidado en casa.

El 18 de septiembre de 2025 se recibió notificación del diagnóstico de desnutrición aguda moderada. En respuesta, se activó canalización con el Hospital Fronterizo de La Dorada, con atención inicial por medicina general y derivación posterior a la especialidad correspondiente. Ese mismo día se socializó el diagnóstico con la madre de la menor, quien firmó el acta de compromiso y recibió orientación sobre los pasos a seguir ante la EPS, así como sobre el seguimiento semanal que continuará adelantando el CDI.

El 19 de septiembre de 2025: Durante el seguimiento nutricional realizado a la niña, en presencia de su madre, se registraron las siguientes medidas antropométricas: peso de 8,4 kg y talla de 76 cm. La madre informó que el hospital ya le asignó una cita con medicina general para el próximo 23 de septiembre y reportó mejoría del pénfigo, el cual continúa siendo tratado con manejo tópico.

Adicionalmente, compartió antecedentes relevantes sobre el embarazo y el estado de salud de la niña: "***Durante el embarazo, la bebé presentó dificultades en el crecimiento y aumento de peso. Perdí líquido amniótico en las últimas semanas y el parto se demoró debido a la falta de camas, tuvieron que trasladarme de Mocoa a Lago Agrio, al momento del nacimiento le diagnosticaron bajo peso, y desde entonces ella ha sido delgada***".

También agregó: "***Aunque en los primeros meses logró ganar peso de forma progresiva, presentaba recaídas cada vez que se enfermaba. En el primer año de vida mantuvo un peso y talla bajos, razón por la cual ha estado en seguimiento constante por parte de nutricionistas y pediatras de la EPS***".

Durante esta jornada, se brindaron orientaciones adicionales relacionadas con el manejo nutricional y se reafirmó el compromiso del CDI de continuar con el acompañamiento y seguimiento permanente del caso.

El 2 de octubre de 2025: Durante la revisión nutricional de seguimiento la niña presenta un peso de 9 kg, talla de 77,5 cm y perímetro braquial de 13,6 cm. Según los estándares de crecimiento infantil de la OMS (2006), los indicadores antropométricos se encuentran dentro de los rangos normales para su edad y sexo, clasificándose con un **Peso adecuado para la talla**. Esto refleja una mejoría en su estado nutricional, saliendo del riesgo de desnutrición anteriormente identificado.

Se observa evolución favorable, con adecuado aprovechamiento de nutrientes y sin signos clínicos de desnutrición aguda

El 17 de octubre de 2025: A las 9:06 am se llama a la madre de familia vía llamada de voz y no contesta, además se la llama vía llamada de WhatsApp y tampoco contesto para realizarle seguimiento al estado de salud por equipo interdisciplinario.

El 20 de octubre de 2025: La niña presenta inasistencia al CDI desde el 14 de octubre debido a que ha estado enferma y hospitalizada. La madre ha enviado los soportes médicos correspondientes junto con la incapacidad, la cual se encuentra vigente hasta el 22 de octubre de 2025. Durante este periodo, el equipo del CDI ha mantenido comunicación constante con la familia para conocer la evolución de la menor y garantizar su adecuada recuperación en casa.

Se deja constancia de que la ausencia al CDI se encuentra justificada por motivos de salud, y que el retorno se realizará una vez finalice la incapacidad médica o cuando la niña presente mejoría en su estado general.

De acuerdo con el seguimiento nutricional previo, la menor se encontraba con peso adecuado para la talla; sin embargo, se está programando una visita domiciliaria con el fin de verificar nuevamente peso, talla y perímetro braquial, dado que por su reciente estado

de salud podría haber presentado una disminución de peso y requerir reclasificación nutricional en caso de entrar nuevamente en alguna condición de malnutrición o riesgo.

El 21 de octubre de 2025: Se realiza una visita domiciliaria en el que se evidencia que la niña ha bajado de peso, se ve más delgada con un Perímetro **braquial de 13 cm, peso de 8,5 kg y talla de 78 cm, con una clasificación de riesgo de desnutrición aguda**, estas nuevas medidas pueden ser por su bajo apetito y el estado de salud que ha presentado en los últimos días, se continuara cuando se reintegre las medidas antropométricas quincenales para su seguimiento oportuno. **Su siguiente medición será el 4 de noviembre de 2025**

El 23 de octubre de 2025: Se realiza llamada de voz a las 11:10 am para realizar seguimiento al estado de salud de la menor, donde la madre refiere "que la llevo a cita de control con el médico y la médica le dio incapacidad por 10 días para terminar tratamiento en caso y que se mejore completamente el estado de salud". Luego procedo a preguntarle si le puedo hacer una visita domiciliaria él día de hoy en la tarde, lo cual la madre refiere "que si" le pregunto si a las 2:00 pm me puede atender la madre refiere "que sí", procedo a despedirme y que a las dos estaré visitándola.

A las 2:00 pm se realiza visita domiciliaria en el barrio La Libertad, para realizar el seguimiento de la menor al estado de salud de Megan, pertenece a una familia nuclear, puesto que la Megan, vive con madre, padre y hermana mayor, se evidencia mejoría en el estado de salud, está alerta a estímulos del entorno, y con buen estado de salud.

Se hace recomendaciones sobre los cuidados en casa y seguir con los controles y tratamiento médico recomendado, Por otra parte, se realiza sensibilización a la madre sobre la importancia que la menor se encuentre completamente bien de salud, puesto que los niños que asisten pueden tener síntomas de gripa y pueden demorar la recuperación de la niña.

El 24 de octubre de 2025: Se realiza llamada de seguimiento para verificar la evolución del cuadro respiratorio. La madre manifiesta que la niña continúa recuperándose satisfactoriamente y que ha seguido las indicaciones médicas y cuidados recomendados en casa. Se reitera la importancia de cumplir con el tratamiento y mantener hidratación adecuada.

El 27 de octubre de 2025: La psicóloga establece contacto con la madre para conocer la evolución de la niña. La madre manifiesta que "la menor se encuentra mejor, gracias a Dios", y que ha seguido los cuidados en casa. Se le recuerda mantener comunicación con el CDI ante cualquier novedad o cambio en el estado de salud de la niña.

El 28 de octubre de 2025: La nutricionista se comunica con la madre para conocer el estado nutricional y de salud actual de la niña. La madre informa que la menor ha mejorado, aunque aún presenta tos y gripe leve, y que la leche formulada que le fue indicada por la nutricionista del hospital aún no ha llegado. Se recomienda mantener la alimentación equilibrada, buena hidratación y continuar bajo control médico.

El 29 de octubre de 2025: A las 9:27 a. m. se intenta comunicación vía llamada de voz en tres ocasiones sin obtener respuesta, por lo cual se deja mensaje de texto a través de WhatsApp solicitando información sobre el estado de salud de la menor. Posteriormente, la madre responde informando que la niña se encuentra mejor y que ha mostrado buena evolución del cuadro respiratorio.

30 de octubre de 2025: La nutricionista se comunica con la madre para realizar seguimiento al estado de salud. La madre informa que la niña **ya está mejor**, aunque por las lluvias no ha podido salir de casa. Se procede a brindarle recomendaciones sobre el cumplimiento del tratamiento médico y cuidados generales en el hogar.

31 de octubre de 2025: La nutricionista realiza nuevo contacto con la madre, quien refiere que la niña se encuentra recuperándose satisfactoriamente, gracias a Dios. Se reiteran las recomendaciones de cuidado, buena hidratación y seguimiento del tratamiento ordenado por el médico tratante.

4 de noviembre de 2025: La nutricionista se comunica nuevamente con la madre para continuar con el seguimiento. La madre informa que la niña tiene **cita médica a las 10:00 a. m.** y depende de la valoración médica el ajuste del tratamiento. Se le recuerda continuar con las indicaciones del médico y mantener los cuidados en casa.

4 de noviembre de 2025: La psicóloga contacta a la madre para conocer el resultado de la cita médica. La madre refiere que el examen de pulmones **salió bien**, pero que la niña **debe continuar en observación** debido a que aún no mejora completamente. Se le practicaron exámenes de tipo hematológico y se solicitó control por antecedentes familiares de bronquitis. Se acuerda mantener comunicación constante y acudir nuevamente al servicio médico en caso de presentarse síntomas.

5 de noviembre de 2025: La menor ya asiste al CDI, se ve mejor, ya la tos no la presenta y la madre refiere que la niña ya se le quito la gripa y los malestares que tenía. Se le hace el seguimiento nutricional a la menor, tomándole las medidas antropométricas, con un peso **de 9 kg, talla de 79,3 cm y un perímetro braquial de 13 cm, con una clasificación de riesgo de desnutrición aguda**, seguirá bajo seguimiento quincenal.

7 noviembre de 2025: La menor se encontraba en seguimiento nutricional por riesgo de desnutrición; sin embargo, la madre decidió retirarla voluntariamente debido a que, por las constantes inasistencias, la menor no logró adaptarse adecuadamente y manifestó no querer continuar asistiendo al centro. Por tal motivo, se realiza el retiro voluntario de la niña y, en su reemplazo, se agrupa un nuevo niño identificado con **RC No. 1122344314, Maialen Iveth Quintero Alvarado**, quien fue integrado a la **unidad de caminadores** el lunes **10 de noviembre de 2025**. Se adjunta evidencia de la solicitud presentada por la madre.

Firma del profesional:



DANIELA STEFANIA VERA
Nutricionista
CDI Fronteras de Paz.



ESTEFANY BLANDÓN LINARES
Apoyo psicosocial



EDITH ISABEL MENESES
Coordinadora
CDI Fronteras de Paz.

FORMATO DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

FORMATO PARA EL SEGUIMIENTO NUTRICIONAL MENSUAL
DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO INSTITUCIONAL – CONTRATO 86001912025 – SAN MIGUEL

NOMBRE DE LA UDS: Caminadores

NOMBRES Y APELLIDOS	PESO	TALLA	PERIMETRO BRAQUIAL	CLASIFICACION NUTRICIONAL	FECHA	REMITIDO SI/NO	OBSERVACIONES	FIRMA DEL RESPONSABLE
Megan Elizabeth Barbano	8	75,4	13,4	Riesgo de DNT Aguda	21/8/25		No se identifican signos clinicos de DNT	
Megan Elizabeth Barbano	8,3	75,5	13,4	Riesgo de DNT Aguda	3/9/25		Sin signos clinicos de DNT	
Megan Elizabeth Barbano	8,5	76	13,4	Riesgo de DNT Aguda	9/9/25		Sin signos clinicos de DNT	
Megan Elizabeth Barbano	8,4	76	13,3	Riesgo de DNT Aguda	19/9/25	SI	Sin signos clinicos de DNT	
Megan Elizabeth Barbano	8,4	76,1	13,3	Riesgo de DNT Aguda	24/9/25		Sin signos clinicos de DNT	
Megan Elizabeth Barbano	9	77,5	13,6	Peso adecuado para la talla	2/10/25		Sin signos clinicos de DNT	
Megan Elizabeth Barbano	8,5	79	13	Riesgo de desnutrición Aguda	21/10/25		Sin signos clinicos de DNT	
Megan Elizabeth Barbano	9	79,3	13	Riesgo de desnutricion Aguda	5/11/25		Sin signos clinicos de desnutrición	

FIRMA DEL PROFESIONAL RESPONSABLE: _____

Fundación
Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

Tipo Documento / Número	Nombre Beneficiario
REGISTRO CIVIL / 112614	MEGAN ELIZABETH BURBA
Fecha nacimiento / Sexo	Tipo de Beneficiario
20/07/2023 / Mujer	NIÑO O NIÑA ENTRE 6 ME
Tipo de Unidad	Relación Unidad de Atención

uimiento nutrición Unidad de servicio Actual

	Fecha toma	Fecha Valoración	Edad Años	Edad Meses	Edad Días	Peso (Kg)	Talla (cm)	Semanas Gestación
	30/04/2025	10/04/2025	1	8	21	8.00	74.20	0
	19/05/2025	13/05/2025	1	9	24	8.30	74.20	0
	2/09/2025	13/06/2025	1	10	25	8.00	74.80	0
	19/07/2025	7/07/2025	1	11	18	8.20	75.40	0
	22/08/2025	22/08/2025	2	1	4	8.00	75.40	0
	4/09/2025	3/09/2025	2	1	16	8.30	75.50	0
	9/09/2025	9/09/2025	2	1	22	8.50	76.00	0
	19/09/2025	19/09/2025	2	2	1	8.40	76.00	0
	14/10/2025	2/10/2025	2	2	14	9.00	77.50	0
	22/10/2025	21/10/2025	2	3	3	8.50	79.00	0

NOVEDADES

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Megan Elizabeth UNIDAD DE ATENCIÓN: Caminadores AGENTE EDUCATIVO: Maritza

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 03 -CH - 2025

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
14-10-2025	Durante el diligenciamiento del formato RAM se evidencia la inasistencia del niño usuario	La agente educativa se comunica con la madre de familia para conocer el motivo de la inasistencia, la madre manifiesta que el dia esta frio y la niña se encuentra con gripe, y por tal razón el dia de hoy no lo va atraer.	Maritza.	

BIENESTAR FAMILIAR

SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO

15-10-2025 La agente educativa se comunica con la madre de familia para saber sobre el estado de salud del niño usuario, la madre manifiesta que la niña continua con malestar general y la gripe, y por tal razon no trae, la agente educativa le hace la recomendacion de llevarlo al medico. El caso se remite salud y nutricion.

15-10-2025 la nutricionista se comunica con la madre de familia para saber sobre el estado de salud de la niña usuario, la madre manifiesta que la niña continua con malestar y gripe, ayer la llevo al hospital pero por el clima se enfermo más y la noche de ayer no pudo dormir por esas situaciones no la trae a el CDI, la nutricionista le hace las recomendaciones de cuidarla de los cambios de clima y seguir tratamiento del medico, para que pueda curarse y volver lo antes posible.

Nutricionista

16-10-2025 la nutricionista se comunica con la madre de famila para saber el estado de la niña, La madre refiere que la niña el dia de hoy esta en el hospital el dia de hoy porque volvio a sentirse mal, por esa razon no asistira lo que queda de semana.

BIENESTAR FAMILIAR

SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO

20-10-2025	la nutricionista se comunica con la madre de familia para saber el estado de salud dela niña, la madre refiere que la niña sigue un poco mal y el sabado 18 de octubre 2025 le dieron de alta en el hospital, pero el medico le sugerio que no le de el sereno, ni sol, ni este cerca al ventilador y la cuidara de l viento ya que continua con tos y con flema muy fuerte. esa es la ratón por la que no asistio hoy.
20/10/2025	se recibe la novedad y se procede a llamar via llamada de Voz Dnfa Uw a las 1:33pm pero no contestan. y se llama via whatsApp pero tampoco es posible la llamada.
21-10-25	El equipo de nutrición y psicologia van a visita domiciliaria, para valorar el estado de salud de la menor, se evidencia que la niña esta mejorando de salud y aumentando el apetito, ya que por la enfermedad no ha comido bien la menor, se adjuntan soportes medicos que tiene incapacidad hasta hoy 22-Oct-2025 Dnfa Uw
22-10-25	La nutricionista se comunica con la madre de familia para ver como va la niña, la madre refiere que hay mejoria ya come un poco más, pero sigue con tos. Dnfa Uw

BIENESTAR FAMILIAR

SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO

23/10 2025	A las 11:10 se hace seguimiento, donde se llama a la madre a través de llamada de voz para conocer del estado de salud de la menor, donde la madre refiere que llevo a la niña a la cita de control, la madre refiere que le dieron incapacidad por 10 días, para continuar tratamiento en casa. Procedo a preguntar si me puede atender en horas de la tarde para realizar la visita, la madre refiere "que si" procedo a preguntarle si a las 2:00pm esta bien, la madre refiere que "Si", le dijo que si nos lo permite a esa hora estare allí
23/10 2025	A las 2:00pm se realiza visita domiciliaria en el barrio la libertad, para saber el objetivo realizar seguimiento al estado de salud dela menor Megan, se evidencia mejoria en el estado de salud, y la niña vive con madre, padre y hermana. se encuentra alerta a estimulos y con buen estado de salud. se hace recomendaciones de cuidado en casa y seguir tratamiento por el medico tratante.
24/10 2025	Se realizo llamada para realizar seguimiento al estado de salud de Megan, la madre refiere que se esta recuperando y que continua con el tratamiento en casa y los cuidados recomendados procedo a despedirme.
27/10 2025	Se realizo seguimiento via llamada de voz a las 9:22 am en 3 ocasiones y no contestan se procede a dejar un mensaje de texto en el whatsapp donde se pregunta por el estado de salud de Megan y se queda pendiente la respuesta por parte de la madre. la madre contesta y refiere que "esta mejor" Estefanny Bleudon Linares
29/10/ 2025	La nutricionista se comunica con la madre para saber el estado de salud de la niña, la madre refiere que esta mejor, la leche que le iban a remitir directamente la nutricionista a cargo para subir de peso a la menor, pero aun no llega, la tos y gripa a mejorado.

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
24/10/2025	La psicologa se comunica con la madre para saber el estado de salud de la niña, la madre refiere que esta mejor, gracias a Dios, procedo a recomendarle seguir con los cuidados desde casa y que me informe cualquier novedad que se presente con el Megan. Estefany Blandon
30/10/2025	La nutricionista se comunica con la madre, para realizar seguimiento al estado de salud, la madre refiere "ya esta mejor, solo que por la lluvia sigue con tos" procedo a despedirme y recomendarle seguir con las recomendaciones hechas por el medico.
31/10/2025	la nutricionista se comunica con la madre, para realizar seguimiento al estado de salud, la madre refiere "que se esta recuperando gracias a Dios. procedo a realizarle las recomendaciones de cuidado en casa y seguir el tratamiento del medico.
04/11/2025	La nutricionista se comunica nuevamente con la madre para continuar con el tratamiento med seguimiento, la madre le refiere "que tiene la cita hoy a las 10 de la mañana, dependiendo de lo que le deje el medico asistiria mañana" procedo a recomendarle seguir con las indicaciones medicas y cuidados en casa.
04/11/2025	La psicologa realiza seguimiento al estado de salud de Megan, se comunica con la madre y se pregunta como le fue en la cita medica, la madre refiere que le fue bien, que el guido en los pulmones ya no los tiene, y que debe cuidarse del polvo y de no mojarla, y le mando un examen ropologico y de sangre, porque como el papa habia tenido tuma, para descartar en la niña tambien y ya mañana la llevare nuevamente al servicio Estefany Blandón Linares

SOPORTES MEDICOS

ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA
Codigo de habilitacion 867570002101 NIT: 846002309-9
Dir. Barrio El Paraiso Tel. 3134821413.
CERTIFICADO INCAPACIDAD.

Folio No: 1592194 Admision No: 0

PACIENTE: BURBANO VELASCO MEGAN ELIZABETH **E.CIVIL:**
IDENTIFICACION: RC1126144633 **EDAD:** 2 Años 2 Meses
No HISTORIA: 1126144633 **SEXO:** Femenino
EMPRESA: EMSSANAR EPS S.A.S.. **FEC. NAC:** 20/07/2023
REGIMEN: .

FECHA ATENCION: 18/10/2025 08:05 a. m.
TELEFONO: 3135771639
MUNICIPIO: SAN MIGUEL LA DORADAPUT
DIRECCION: BARRIO LIBERTAD

J180-BRONCONEUMONIA. NO ESPECIFICADA

DATOS GENERALES:

HA SIDO INCAPACITADO DURANTE:. . 5 DIAS
FECHA INICIO INCAPACIDAD:. . . . 18/10/2025
FECHA FINAL DE INCAPACIDAD:. . . 22/10/2025

INCAPACIDAD:

INCAPACIDAD MEDICA POR 5 DIAS

Dr. Armando Ahumada
R.M. 521578
C. NACIONALES

PROFESIONAL: AHUMADA CANAR ARMANDO
ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL
REGISTRO: 521578
IDENTIFICACION: CC 12749349

ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

codigo de habilitacion 867570002101 Nit: 846002309

Dir:Barrio El Paraiso Tel: 3134821413

FORMULACION MEDICAMENTOS HOSPITALIZACION.

PACIENTE:	BURBANO VELASCO MEGAN ELIZABETH	**FOLIO No:** 274681	**FECHA:** 18/10/2025 7:59 a.m
No HISTORIA:	1126144633	**ADMIN No:** 1498783	
IDENTIFICACION:	RC1126144633	**SEXO:** Femenino	**TELEFONO:** 3135771639
FEC. NAC:	20/07/2023	**EDAD:** 2 Años 2 Meses	**MUNICIPIO:** SAN MIGUEL LA DORADAPUT
REGIMEN:	Subsidiado	**DIRECCION:** BARRIO LIBERTAD	
EMPRESA:	EMSSANAR EPS S.A.S.		

DIAGNOSTICO

J180 BRONCONEUMONIA. NO ESPECIFICADA

No.	CODIGO	DESCRIPCION	CANT.	ENTREG.	DURACION
1	230357-01	Ampicilina anhidra o trihidrato suspension (SUSPENSION) Concentracion:250mg 5ml mg/ml Dosificaion: TOMAR 3 CC CADA 6 HRS POR 7 DIAS Via ORAL	1-Uno		
2	19929516-08	Acetaminofen 150 mg jarabe (JARABE) Concentracion:150 mg mg/ml Dosificaion: TOMAR 4.5 CC CADA 6 HRS POR 3 DIAS Via ORAL	1-Uno		
3	19955238-02	Ketotifeno (JARABE) Concentracion:1MG 5ML mg/ml Dosificaion: TOMAR 1 CC CADA 8 HRS PRO 5 DIAS Via oral	1-Uno		

PROFESIONAL: AHUMADA CANAR ARMANDO
REG MEDICO: 521579
ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL
IDENTIFICACION: 17949349

Firma Paciente: Diligenciado

Fecha Impresion: 18/10/2025

Pagina No: 1

ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

codigo de habilitacion 867570002101 Nit: 846002309

Dir:Barrio El Paraiso Tel: 3134821413

ORDEN MEDICA HOSPITALIZACION.

PACIENTE:	BURBANO VELASCO MEGAN ELIZABETH			FOLIO No: 275802	FECHA: 18/10/2025 7:58 a.m
No HISTORIA:	1126144633			ADMIN No: 1498783	
IDENTIFICACION:	RC1126144633	SEXO:	Femenino	TELEFONO: 3135771639	
FEC. NAC:	20/07/2023	EDAD:	2 Años 2 Meses	MUNICIPIO: SAN MIGUEL LA DORADAPUT	
REGIMEN:	Subsidiado	DIRECCION:	BARRIO LIBERTAD		
EMPRESA:	EMSSANAR EPS S.A.S.				

DIAGNOSTICO

J180 BRONCONEUMONIA. NO ESPECIFICADA

No.	CODIGO	DESCRIPCION	CANT.
1	939402	NEBULIZACION	10

OBSERVACIONES:

NEBS AMBULATORIAS 2 CADA DIA POR 5 DIAS SEGUIDOS CON BERODUAL 8 GTS MAS 3 CC DE SSN 0.9%

PROFESIONAL: AHUMADA CANAR ARMANDO
REG MEDICO: 521578
ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL
IDENTIFICACION: 12249049

Firma Paciente:

Fecha Impresion: 18/10/2025

Pagina No: 1

SOPORTES MEDICOS 23/10/2025

ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

Codigo de habilitacion 867570002101 nit: 846002309

Dir:Barrio El Paraiso Tel: 3134821413

HISTORIA CONSULTA EXTERNA.

FOLIO No.	1595874	**No ADMIN:** 1501670	**FECHA ING:** 23/10/2025 08:31:00a. m.
PACIENTE:	BURBANO VELASCO MEGAN ELIZABETH	**E.CIVIL:**	
IDENTIFICACION:	RC1126144633	**EDAD:** 2 Años 3 Meses	**TELEFONO:** 3135771639
No HISTORIA:	1126144633	**GENERO:** Femenino	**MUNICIPIO:** SAN MIGUEL LA DORADAPUT
EMPRESA:	EMSSANAR EPS S.A.S.	**FEC. NAC:** 20/07/2023 12:00:00a	**DIRECCION:** BARRIO LIBERTAD
REGIMEN:	Subsidiado		

CAUSA EXTERNA: Enfermedad General
CLASE DE ATENCION: Atencion de 1ra Vez

DATOS DEL ACOMPAÑANTE

Nombre Padre: FABIAN BURBANO
Nombre Madre: DAIRA VELAZCO
Acudiente: DAIRA VELASCO

ENFOQUE DIFERENCIAL

BARRIO:. . . . . LA LIBERTAD ZONA: URBANA DIRECCION: BARRIO LIBERTAD
NIVEL EDUCATIVO: VIC CONFLICTO ARMADO:.No DESEMPLEADO:. . . . No
ORIENT SEXUAL. . No Refiere DESPLAZADO:. . . . . .Si CARCELARIO: . . . . No
RELIGION:. . . . Catolico VIC.MALTRATO:. . . . .No MIGRANTE: . . . . . No
CONSUMO DE SPA. No ABANDONO SOCIAL: . . .No TRABAJADORA SEXUAL: No
GESTACION: . . . No DESESCOLARIZADO: . . .No POBLACION LGTBI:. . No
IDENTIDAD DE GENERO: . . . . . .
MINAS ANTI PERSONAS: . . . . .
MUSE-MUNICION SIN EXPLOTAR:. .
RUV-REGISTRO UNICO VICTIMA:. .
HABITANTE DE CALLE:. . . . . No
ORIENT SEXUAL: . . . No Refiere
OCUPACION: . . . . . No se tiene Informacion
ETNIA: . . . . . Ninguno de los anteriores
RESGUARDO INDIGENA . NO REFIERE
ACOMPAÑANTE: . . . .

MOTIVO DE CONSULTA

" SIGUE CON TOS "

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE DE 2 AÑOS DE EDAD SIN ANTECEDENTES PATOLOGICO PERSONALES DE IMPORTANCIA, ACUDE EN BRAZOS DE LA MADRE DAYRA VELASCO DE 30 AÑOS DE EDAD , BARRIO LA LIBERTAD , MADRE REFEIRE QUE SE ENCUENTRA EN TRATAMIENTO DE NEUMONIA CON MANEJO CON ABT AMPICILINA 3 CC CADA 6 H POR 7 DIAS (HOY 4) , + KETORIFENO 1 CC CADA 8 H (YA SUSPENDIDO) , , CEUTA CON REPORTE DE RC DE TORAX DEL DIA 16/10 /2025 OPACIDADES INTERSTICIALES DIFUSAS EN AMBOS CAMPOS PULMONARES CON ÁREA FRAGMENTARIA DE CONSOLIDACIÓN EN LA BASE DEL LÓBULO SUPERIOR DERECHO. HOY CONSULTA REFIEREINDO MEJORIA DE LOS SINTOMAS SIN EMBRAGO CON PERISSTECNIA DE LA TOS

ANTECEDENTES PERSONALES

GRUPO SANGUINEO: O FACTOR RH: +
HTA:. . . . . No refiere
OBESIDAD: . . . . No refiere
DIABETES: . . . . No refiere
DISCAPACIDAD: . . No refiere
Consumo de SPA: . No refiere
Enf. Mental:. . . No refiere
Fumador:. . . . . No refiere
Exp. al Humo. . . No refiere
Alcoholismo:. . . No refiere
Aler. Medicamento No
E.Cardiovascular. No
ICC ICT . . . . . No
Angina. . . . . No
IAM . . . . . No
ICR . . . . . No
Enf. Endocrina. . No
Enf. Renal. . . . No
Enf. Vascular . . No
Dislipidemia. . . No refiere
Retinopatia . . . No
Epoc. . . . . No refiere
Asma. . . . . No
Tbc . . . . . No
Traumas . . . . . No
Ca Gastrico . . . No refiere
Cardiopatias: . . No refiere

ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

Codigo de habilitacion 867570002101 nit: 846002309

Dir:Barrio El Paraiso Tel: 3134821413

HISTORIA CONSULTA EXTERNA.

FOLIO No.	1595874	**No ADMIN:**	1501670	**FECHA ING:**	23/10/2025 08:31:00a. m.
PACIENTE:	BURBANO VELASCO MEGAN ELIZABETH	**E.CIVIL:**			
IDENTIFICACION:	RC1126144633	**EDAD:**	2 Años 3 Meses	**TELEFONO:**	3135771639
No HISTORIA:	1126144633	**GENERO:**	Femenino	**MUNICIPIO:**	SAN MIGUEL LA DORADAPUT
EMPRESA:	EMSSANAR EPS S.A.S.	**FEC. NAC:**	20/07/2023 12:00:00a	**DIRECCION:**	BARRIO LIBERTAD
REGIMEN:	Subsidiado				

Epilepsia:. . . . No

Osteoporosis: . . No refiere
Hipotiroidismo: . No refiere
Poliposis Adenomatosa: No refiere

PATOLOGICOS: . . . NO REFIERE
TRAUMATICOS: . . . NO REFIERE
QUIRURGICOS: . . . NO REFIERE
INMUNOLOGICOS: . . NO REFIERE
ALERGICOS: . . . . NO REFIERE
FARMACOLOGICOS:. . NO REFIERE
TOXICOS: . . . . . NO REFIERE
NUTRICIONALES: . . NO REFIERE
VACUNACION:. . . . NO REFIERE
VISUALES:. . . . . NO REFIERE
AUDITIVOS. . . . . NO REFIERE
VIH: . . . . . NO REFIERE
TRANSFUSIONALES:. . . . . NO REFIERE
PSICOLOGICOS: . . . . . NO REFIERE
HOSPITALIZACIONES:. . . NO REFIERE
DIALISIS: . . . . . NO REFIERE
OBSERVACIONES:. . . . . NO REFIERE

ANTECEDENTES GINECOLOGICOS

PATOLOGIA CERVICAL/VPH: . . No refiere

ANTECEDENTES FAMILIARES

GENERALES:. . . NO REFIERE
PATOLOGICOS:. . ABUELA DM, ABUELO CA DE PROSTATA
TOXICOS:. . . . NO REFIERE
FARMACOLOGICOS: NO REFIERE
ALERGICOS:. . . NO REFIERE
OBSTETRICOS:. . NO REFIERE
GINECOLOGICOS:. NO REFIERE
CANCER: . . . . . NO REFIERE

REVISION POR SISTEMA

GENERAL:	BUEN ESTADO
CABEZA:	NORMAL
OJOS:	NORMAL
NARIZ:	NORMAL
OIDOS:	NORMAL
OROFAFINGE:	NORMAL
CUELLO:	NORMAL
RESPIRATORIO:	NORMAL
NEUROLOGICO:	NORMAL
ENDOCRINO:	NORMAL
MUSCULO(ESQUELETICO:	NORMAL
HEMATOPOYETICO:	NORMAL
LINFORRETICULAR:	NORMAL
PSIQUIATRICOS:	NORMAL
PIEL Y FANERAS:	NORMAL

ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

Codigo de habilitacion 867570002101 nit: 846002309

Dir:Barrio El Paraiso Tel: 3134821413

HISTORIA CONSULTA EXTERNA.

FOLIO No.	1595874	**No ADMIN:**	1501670	**FECHA ING:**	23/10/2025 08:31:00a. m.
PACIENTE:	BURBANO VELASCO MEGAN ELIZABETH	**E.CIVIL:**			
IDENTIFICACION:	RC1126144633	**EDAD:**	2 Años 3 Meses	**TELEFONO:**	3135771639
No HISTORIA:	1126144633	**GENERO:**	Femenino	**MUNICIPIO:**	SAN MIGUEL LA DORADAPUT
EMPRESA:	EMSSANAR EPS S.A.S.	**FEC. NAC:**	20/07/2023 12:00:00a	**DIRECCION:**	BARRIO LIBERTAD
REGIMEN:	Subsidiado				

ARTICULAR:	NORMAL
CARDIOVASCULAR:	NORMAL
GASTRO - INTESTINAL:	NORMAL
GINECOLOGICO:	NORMAL
UROLOGICO:	NORMAL

SIGNOS VITALES

Frecuencia Cardiaca:	88
Frecuencia Respiratoria:	19
Temperatura:	36
Tension Arterial PAS	99
Tension Arterial PAD	60
Presion Arterial Media	73
Saturacion de Oxigeno	98
Peso:	8.5
Talla:	86
IMC.	11.5

EXAMEN FISICO

ASPECTO GENERAL: BUEN ESTADO GENERAL

SINTOMATICO DE PIEL: No

SINTOMATICO RESPIRATORIO: No

SINDROME FEBRIL: No

SINTOMATICO NERV. PERIF.: No

CABEZA: NORMOCEFALO SIN LESIONES

OJOS: ESCLERAS ANICTERICAS CONJUNTIVAS ROSADAS

OIDOS: OTOSCOPIA NORMAL

NARIZ: NORMAL

BOCA: MUCOSA ORAL HIDRATADA, ROSADA, SIN LESIONES

OTORRINOLARINGOLOGIA: SIN ALTERACIONES

CUELLO: MOVIL, SIN MASAS NI ADENOPATIAS

TORAX: SIMÉTRICO, NORMOEXPANSIBLE, SIN RETRACCIONES

INSPECCION CUELLO TIROIDES: NO PRESENTA INFLAMACION

PULMONAR: CAMPOS PULMONARES NORMOVENTILADOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADOS SIN, SOBREAGREGADOS

CARDIOVASCULAR: RUIDOS CARDÍACOS RITMICOS, NO SE AUSCULTAN SOPLOS

ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSA, NO MASAS NI MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL

EXTREMIDADES: SIMÉTRICAS, MÓVILES, SIN EDEMAS, RANGOS DE MOVILIDAD CONSERVADOS, PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES DE BUENA INTENSIDAD.

COLUMNA: NORMAL

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: NORMAL

SISTEMA MUSCULOESQUELETICO: NORMAL

SISTEMA GENITOURINARIO: NORMAL

ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

Codigo de habilitacion 867570002101 **nit: 846002309**

Dir:Barrio El Paraiso Tel: 3134821413

HISTORIA CONSULTA EXTERNA.

FOLIO No.	1595874	**No ADMIN:** 1501670	**FECHA ING:** 23/10/2025 08:31:00a. m.
PACIENTE:	BURBANO VELASCO MEGAN ELIZABETH	**E.CIVIL:**	
IDENTIFICACION:	RC1126144633	**EDAD:** 2 Años 3 Meses	**TELEFONO:** 3135771639
No HISTORIA:	1126144633	**GENERO:** Femenino	**MUNICIPIO:** SAN MIGUEL LA DORADAPUT
EMPRESA:	EMSSANAR EPS S.A.S.	**FEC. NAC:** 20/07/2023 12:00:00a	**DIRECCION:** BARRIO LIBERTAD
REGIMEN:	Subsidiado		

NEUROLOGICO: SIN DEFICIT APARENTE

PIEL: SIN LESIONES

ATENCION INTEGRAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

Tose muchas veces la mayoria de los dias?	No
Tiene flema o comos la mayoria de los dias?	No
se queda sin aire mas facimente que otras personas?	No
Es mayor de 40 año?	No
Actualmente fuma o es un EX fumador?	No
Se ordena Espirometria:	No

DIAGNOSTICO

J189-NEUMONIA. NO ESPECIFICADA

.

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES GENERALES

-EVITAR CONSUMO DE CAFEÍNA
- EVITAR CONSUMO DE ALCOHOL
- NO TRASNOCHAR
- TOMAR MEDICACIÓN DE ACUERDO A INDICACIONES MÉDICAS
- ASISTIR A CITAS DE CONTROL
- NO CONSUMIR GRASAS
- CONSUMIR ALIMENTOS RICOS EN FIBRA: BRÓCOLI, ESPINACA, ZANAHORIA, MANZANAS, MELOCOTÓN, MANDARINAS, PERAS

SIGNOS DE ALARMA:
SI PRESENTA A ALGUNO DE LOS SIGNOS DE ALARMA REGRESAR DE INMEDIATO:
-SANGRADO POR LA ORINA
-NO TOLERAR LA VÍA ORAL
-VÓMITO CON SANGRE O HECES CON SANGRE
-DOLOR QUE NO MEJORE A LA ANALGESIA.
-FIEBRE MAYOR A 38 GRADOS CENTÍGRADOS QUE NO CEDA A LA ANALGESIA
- CEFALEA INTENSA QUE NO CEDA A LA ANALGESIA
- VÉRTIGO
- MAREO
- CONVULSIONES
- VISIÓN BORROSA
- DESORIENTACIÓN
- AGITACIÓN
- DEBILIDAD DE MIEMBROS INFERIORES MÁS SENSACIÓN DE HORMIGUEO DEBILIDAD
- DIFICULTAD PARA RESPIRAR
- SENSACIÓN DE FALTA DE AIRE O AHOGO
- DOLOR A NIVEL DE TÓRAX
- SENTIR MÁS CANSANCIO DE LO HABITUAL
- SOMNOLENCIA
- VÓMITO ABUNDANTE
- SENSACIÓN DE AHOGO AL CAMINAR O AL REPOSO

TRATAMIENTO

- AMPICILINA DAR 3 CC , CADA 6 H POR 7 DIAS
- KETOTIFEO DAR 1 CC CADA 8 H POR 7 DIAS
- SE DA INCAPACIDAD MEDICA POR 10 DIAS
- SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES

ANALISIS

PACIENTE FEMENINO DE 2 AÑOS DE EDAD , EN EL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ESTABE, AL EXAMEN FISICO SIN HALLASGOS RELEVANTES, CON DX DE NEUMOIA SE ENCUENTRA EN TTO CON ANTIBIOTICO DE AMPICILINA SE INDICA CONTINUAR HASTA EL DIA

ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

Codigo de habilitacion 867570002101 **nit: 846002309**

Dir:Barrio El Paraiso Tel: 3134821413

HISTORIA CONSULTA EXTERNA.

FOLIO No.	1595874		
PACIENTE:	BURBANO VELASCO MEGAN ELIZABETH	**No ADMIN:** 1501670	**FECHA ING:** 23/10/2025 08:31:00a. m.
IDENTIFICACION:	RC1126144633	**E.CIVIL:**	
No HISTORIA:	1126144633	**EDAD:** 2 Años 3 Meses	**TELEFONO:** 3135771639
EMPRESA:	EMSSANAR EPS S.A.S.	**GENERO:** Femenino	**MUNICIPIO:** SAN MIGUEL LA DORADAPUT
REGIMEN:	Subsidiado	**FEC. NAC:** 20/07/2023 12:00:00a	**DIRECCION:** BARRIO LIBERTAD

03/11/2025 SE EXTIENDE INCAPACIDAD MEDICA POR 10 DIAS , SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES , SE DA RECOMENDACIONES.GENETRALES, SE EXPLICA SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA A MADRE QUIEN ENTIENDE Y ACEPTA CONDUCTA

FORMULA MEDICA

CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	DURACION
J01CA01	Ampicilina anhidra o trihidrato suspension DAR 3 CC CADA 6 H SUSPENSION VIA: ORAL	1	7
584	Ketotifeno DAR 1 CC CADA 8 H JARABE VIA: oral	1	7

PROFESIONAL: MORALES CEBALLOS LIZETH XIOMARA
ESPECIALIDAD: 1088328544
REGISTRO: MEDICO GENERAL

ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA
Codigo de habilitacion 867570002101 NIT: 846002309-9
Dir. Barrio El Paraiso Tel. 3134821413.
CERTIFICADO INCAPACIDAD.

Folio No: 1595884 Admision No: 0

PACIENTE: BURBANO VELASCO MEGAN ELIZABETH **E.CIVIL:** FECHA ATENCION: 23/10/2025 08:50 a. m.
IDENTIFICACION: RC1126144633 **EDAD:** 2 Años 3 Meses
No HISTORIA: 1126144633 **SEXO:** Femenino **TELEFONO:** 3135771639
EMPRESA: EMSSANAR EPS S.A.S.. **FEC. NAC:** 20/07/2023 **MUNICIPIO:** SAN MIGUEL LA DORADAPUT
REGIMEN: . **DIRECCION:** BARRIO LIBERTAD

J189-NEUMONIA. NO ESPECIFICADA

DATOS GENERALES:

DEL AREA DE ESPECIALIDAD:. . . . CONSULTA EXTERNA
EN EL SITIO DE TRABAJO:. . . . . JARDIN
JORNADA DE LA: . . . . . DIA
HA SIDO INCAPACITADO DURANTE:. . 10 DIAS
FECHA INICIO INCAPACIDAD:. . . . 23/10/2025
FECHA FINAL DE INCAPACIDAD:. . . 01/11/2025

INCAPACIDAD:

PACIENTE FEMENINO DE 2 AÑOS DE EDAD , EN EL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ESTABE, AL EXAMEN FISICO SIN HALLASGOZ RELEVANTES, CON DX DE NEUMOIA SE ENCUENTRA EN TTO CON ANTIBIOTICO DE AMPICILINA SE INDICA CONTINUAR HASTA EL DIA 03/11/2025 SE EXTIENDE INCAPACIDAD MEDICA POR 10 DIAS , SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES , SE DA RECOMENDACIONES GENETRALES, SE EXPLICA SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA A MADRE QUIEN ENTIENDE Y ACEPTA CONDUCTA

DIAGNOSTICO INGRESO:

J189: NEUMONIA. NO ESPECIFICADA

Xiomara Morales

PROFESIONAL: MORALES CEBALLOS LIZETH XIOMARA
ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL
REGISTRO: 1088328544
IDENTIFICACION: CC 1088328544

Fec Impresion: 23/10/2025 08:58:09 a. m. Usuario: LEIDY Infosalud Net

ASIGNACION DE CITA MEDICA:

Fecha Impresion: 31/10/2025

ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

Dir:Barrio El Paraiso Tel: 3134821413

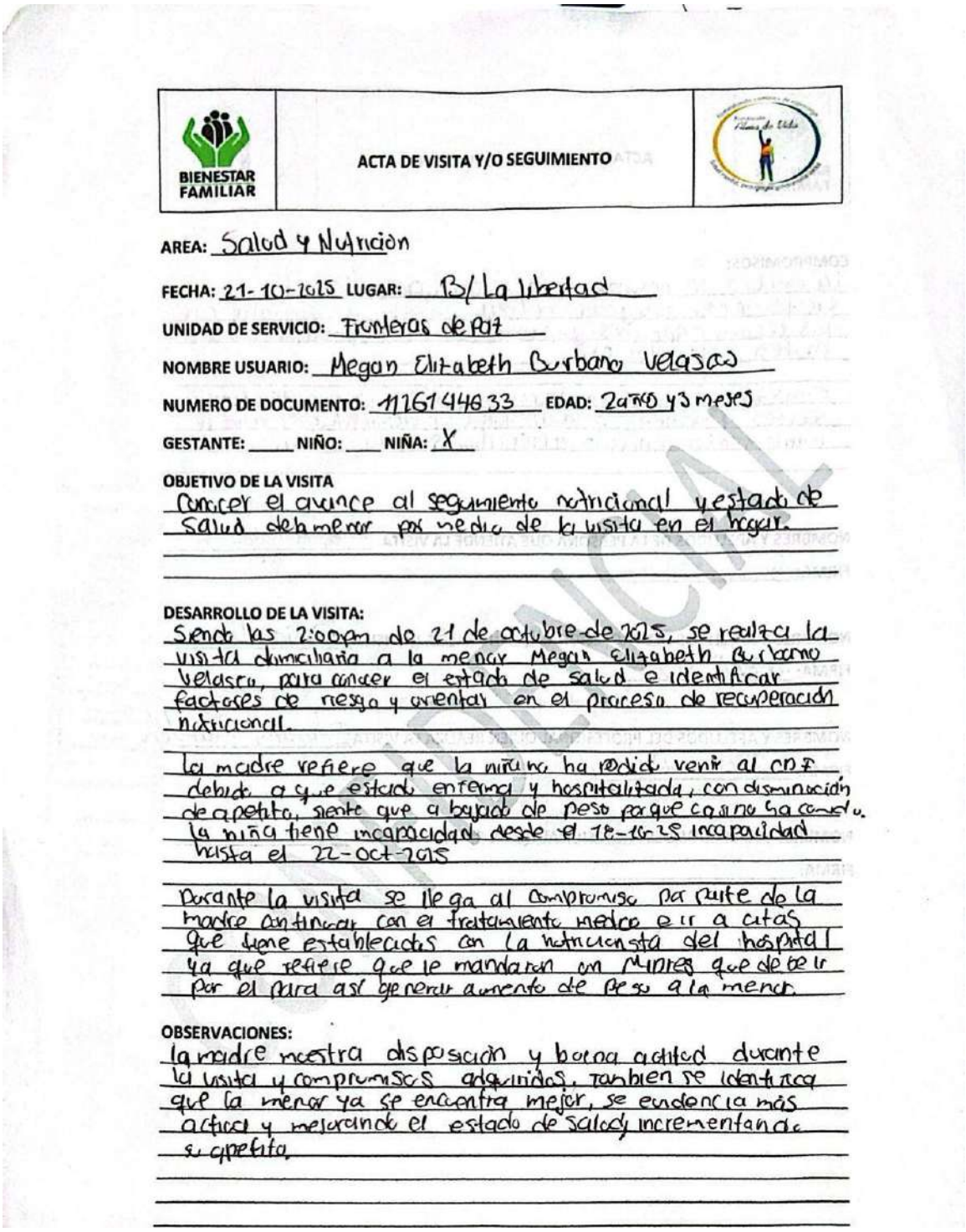
Orden No: 181440

PACIENTE:	BURBANO VELASCO MEGAN ELIZABETH
IDENTIFICACION:	RC1126144633
No HISTORIA:	1126144633
PROFESIONAL:	TORO MERA GUSTAVO ADOLFO
ESPECIALIDAD:	MEDICO GENERAL
HORA DE LA CITA:	10:00 a. m.
FECHA DE LA CITA:	04/11/2025
TIPO:	De Control
CLASE:	CONSULTA
EMPRESA:	EMSSANAR EPS S.A.S.
FECHA SOLICITADA POR USUARIO:	31/10/2025
OBSERVACIONES:	

Recuerde facturar 30 minutos antes de la hora asignada, de lo contrario su cita sera reprogramada dependiendo de la disponibilidad de agenda

InfoSalud Net

ACTA DE VISITA Y/O SEGUIMIENTO



BIENESTAR FAMILIAR

ACTA DE VISITA Y/O SEGUIMIENTO

AREA: Salud y Nutrición

FECHA: 21-10-2025 LUGAR: B/ La libertad

UNIDAD DE SERVICIO: Fronteras de Paz

NOMBRE USUARIO: Megan Elizabeth Barbano Velasco

NUMERO DE DOCUMENTO: 1126144633 EDAD: 2 años y 3 meses

GESTANTE: ____ NIÑO: ____ NIÑA: X

OBJETIVO DE LA VISITA

Conocer el avance al seguimiento nutricional y estado de salud del menor por medio de la visita en el hogar.

DESARROLLO DE LA VISITA:

Siendo las 2:00pm del 21 de octubre de 2025, se realiza la visita domiciliaria a la menor Megan Elizabeth Barbano Velasco, para conocer el estado de salud e identificar factores de riesgo y orientar en el proceso de recuperación nutricional.

La madre refiere que la niña no ha podido venir al CDI debido a que estuvo enferma y hospitalizada, con disminución de apetito, siente que a bajado de peso porque casi no ha comido. La niña tiene incapacidad desde el 18-10-25 incapacidad hasta el 22-oct-2025

Durante la visita se llega al compromiso por parte de la madre continuar con el tratamiento medico e ir a citas que tiene establecidas con la nutricionista del hospital ya que refiere que le mandaron un Multivitaminico que debe ir por el para así generar aumento de peso a la menor.

OBSERVACIONES:

La madre muestra disposición y buena actitud durante la visita y compromisos adquiridos. También se identifica que la menor ya se encuentra mejor, se evidencia más activa y mejorando el estado de salud, incrementando su apetito.

BIENESTAR FAMILIAR	ACTA DE VISITA Y/O SEGUIMIENTO	

COMPROMISOS:

La madre se compromete a continuar con el tratamiento designado el cual consiste en cumplir con las recomendaciones dadas desde el hospital y de los profesionales del CDI.

Empezar a implementar más proteínas con texturas suaves y blandas, e igual toda la alimentación, para ir implementando nuevas alternativas en la comida.

NOMBRES Y APELLIDOS DE LA PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA: Dayra Velasco

FIRMA:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PROFESIONAL QUIEN REALIZA LA VISITA Daniela Vera

FIRMA:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PROFESIONAL QUIEN REALIZA LA VISITA Estefany Blandón

FIRMA: Estefany Blandón

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PROFESIONAL QUIEN REALIZA LA VISITA

FIRMA:

CONFIDENCIAL

EVIDENCIA FOTOGRAFICA MEDIDAS ANTROPOMETRICAS



5/11/2025

EVIDENCIA FOROGRAFICA EN EL SERVICIO DE ALIMENTACIÓN



EVIDENCIA DE VISITA DOMICILIARIA









21/10/2025

BIENESTAR FAMILIAR

ACTA DE VISITA Y/O SEGUIMIENTO

AREA: Psicologia

FECHA: 23/10/2025 **LUGAR:** B/la Libertad

UNIDAD DE SERVICIO: CDI Fronteras de Paz

NOMBRE USUARIO: Megan Elizabeth Burbano Velazco

NUMERO DE DOCUMENTO: 1126144633 **EDAD:** 2 años

GESTANTE: ____ **NIÑO:** / **NIÑA:** X

OBJETIVO DE LA VISITA
Conocer el estado de salud de la menor de edad para realizar el seguimiento.

DESARROLLO DE LA VISITA:
Siendo las 2:00pm se realiza la visita domiciliaria en casa de la madre - donde viven con mama, papa y hermana, anteriormente vivian en Cali y aqui llevan viviendo 2 años. la madre refiere que siempre me lo ha dado gripas. y el dia martes ya tenia fiebre y la lleve al hospital y le hicieron unas rayas x y le aparecieron flemas acumuladas y que tenia un silbido en el pulmon derecho y hoy que la lleve me dio tratamiento y que la tubieron en casa mientras se le acababa de curar. y terminar el tratamiento y le dio incapacidad por 10 dias? la madre refiere que aca donde vivimos antes estaban construyendo y estaban tumbando paredes y eso se pasaba para aca todo el polvo de esa construccion como mi casa es de madera, durante la visita se evidencia que la niña estaba mejor de salud

OBSERVACIONES:
La madre muestra disposicion y buena actitud durante la visita y comprometsa adquiridos. tambien se identifica que la menor estaba bien estaba alerta y con buen estado de animo

Se realiza sencibilizacion a la madre sobre la importancia que la menor se encuentre completamente bien de salud, puesto que de los ninos que asisten pueden tener sintomas de gripa y pueden demorar la recuperacion de la nina.

BIENESTAR FAMILIAR	ACTA DE VISITA Y/O SEGUIMIENTO	

COMPROMISOS:

- Seguir los controles por parte del medico y las recomendaciones medicas y al tratamiento en casa que el medico le recomendo para la mejoria del estado de salud dela menor.

NOMBRES Y APELLIDOS DE LA PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA: Dana Velasco

FIRMA: Dana Velasco

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PROFESIONAL QUIEN REALIZA LA VISITA Estefany Blandón

FIRMA: Estefany Blandón Linares

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PROFESIONAL QUIEN REALIZA LA VISITA_____

FIRMA: _____

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PROFESIONAL QUIEN REALIZA LA VISITA_____

FIRMA: _____

CONFIDENCIAL

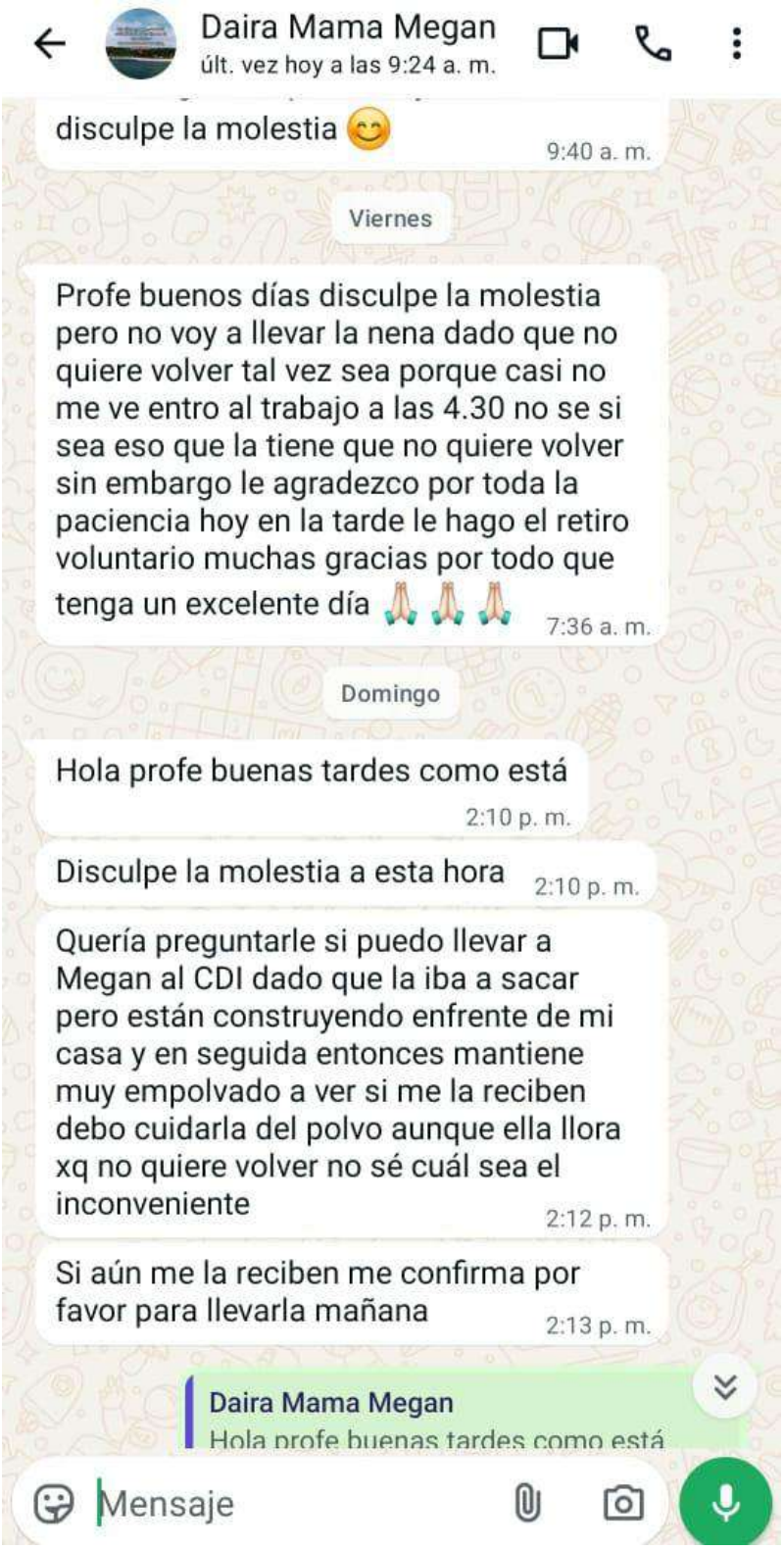
EVIDENCIA DE VISITA DOMICILIARIA



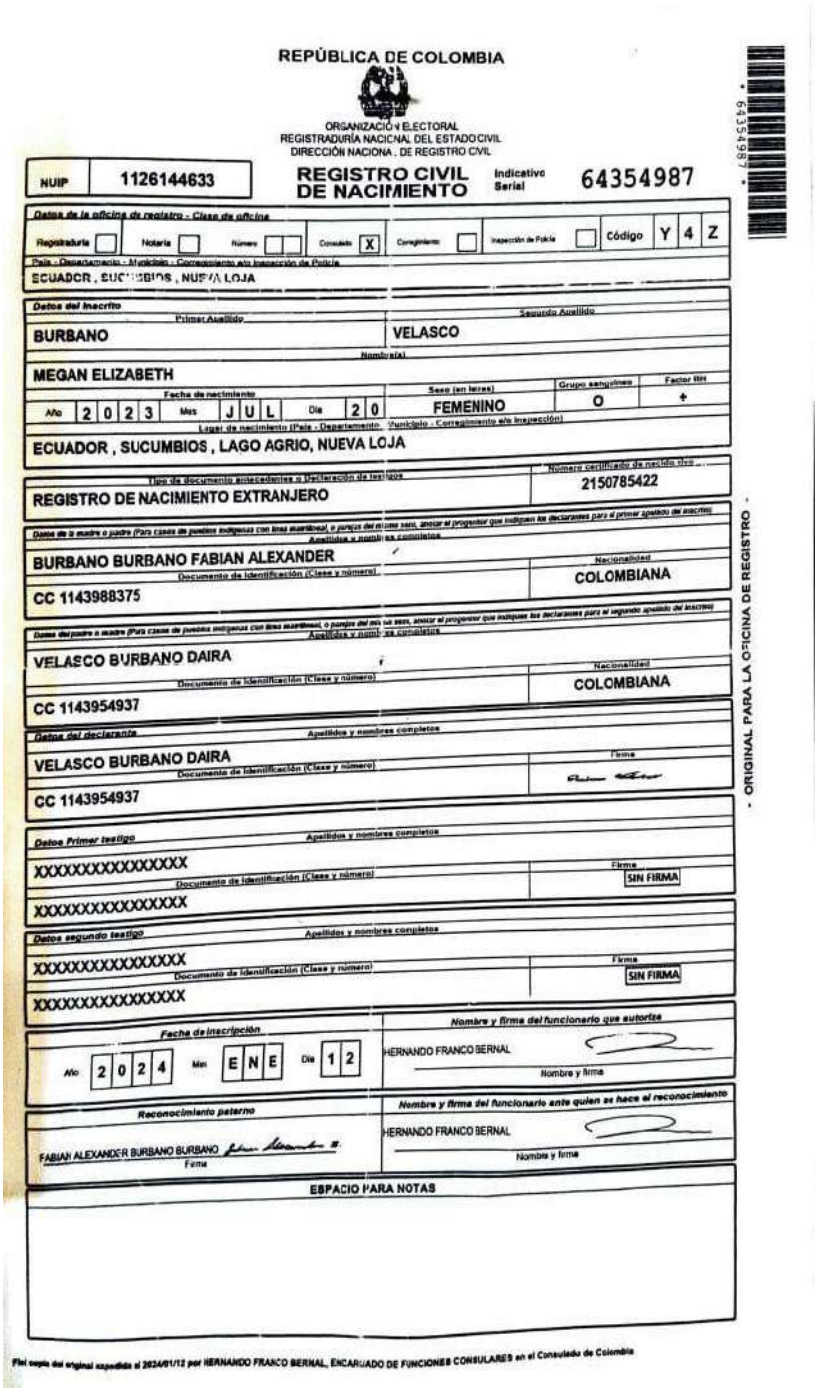


23/10/2025

EVIDENCIA DE RETIRO VOLUNTARIO



DOCUMENTACIÓN



REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1126144633

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 64354987

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO - 64354987

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina
Registraduría [ ] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [X] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código Y 4 Z
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
ECUADOR , SUCUMBIOS , NUEVA LOJA

Datos del inscrito
Primer Apellido: BURBANO
Segundo Apellido: VELASCO
Nombre(s): MEGAN ELIZABETH
Fecha de nacimiento: Año 2023 Mes JUL Día 20
Sexo (en letras): FEMENINO
Grupo sanguíneo: O
Factor RH: +
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): ECUADOR , SUCUMBIOS , LAGO AGRIO, NUEVA LOJA
Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: REGISTRO DE NACIMIENTO EXTRANJERO
Número certificado de nacido vivo: 2150785422

Datos de la madre o padre (Para casos de parejas indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen las declaraciones para el primer apellido del inscrito)
Apellidos y nombres completos: BURBANO BURBANO FABIAN ALEXANDER
Documento de identificación (Clase y número): CC 1143988375
Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre o madre (Para casos de parejas indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen las declaraciones para el segundo apellido del inscrito)
Apellidos y nombres completos: VELASCO BURBANO DAIRA
Documento de identificación (Clase y número): CC 1143954937
Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del declarante
Apellidos y nombres completos: VELASCO BURBANO DAIRA
Documento de identificación (Clase y número): CC 1143954937
Firma

Datos Primer testigo
Apellidos y nombres completos: XXXXXXXXXXXXXXX
Documento de identificación (Clase y número): XXXXXXXXXXXXXXX
Firma: SIN FIRMA

Datos segundo testigo
Apellidos y nombres completos: XXXXXXXXXXXXXXX
Documento de identificación (Clase y número): XXXXXXXXXXXXXXX
Firma: SIN FIRMA

Fecha de inscripción: Año 2024 Mes ENE Día 12
Nombre y firma del funcionario que autoriza: HERNANDO FRANCO BERNAL
Nombre y firma

Reconocimiento paterno: FABIAN ALEXANDER BURBANO BURBANO
Firma
Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento: HERNANDO FRANCO BERNAL
Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

Fiel copia del original expedida el 2024/01/12 por HERNANDO FRANCO BERNAL, ENCARGADO DE FUNCIONES CONSULARES en el Consulado de Colombia

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1126144633
NOMBRES	MEGAN ELIZABETH
APELLIDOS	BURBANO VELASCO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	SAN MIGUEL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EMSSANAR S.A.S.	SUBSIDIADO	01/05/2024	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/23/2025 17:10:10	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado



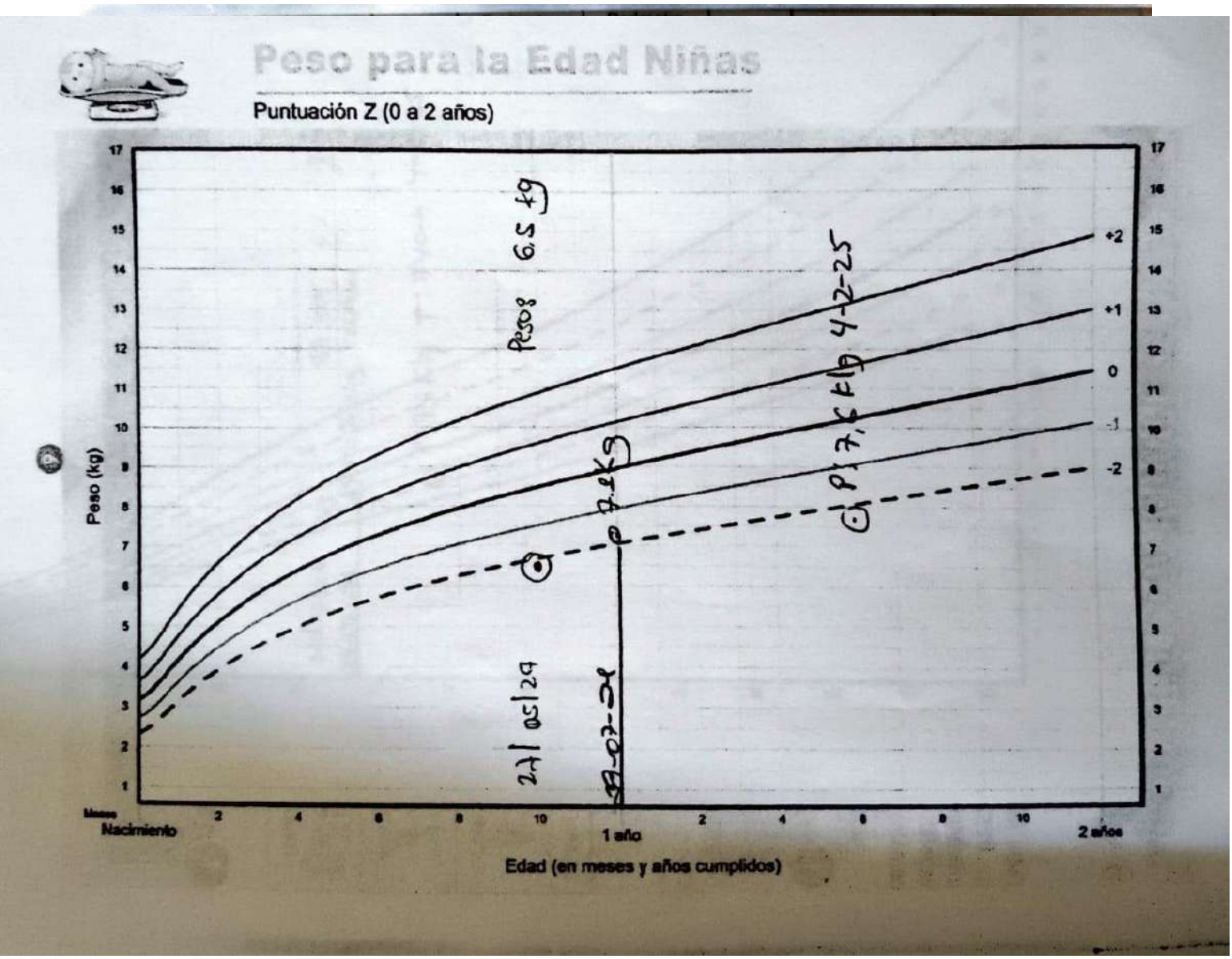
CARNET DE CONTROL

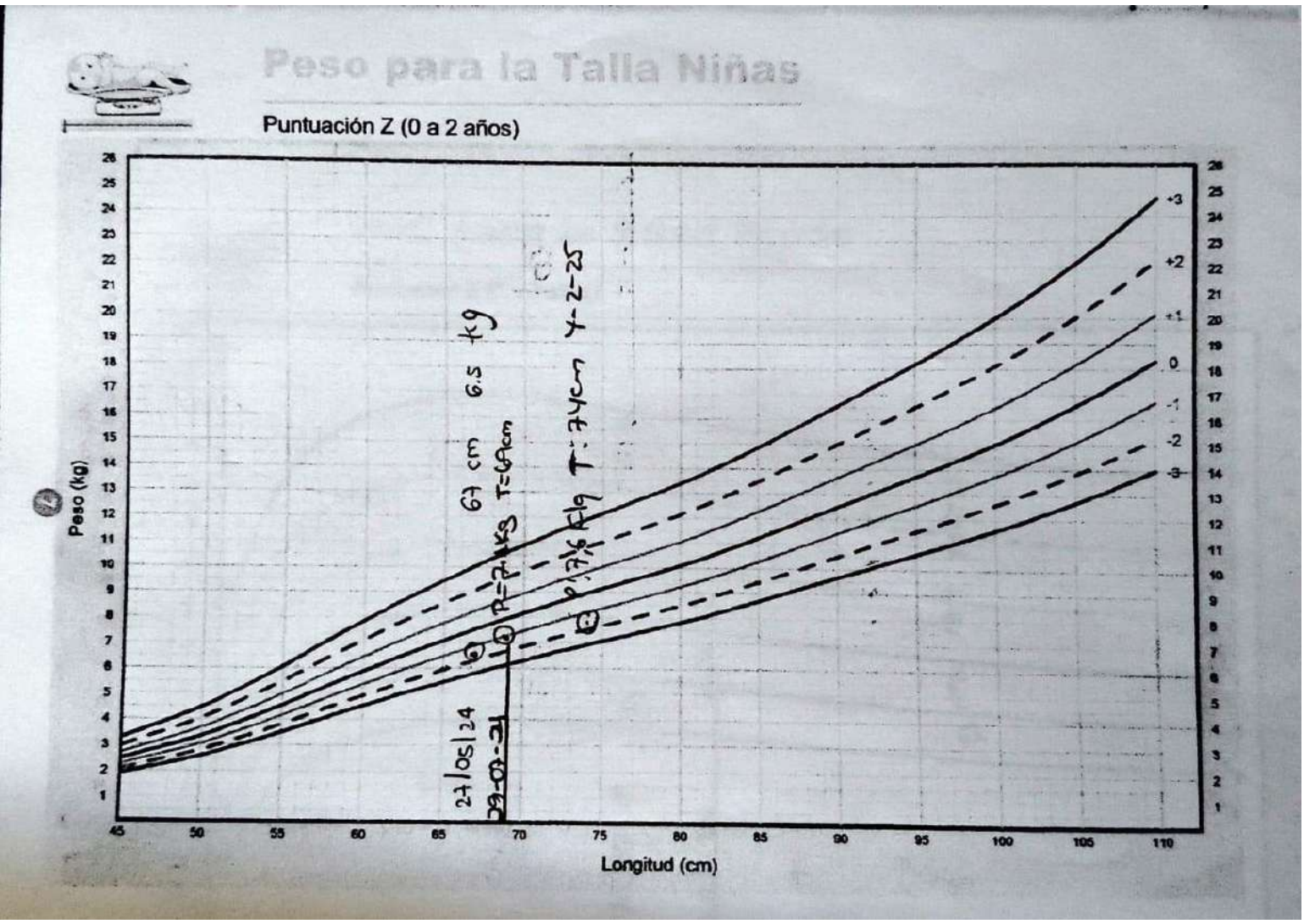
NIÑO Y NIÑA ...Sanos

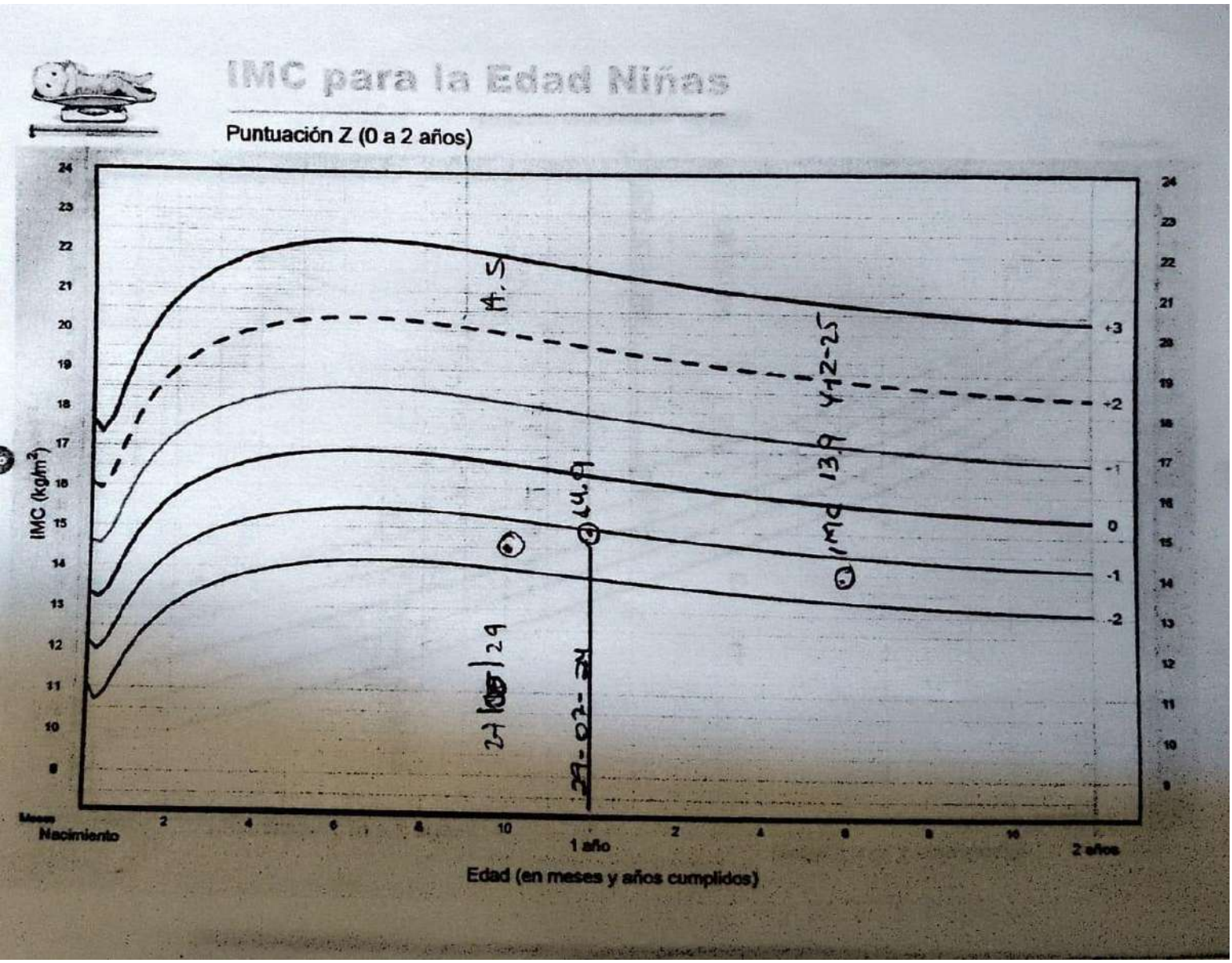
E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

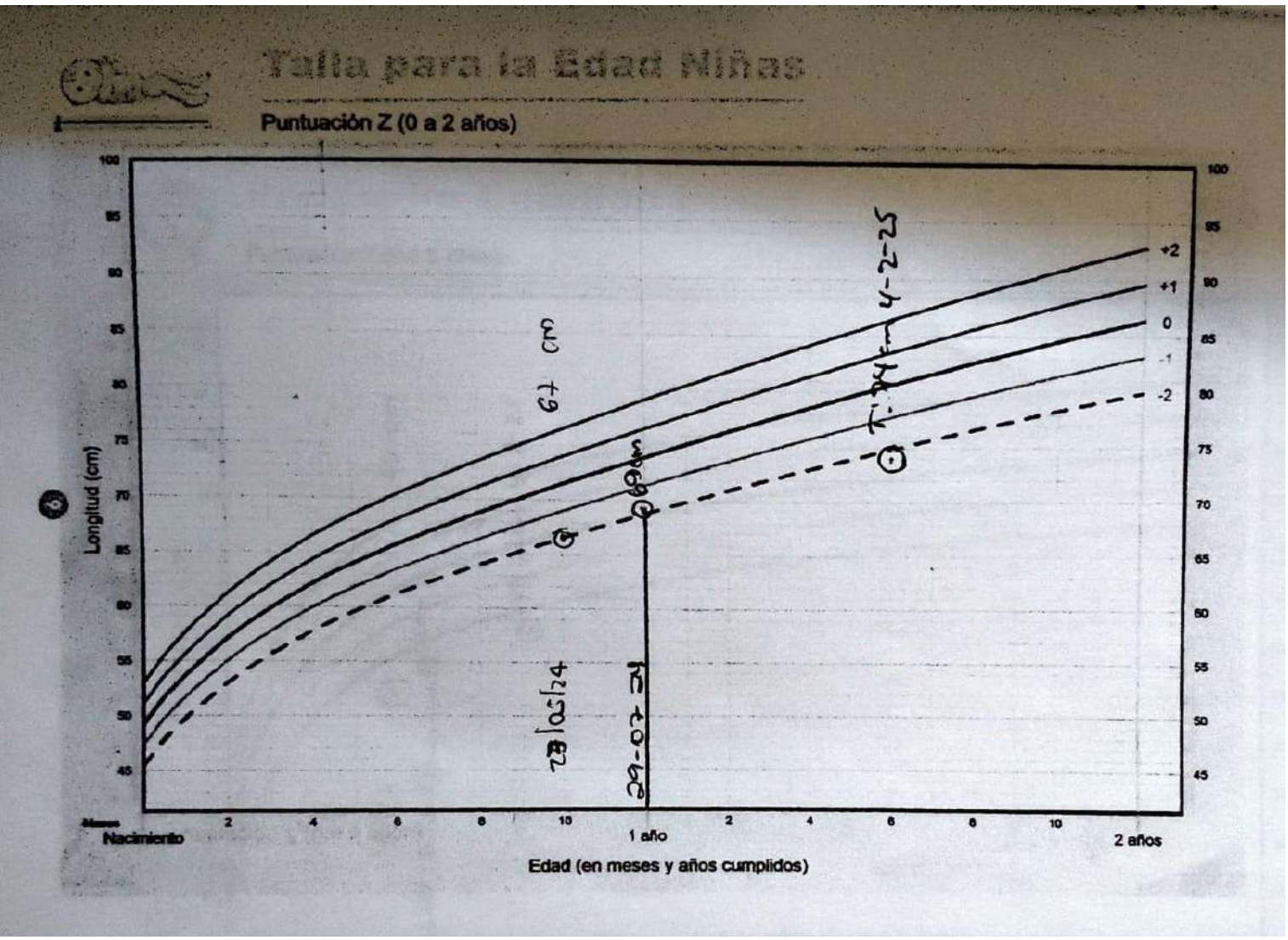
MIS DATOS

Nombres: MEGAN ELIZABETH	Apellidos: BURBANO URIAZCO
Fecha de nacimiento: 20 DÍA | 07 MES | 2023 AÑO	Historia Clínica: 1126144633
Barrio/Vereda: B/ LA LIBERTAD	Responsable del niño: DAIRA URIAZCO
Teléfono:	EPS: 118

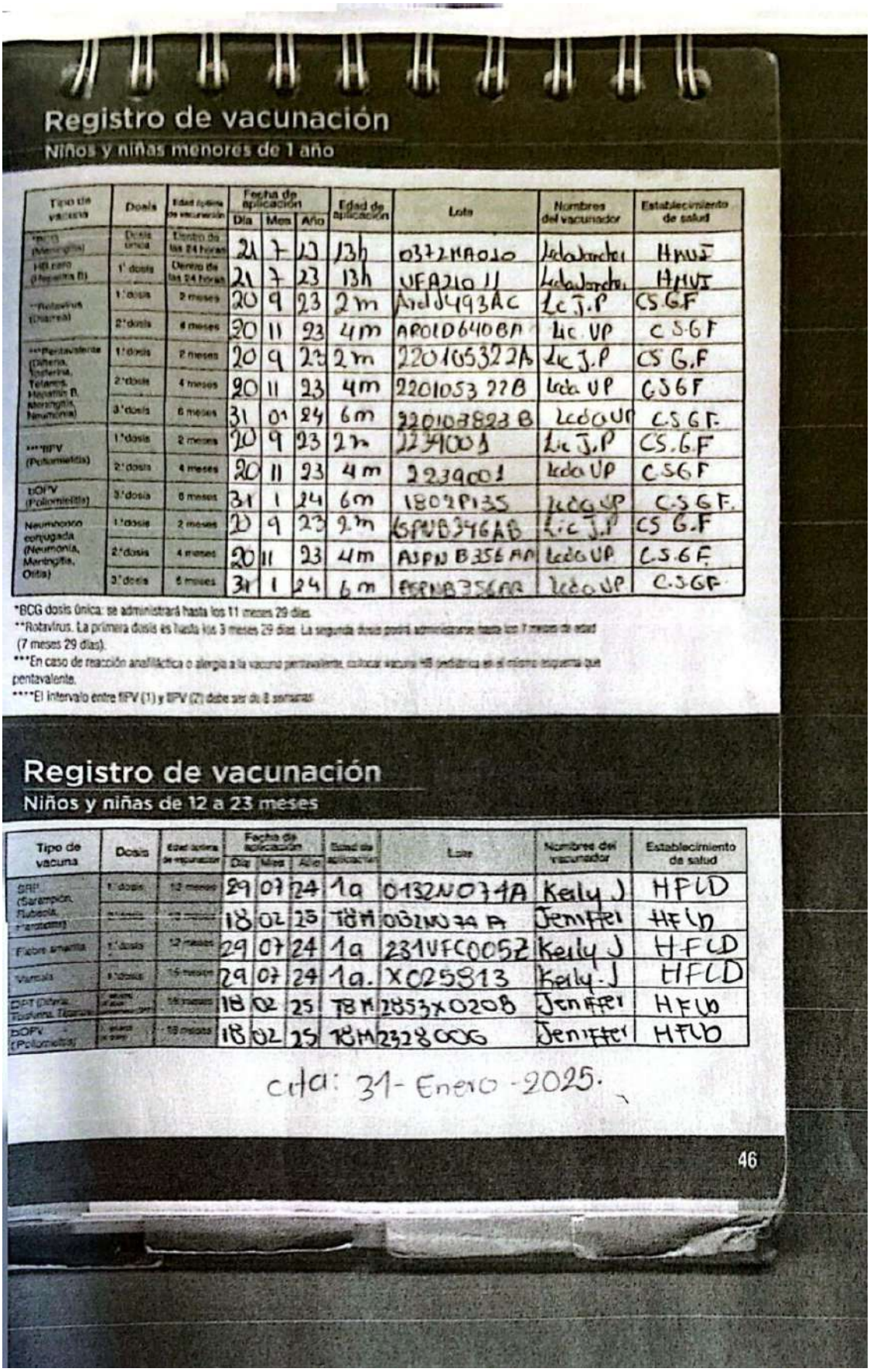

Peso para la Edad Niñas
Puntuación Z (0 a 2 años)
Peso (kg)
Nacimiento
1 año
2 años
Edad (en meses y años cumplidos)
+2
+1
0
-1
-2
Peso 6.5 kg
24 | 05 | 24
4-2-25


Peso para la Talla Niñas
Puntuación Z (0 a 2 años)
Peso (kg)
Longitud (cm)
+3
+2
+1
0
-1
-2
-3
67 cm 6.5 kg
P=7kg T=64cm
7kg T:74cm 4-2-25
27/05/24
29-08-21


IMC para la Edad Niñas
Puntuación Z (0 a 2 años)
IMC (kg/m²)
Meses
Nacimiento
1 año
2 años
Edad (en meses y años cumplidos)
+3
+2
-1
0
-1
-2
4.5
4.9
13.9
24
29-02-24


Talla para la Edad Niñas
Puntuación Z (0 a 2 años)
Longitud (cm)
+2
+1
0
-1
-2
67 cm
4-2-25
23/05/24
Nacimiento
1 año
2 años
Edad (en meses y años cumplidos)

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
27/05/24	6.5	67	40	13	14.7	20/04/24	
29-07-24	7.1	69	41	15	14.9	20/01/25	
04-02-2025	7.6	74	42.5	13.5	13.9	20-07-2025	Milena C.
28-05-2025	8.2	76	42.5	13		27.06.2025	control
23/07/25	4.3	78	44	13	13.6	20/01/26	



Registro de vacunación

Niños y niñas menores de 1 año

Tipo de vacuna	Dosis	Edad óptima de vacunación	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de salud
*BCG (Meningitis)	Dosis única	Dentro de las 24 horas	21	7	23	13h	0372MA010	Leda Sanchez	HMUI
HB pano (Hepatitis B)	1° dosis	Dentro de las 24 horas	21	7	23	13h	UFA210 11	Leda Sanchez	HMUI
**Rotavirus (Diarrea)	1° dosis	2 meses	20	9	23	2m	AedJ493AC	Lic J.P	CS G.F
	2° dosis	4 meses	20	11	23	4m	APOID640BA	Lic UP	C S G F
***Pentavalente (Difteria, Tosferina, Tetanos, Hepatitis B, Meningitis, Neumonia)	1° dosis	2 meses	20	9	23	2m	2201053227A	Lic J.P	CS G.F
	2° dosis	4 meses	20	11	23	4m	2201053 22B	Lcda UP	C S G F
	3° dosis	6 meses	31	01	24	6m	2201038823 B	Lcda UP	C.S G F.
***IPV (Poliomielitis)	1° dosis	2 meses	20	9	23	2m	2234001 A	Lic J.P	CS.G.F
	2° dosis	4 meses	20	11	23	4m	2239001	Lcda UP	C S G F
bOPV (Poliomielitis)	3° dosis	6 meses	31	1	24	6m	1802P135	Lcda UP	C.S G F.
Neumococo conjugada (Neumonia, Meningitis, Otitis)	1° dosis	2 meses	20	9	23	2m	GPVB346AB	Lic J.P	CS G.F
	2° dosis	4 meses	20	11	23	4m	ASPN B356 AA	Lcda UP	C.S.G.F
	3° dosis	6 meses	31	1	24	6m	ASPN B356AB	Lcda UP	C.S.G.F

*BCG dosis única: se administrará hasta los 11 meses 29 días.
**Rotavirus. La primera dosis es hasta los 3 meses 29 días. La segunda dosis podrá administrarse hasta los 7 meses de edad (7 meses 29 días).
***En caso de reacción anafiláctica o alergia a la vacuna pentavalente, colocar vacuna VIP pediátrica en el mismo esquema que pentavalente.
****El intervalo entre fIPV (1) y fIPV (2) debe ser de 8 semanas.

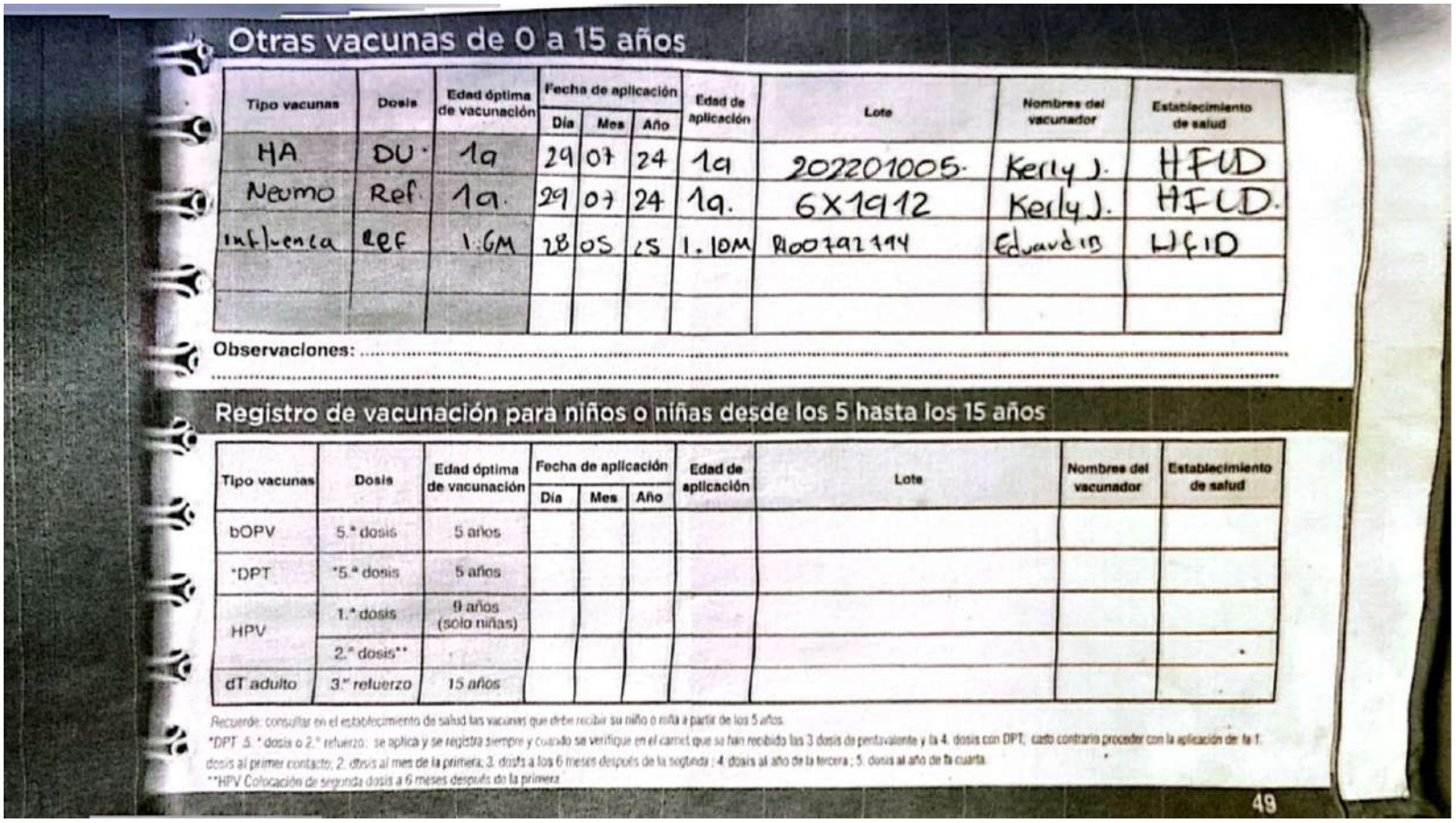
Registro de vacunación

Niños y niñas de 12 a 23 meses

Tipo de vacuna	Dosis	Edad óptima de vacunación	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de salud
SRP (Sarampión, Rubeola, Parotiditis)	1° dosis	12 meses	29	07	24	1a	0132NO74A	Kelly J	HFLD
			18	02	25	1a 1M	0032NO74A	Jenifferi	HFLD
Fiebre amarilla	1° dosis	12 meses	29	07	24	1a	231VFC0052	Kelly J	HFLD
Varicela	1° dosis	15 meses	29	07	24	1a.	X025813	Kelly J	HFLD
DPT (Difteria, Tosferina, Tetanos)		18 meses	18	02	25	1a 1M	2853X020B	Jenifferi	HFLD
bOPV (Poliomielitis)	2° dosis	18 meses	18	02	25	1a 1M	2328006	Jenifferi	HFLD

cita: 31- Enero -2025.

46



Otras vacunas de 0 a 15 años

Tipo vacunas	Dosis	Edad óptima de vacunación	Fecha de aplicación			Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de salud
			Día	Mes	Año				
HA	DU	1a	29	07	24	1a	202201005	Kerly J.	HFUD
Neumo	Ref	1a.	29	07	24	1a.	6X1912	Kerly J.	HFUD.
Influenza	Ref	1.6M	28	05	25	1.10M	A00792194	Eduardo	HFID

Observaciones: .....

Registro de vacunación para niños o niñas desde los 5 hasta los 15 años

Tipo vacunas	Dosis	Edad óptima de vacunación	Fecha de aplicación			Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de salud
			Día	Mes	Año				
bOPV	5.ª dosis	5 años							
*DPT	*5.ª dosis	5 años							
HPV	1.ª dosis	9 años (solo niñas)							
	2.ª dosis**								
dT adulto	3.er refuerzo	15 años							

Recuerde: consultar en el establecimiento de salud las vacunas que debe recibir su niño o niña a partir de los 5 años.
*DPT: 5.ª dosis o 2.º refuerzo: se aplica y se registra siempre y cuando se verifique en el carnet que se han recibido las 3 dosis de pentavalente y la 4. dosis con DPT; caso contrario proceder con la aplicación de la 1. dosis al primer contacto; 2. dosis al mes de la primera; 3. dosis a los 6 meses después de la segunda; 4. dosis al año de la tercera; 5. dosis al año de la cuarta.
**HPV: Colocación de segunda dosis a 6 meses después de la primera.

Carné Digital de Vacunación Colombia

Salud

Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

Nombres y apellidos / Full name
MEGAN ELIZABETH BURBANO VELASCO

Tipo de identificación / ID Type
REGISTRO CIVIL

Número de identificación / ID Number
1 1 2 6 1 4 4 6 3 3

Fecha de nacimiento / Date of birth
20/07/2023

País nacimiento / Country of birth
ECUADOR

Número de contacto (movil) / Phone number
3133771639

Correo electrónico / e-mail

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio	Número de Lote	IPS Vacunadora	Nombres y apellidos del vacunador
Vaccine	Doses	Día / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratory	Vaccine Batch	Administering Center	Full name Vaccinator
BCG	Única	27	7	2023		0372MA010	ECUADOR	ACTUALIZA HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA
Hepatitis B Pediatrica	Adicional	27	7	2023		UFA21011	ECUADOR	ACTUALIZA HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA
Neumococo Conjugado 10 valente	Primera	20	9	2023		ASPNB396AB	ECUADOR	ACTUALIZA HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA
Antipolio Inactivo (VIP)	Primera	20	9	2023		2239001	ECUADOR	ACTUALIZA HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA
Pentavalente PAI	Primera	20	9	2023		220105322A	ECUADOR	ACTUALIZA HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA
Rotavirus	Primera	20	9	2023		AROLD493AC	ECUADOR	ACTUALIZA HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA
Antipolio Inactivo (VIP)	Segunda	20	11	2023		2239001	ECUADOR	ACTUALIZA HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA
Pentavalente PAI	Segunda	20	11	2023		220105322B	ECUADOR	ACTUALIZA HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA
Rotavirus	Segunda	20	11	2023		AROLD640BA	ECUADOR	ACTUALIZA HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA
Neumococo Conjugado 10 valente	Segunda	20	11	2023		ASPNB356AA	ECUADOR	ACTUALIZA HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA
Antipolio Inactivo (VIP)	Tercera	31	1	2024		1802P135	ECUADOR	ACTUALIZA HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA
Pentavalente PAI	Tercera	31	1	2024		220103823B	ECUADOR	ACTUALIZA HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA
Hepatitis A Pediátrica	Única	29	7	2024	Sinovac	202201005	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	EDUARD JOBANY IPIAL BETANCOUR
Triple Viral	Primera	29	7	2024	Serum	0132N074A	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	EDUARD JOBANY IPIAL BETANCOUR

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema deInformación **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI**.

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Immunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización).

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

Nombres y apellidos / Full name: **MEGAN ELIZABETH BURBANO VELASCO**

Tipo de identificación / ID Type: **REGISTRO CIVIL**

Número de identificación / ID Number: **1 1 2 6 1 4 4 6 3 3**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **20/07/2023**

País nacimiento / Country of birth: **ECUADOR**

Número de contacto (movil) / Phone number: **3133771639**

Correo electrónico / e-mail:

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Día / Day	Mes / Month	Año / Year				
Varicela	Primera	29	7	2024	MERCK SHARP DOHME	X019177	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	EDUARD JOBANY IPIAL BETANCOUR
Neumococo 13 valente	Refuerzo	29	7	2024	PFIZER	FY9925	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	EDUARD JOBANY IPIAL BETANCOUR
Fiebre amarilla	Unica	29	7	2024	Fabricante	231VFC00SZ	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	EDUARD JOBANY IPIAL BETANCOUR
Pentavalente PAI	Primer Refuerzo	18	2	2025	Serum	2853X020B	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	JENIFFER YULIETH CABEZAS MENESES - CC1126446069 - Activo
Triple Viral	Refuerzo	18	2	2025	Serum	0132N074A	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	JENIFFER YULIETH CABEZAS MENESES - CC1126446069 - Activo
Antipolio Inactivo (VIP)	Primer Refuerzo	18	2	2025	Bilthoven Biologicals BV	2328006A	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	JENIFFER YULIETH CABEZAS MENESES - CC1126446069 - Activo
INFLUENZA TRIVALENTE PEDIATRICA	Refuerzo	28	5	2025	SEQIRUS	P100792784	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	EDUARD JOBANY IPIAL BETANCOUR - CC1004768431 - Activo

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI**.

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Web **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización).

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

CARNET RIAS **PRIMERA INFANCIA**

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA
NIT. 846.002.309-9

Mi prioridad es tu salud...



Nombres y Apellidos: Megan Elizabeth Barbara.

Doc. de Identidad: 1126144633

EPS: Emssanar

Teléfono: 3135741639

Domicilio: B/ Libertad.

		PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) Ó AÑOS (A)										
			5 DÍAS	1 M	2-3 M	4-5 M	6-8 M	9-11M	12-17M	18-23M	24-29M	30-35M	3 A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico											
		Atención en salud por medicina general											
		Atención en salud por enfermería											
		Atención en salud por Odontología											
		Promoción y apoyo de la lactancia materna											
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor							X 25-10-24 25-04-25				
		Profilaxis y remoción de placa							X				
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)											
	Y	Vacunación											

LILIANA MARIBEL CORDOBA
AUX. EN SALUD ORAL
RES. 8600493-2011

28-04-25 Yenny Cortes C.C.
AUXILIAR EN SALUD ORAL
28-04-25 RES. 8600493-2011

INFORME DE ACOMPAÑAMIENTO EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO:

NOMBRES Y APELLIDOS:	JOSUE MANUEL HERNANDEZ ORTEGA
Tipo Identificación:	RC
N° Identificación:	1122344373
Edad:	UN AÑO Y NUEVE MESES
EPS:	MALLAMAS EPSI
Tipo de Afiliación:	SUBSIDIADO
Fecha de Nacimiento:	07/12/2023
Sexo:	M
Grupo Étnico:	CABILDO INDIGENA AWA
Persona Responsable o Acudiente:	YASMIN ORTEGA TORRES
Parentesco:	MADRE
Celular:	3124272547
Dirección:	LA LIBERTAD

OBJETIVO: Brindar un seguimiento integral al estado nutricional y de salud del menor, garantizando acciones oportunas de prevención, atención y acompañamiento desde los componentes de salud y nutrición, en coordinación con las entidades correspondientes.

SITUACIÓN ENCONTRADA:

El día 11 de septiembre de 2025, se recibe notificación sobre el diagnóstico de desnutrición aguda moderada en un menor usuario activo del CDI *Fronteras de Paz* – Unidad Caminadores, ubicado en el municipio de San Miguel.
El menor presenta las siguientes mediciones antropométricas: **Peso:** 8.9 kg, **Talla:** 80 cm y **Perímetro braquial:** 14.7 cm
Con base en estos datos, se establece un diagnóstico clínico de **riesgo de desnutrición aguda**. En respuesta, desde el componente de salud y nutrición del CDI se gestionó la canalización con el Hospital Fronterizo de La Dorada, a fin de garantizar el acceso al servicio de salud y realizar el seguimiento clínico correspondiente. Paralelamente, se activó el protocolo de seguimiento y acompañamiento interno desde el CDI.

HISTORIA PERSONAL

El menor reside con su madre y padre. Está afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), bajo el régimen subsidiado, a través de la entidad MALLAMAS EPSI. Cuenta con esquema de vacunación completo, mantiene sus controles de crecimiento y desarrollo al día y recibe seguimiento odontológico por parte de su EPS.

Área de salud:

El menor está afiliado al SGSSS a través de MALLAMAS EPSI, cuenta con esquema de vacunación completo, controles de crecimiento y desarrollo al día, seguimiento odontológico, y actualmente presenta diagnóstico de riesgo de desnutrición aguda bajo seguimiento por EPS y CDI; el 16 de septiembre se diagnosticó tiña en la piel, iniciando tratamiento tópico ese mismo día, con incapacidad médica de 5 días a partir del 16 de septiembre.

ÁREA PSICOSOCIAL - ÁREA DE SALUD Y NUTRICIÓN

El equipo interdisciplinario del CDI ha realizado un acompañamiento integral, enfocado en el abordaje de la situación nutricional del menor. Se han brindado recomendaciones permanentes a los cuidadores, promoviendo prácticas adecuadas para el bienestar físico, emocional y social del niño.

Se ha garantizado la atención oportuna y seguimiento continuo, con coordinación entre el equipo del CDI, la familia y las entidades de salud involucradas.

Desde el componente de salud y nutrición se ha realizado un seguimiento continuo al estado nutricional y de crecimiento del menor Josué Manuel Hernández, en articulación con el equipo interdisciplinario del CDI Fronteras de Paz y el acompañamiento familiar.

Durante los controles realizados en el periodo comprendido entre septiembre y octubre de 2025, se han efectuado las tomas antropométricas periódicas (peso, talla y perímetro braquial), con el fin de monitorear la evolución del niño frente a los estándares de crecimiento infantil establecidos por la OMS (2006).

Inicialmente, el menor presentó clasificación de riesgo de desnutrición aguda, lo que motivó el fortalecimiento de las acciones de acompañamiento nutricional. Se brindaron orientaciones personalizadas a la madre sobre la importancia de mantener una alimentación variada, incluyendo fuentes de proteínas, frutas, verduras y legumbres en las comidas principales.

Durante los controles posteriores (2 y 15 de octubre), se observó mejoría progresiva en el peso corporal, manteniendo aún la clasificación entre peso adecuado y riesgo de desnutrición, pero evidenciando buena respuesta a las intervenciones implementadas. Para el 29 de octubre de 2025, el menor alcanzó la clasificación de peso adecuado para la talla, reflejando una evolución favorable y respuesta positiva al seguimiento nutricional.

Asimismo, se ha realizado observación diaria durante la jornada en el CDI, verificando la aceptación y el consumo de los alimentos servidos, asegurando que se cumpla con la minuta patrón y las porciones recomendadas.

Seguimientos – Acciones realizadas

31 de julio de 2025: El menor ingresó por primera vez al CDI *Fronteras de Paz*, iniciando el proceso de adaptación a la unidad Caminadores. Durante esta etapa inicial no se reportaron novedades clínicas ni alteraciones en su estado de salud.

8 de agosto de 2025: Se realizó el registro antropométrico de ingreso, evidenciando un peso de 9 kg y una talla de 79 cm. Con estos datos, se estableció un diagnóstico inicial de riesgo de desnutrición aguda, lo que motivó la activación del seguimiento nutricional.

22 de agosto de 2025: Se dio inicio formal al seguimiento nutricional quincenal tras el diagnóstico de riesgo de desnutrición aguda. En esta evaluación el menor pesó 8.8 kg y midió 79 cm. Se realizó socialización y sensibilización con los padres de familia acerca del diagnóstico nutricional, enfatizando la importancia de las acciones de cuidado y seguimiento.

3 de septiembre de 2025: Se llevó a cabo la segunda toma de medidas para el seguimiento nutricional, registrándose un peso de 8.9 kg y una talla de 80 cm. El diagnóstico de riesgo de desnutrición aguda se mantiene, por lo que se continuaron con las intervenciones y monitoreo desde el CDI.

11 de septiembre de 2025: En el último seguimiento, el diagnóstico identificado fue de riesgo de desnutrición aguda; sin embargo, debido a la evolución clínica y la valoración integral, se realizó la canalización al Hospital Fronterizo de La Dorada y se activó la ruta de atención correspondiente para garantizar atención especializada. Además, se convocó a la madre para socializar el diagnóstico, el seguimiento realizado y la importancia del tratamiento, firmando un acta de compromiso para asegurar la asistencia médica y entrega de soportes.

16 de septiembre de 2025: Durante la jornada en el CDI, la docente identificó un brote dermatológico en la región lumbar del menor, por lo que recomendó a la madre acudir a valoración médica aprovechando la cita para seguimiento nutricional. En la consulta médica de ese mismo día, se diagnosticó tiña cutánea, iniciando tratamiento tópico por 7 días y se expidió una incapacidad médica por 5 días (del 16 al 20 de septiembre). También se emitió remisión a consulta de nutrición para seguimiento especializado. Posteriormente, se realizó visita domiciliaria para verificar el estado general del menor, revisar el inicio del tratamiento médico y solicitar la historia clínica. Durante esta visita se confirmó que el menor se encontraba en buenas condiciones generales y la madre reiteró su compromiso de cumplimiento del tratamiento y seguimiento continuo.

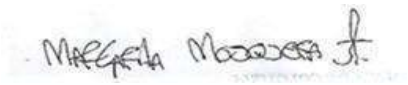
2 de octubre de 2025: Se realizó control antropométrico registrando un peso de **10,10 kg** y una talla de **80 cm**, clasificándose al niño con **peso adecuado para la talla** según los estándares de crecimiento infantil de la OMS (2006). Se mantienen las orientaciones nutricionales y el acompañamiento desde el CDI.

15 de octubre de 2025: Durante el seguimiento nutricional, el niño presentó un peso de **9,5 kg** y una talla de **80 cm**, un **perímetro braquial 15 cm,** manteniendo la **clasificación de riesgo de desnutrición aguda**. Se evidencia mejoría en el peso y buena aceptación alimentaria. Se continúa con las estrategias de fortalecimiento nutricional y controles periódicos.

29 de octubre de 2025: En la valoración nutricional se registró un peso de **9,80 kg** y una talla de **80 cm**, un **perímetro** braquial 15,1cm, resultando en **peso adecuado para la talla**, lo que refleja una **evolución favorable** del estado nutricional. Se mantiene seguimiento desde el CDI para asegurar estabilidad y continuidad de hábitos alimentarios saludables.

Nota aclaratoria: Se aclara que la toma antropométrica cargada en el sistema con **fecha de registro del 2 de septiembre de 2025**, correspondiente al control realizado en **julio de 2025**, presentó una **clasificación errónea de desnutrición aguda moderada** debido a un **error en la digitación de los datos**. El menor **nunca ha presentado diagnóstico de desnutrición**, manteniéndose bajo **seguimiento nutricional continuo** desde su ingreso al CDI. En la última valoración realizada el **29 de octubre de 2025**, el niño presenta **peso adecuado para la talla**, evidenciando una evolución nutricional favorable y estable.

Firma del profesional:



MARGARITA MOSQUERA TAQUEZ
Apoyo psicosocial
CDI Fronteras de Paz.



EDITH ISABEL MENESES
Coordinadora
CDI Fronteras de Paz.



NELLY JOHANA SOTO
Anterior Nutricionista
CDI Fronteras de Paz.



DANIELA VERA
Nutricionista
CDI Fronteras de Paz.

FORMATO PARA EL SEGUIMIENTO NUTRICIONAL QUINCENAL
DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO INSTITUCIONAL – CONTRATO 86001912025 – SAN MIGUEL

NOMBRE DE LA UDS: Caminadores

NOMBRES Y APELLIDOS	PESO	TALLA	PERIMETRO BRAQUIAL	CLASIFICACION NUTRICIONAL	FECHA	REMITIDO SI/NO	OBSERVACIONES	FIRMA DEL RESPONSABLE
Josue Manuel Hernandez Ortega	8,8	79	14,3	Riesgo de desnutricion Aguda	22/09/25		Sin Signos de desnutricion aguda	
Josue Manuel Hernandez	8,9	80	14,7	Riesgo de desnutricion Aguda	03/09/25		Sin Signos de desnutricion aguda	
Josue Manuel Hernandez Ortega	9,1	80	14,5	Riesgo de desnutricion Aguda	17/09/25	SI	Brote en piel, Tiña del cuerpo	
Jose Manuel Hernandez Ortega	10.1	80	15.2	Peso adecuado para la talla	02/10/25		Sin Signos de desnutricion aguda	Yeimi Samboni
Jose manuel Hernandez ortega	9,5	80	15	Riesgo de desnutricion Aguda	16/10/25		Sin signos de desnutricion Aguda	
Jose Manuel Hernandez ortega	9,6	80	15,1	Peso adecuado para la talla	29/10/25		Sin signos clinicos desnutricion Aguda	

FIRMA DEL PROFESIONAL RESPONSABLE:

Seguimiento Nutrición

Información Contrato / Servicio / UDS / Beneficiario

Regional / Año vigencia / Contrato	Contrato / Servicio
Putumayo / 2025 / 860019:	CENTRO DE DESARROLLO I
Código / Nombre de la UDS	**Departamento/Municipio**
867571126972 / CDI FRON	Putumayo / San Miguel
Tipo Documento / Número	**Nombre Beneficiario**
REGISTRO CIVIL / 1122344	JOSUE MANUEL HERNANDE
Fecha nacimiento / Sexo	**Tipo de Beneficiario**
7/12/2023 / Hombre	NIÑO O NIÑA ENTRE 6 MES
Tipo de Unidad	**Relación Unidad de Atención**

Seguimiento nutrición Unidad de servicio Actual

Fecha toma	Fecha Valoración	Edad Años	Edad Meses	Edad Días	Peso (Kg)	Talla (cm)	Semanas Gestación
2/09/2025	31/07/2025	1	7	24	8.50	78.00	0
10/08/2025	8/08/2025	1	8	1	9.00	79.00	0
22/08/2025	22/08/2025	1	8	15	8.80	79.00	0
4/09/2025	3/09/2025	1	8	27	8.90	80.00	0
9/09/2025	9/09/2025	1	9	3	9.10	80.00	0
16/09/2025	16/09/2025	1	9	10	9.60	80.00	0
14/10/2025	2/10/2025	1	9	26	10.10	80.00	0
16/10/2025	16/10/2025	1	10	10	9.50	80.00	0
30/10/2025	29/10/2025	1	10	23	9.80	80.00	0

Registro de novedades

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Josue Manuel H UNIDAD DE ATENCIÓN: Sala cuna AGENTE EDUCATIVO: Maritza.

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 31-08-2025

Clasificación de la información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
12-09-2025	El niño usuario sale de la unidad temprano 2:00pm, ya que tiene que ir a pedir cita para la vacuna de la influenza.	La agente educativa dialoga con la madre de familia de la importancia de la vacuna, y la madre se compromete llevar al niño usuario Maritza.		Yasmis Ortega

BIENESTAR FAMILIAR

SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO

11/01/25	Se realiza la socialización del diagnostico de desnutrición aguda. Se explica el proceso a seguir mediante la canalización y el seguimiento nutricional desde la EPS y el CDI. Se firma un acta correspondiente al compromiso adquirido por la madre de familia de llevar al menor por atención en salud.
12/02/25	Se orienta a la madre de familia sobre la realización de los tramites pendientes como la vacunación y se vuelve a recordar el agendamiento de la cita médica.
13/02/25	Se realiza seguimiento nutricional con los siguientes datos Talla: 80 cm, Peso: 9,6 kg, perimetro braquial 14,5 cm. Con diagnostico de riesgo de desnutrición aguda. Sin embargo se continuara con el seguimiento al estado nutricional

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Josue Manuel H UNIDAD DE ATENCIÓN: Sala cuna AGENTE EDUCATIVO: Maritza

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: _____

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
	La madre de familia informa y muestra que el niño tiene ampollas en la parte de arriba de la nalga una ampolla.	La agente educativa habla con la madre de familia de forma verbal que lleve al medico al niño usuario y que lo puedan revisar, formulando medicamento. Este caso se remite Salud y nutricón.	Maritza S.C	Yasmis Ortega

BIENESTAR FAMILIAR

SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO

16/09/25 Se realiza una llamada telefonica a la madre de familia, ella manifiesta que esta "de salida para la consulta médica" por lo cual se le informa notificar el tratamiento del médico via whatsapp y que se continuara realizando el seguimiento al estado de salud.

Siendo las 5:26 pm la madre envia la epicrisis del menor via whatsapp. En donde se especifica diagnostico por riesgo por desnutricion, el medico envia remision por primera vez a nutricion y tambien ofrece tratamiento por tiña del cuerpo con la aplicacion de clotrimazol por 7 dias. Adicional, envio una incapacidad de 8 dias (Inicio 16 - Septiembre hasta 20 de Septiembre) por brote en la piel.

16/09/25 Siendo las 6:00 pm se realizó visita en el hogar para conocer el estado de salud del menor, ademas de conocer el tratamiento a seguir para el brote en la piel. Se explicó la importancia de continuar con el tratamiento nutricional, y se llegó al compromiso de autorizar la consulta con nutricion remitida por el medico hoy. Se brindaron recomendaciones para el cuidado desde casa y la continuidad del seguimiento nutricional. Ademas se realiza acta de visita en el hogar.

Canalización.

Gmail **Johana Soto <saludynutricioncdifunavid@gmail.com>**

Remisión caso de desnutrición aguda moderada – Niño Josué Manuel Hernández Ortega

2 messages

Diana Aguirre <saludynutricioncdifunavid@gmail.com> Thu, Sep 11, 2025 at 11:51 AM

To: "esehospitalfronterizoladorada@gmail.com" <esehospitalfronterizoladorada@gmail.com>, coordinacioncdifunavi@gmail.com

Cordial saludo,

En atención al seguimiento nutricional realizado en el CDI de San Miguel, Putumayo, y en cumplimiento de la normativa vigente para la atención integral en salud de la primera infancia, me permito remitir el caso del niño Josué Manuel Hernández Ortega, quien presenta diagnóstico de desnutrición aguda moderada.

Adjunto a este correo el oficio formal de remisión, con el fin de que sea valorado y atendido por el equipo interdisciplinario de salud de esa institución, conforme a lo establecido en la Resolución 2350 de 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Agradezco su atención y apoyo para garantizar la atención oportuna y el adecuado restablecimiento del estado de salud y nutrición del menor.

Quedo atenta a cualquier información adicional o documentación que se requiera.

Atentamente,

Johana Soto

Nutricionista Funavi

_CANALIZACIÓN HOSPITAL FRONTERIZO.docx
474K

Mail Delivery Subsystem <mailer-daemon@googlemail.com> Thu, Sep 11, 2025 at 11:51 AM
To: saludynutricioncdifunavid@gmail.com

Fundación
Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

San Miguel, Putumayo 11 de septiembre de 2025

Señor(a),
Padre o madre de familia.

Cordial saludo,

Muy respetuosamente nos dirigimos a usted con el fin de informarle, mediante el presente oficio, que su hijo(a) Josue Manuel Hernandez Ortega, identificado(a) con número de documento 1122344373, presenta diagnóstico de desnutrición aguda moderada.

Esta situación fue identificada en el seguimiento realizado durante el presente mes a las medidas antropométricas efectuadas en la Unidad de Servicio Fronteras de Paz.

Con el propósito de garantizar el bienestar y adecuado desarrollo de su hijo(a), solicitamos muy amablemente que se adopten las medidas necesarias y se asuma el compromiso correspondiente para mejorar su estado nutricional. En primera instancia, es indispensable que el niño(a) asista a una consulta médica en la ESE y/o EPS a la cual se encuentra afiliado(a). Posteriormente, se requiere que nos haga llegar fotocopia de la epicrisis o historia clínica emitida por la institución de salud donde fue valorado(a).

De esta manera, podremos continuar con el proceso de seguimiento, articulación y acompañamiento, contribuyendo al restablecimiento de la salud y nutrición de su hijo(a).

Agradecemos su atención y compromiso frente a esta situación de gran importancia para la salud del menor.

Atentamente,

JOHANA SOTO
Nutricionista CDI

Recibe,

Yasmin Ortega
FIRMA PADRE O MADRE DE FAMILIA

Acta de visita en el hogar

BIENESTAR FAMILIAR

ACTA DE VISITA Y/O SEGUIMIENTO

AREA: Salud y Nutrición

FECHA: 16 - 09 - 2025 **LUGAR:** _____

UNIDAD DE SERVICIO: Fronteras de paz - Caminadores

NOMBRE USUARIO: Josue Manuel Hernandez

NUMERO DE DOCUMENTO: 1.122.344.373 **EDAD:** 1 año y 9 meses

GESTANTE: ____ **NIÑO:** X **NIÑA:** ____

OBJETIVO DE LA VISITA

Conocer el avance al seguimiento nutricional y estado de salud del menor por medio de la visita en el hogar.

DESARROLLO DE LA VISITA:

Siendo las 6:00 pm del 16 de Septiembre de 2025, se realiza la visita domiciliaria al menor Josue Hernandez, para conocer el estado de salud, identificar factores de riesgo y orientar en el proceso de recuperación nutricional.
La madre informa que durante la cita medica de hoy el médico ordeno cita con nutricionista, tratamiento para la tiña del cuerpo y adicional una incapacidad médica de 8 días de duración comprendidos desde el 16 de septiembre - hasta del 20 del presente mes.

Durante la visita de llega al compromiso por parte de la madre en continuar con el tratamiento e informar cualquier novedad durante la incapacidad, y por parte de los profesionales del CDI dar continuidad al seguimiento y orientar a la familia en todo el proceso.

OBSERVACIONES:

La madre muestra disposición y buena actitud durante la visita y compromisos adquiridos. Tambien se identifica que el menor se encuentra bien, esta alerta, con buen estado de animo y un buen estado de salud.

BIENESTAR FAMILIAR	ACTA DE VISITA Y/O SEGUIMIENTO	

COMPROMISOS:

La madre se compromete a continuar con el tratamiento designado el cual consiste en cumplir con la incapacidad médica de 5 días, realizar la aplicación del medicamento en el area afectada, sacar cita con nutrición para continuar con el tratamiento y evolución del diagnóstico de riesgo de desnutrición aguda, y permanecer en comunicación constante durante la incapacidad y tratamiento.

NOMBRES Y APELLIDOS DE LA PERSONA QUE ATIENDE LA VISITA: Yasmin Ortega

FIRMA:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PROFESIONAL QUIEN REALIZA LA VISITA Johana Soto

FIRMA:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PROFESIONAL QUIEN REALIZA LA VISITA_____

FIRMA: _____

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PROFESIONAL QUIEN REALIZA LA VISITA_____

FIRMA: _____

Evidencia fotográfica de visita en el hogar.



Historia clínica.

ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA
Codigo de habilitacion 867570002101 nit: 846002309
Dir:Barrio El Paraiso Tel: 3134821413
HISTORIA CONSULTA EXTERNA.

FOLIO No.	1568655	**No ADMIN:** 1486337	**FECHA ING:** 16/09/2025 09:18:00a. m.
PACIENTE:	HERNANDEZ ORTEGA JOSUE MANUEL	**E.CIVIL:** Soltero	
IDENTIFICACION:	RC1122344373	**EDAD:** 1 Año 9 Meses	**TELEFONO:** 3142164403
No HISTORIA:	1122344373	**GENERO:** Masculino	**MUNICIPIO:** SAN MIGUEL LA DORADAPUT
EMPRESA:	MALLAMAS EPS INDIGENA	**FEC. NAC:** 07/12/2023 12:00:00a	**DIRECCION:** BARRIO 7 DE AGOSTO
REGIMEN:	Subsidiado		

CAUSA EXTERNA: Enfermedad General
CLASE DE ATENCION: Atencion de 1ra Vez

DATOS DEL ACOMPAÑANTE

Nombre Padre: MANUEL ENERIQUE HERNANDEZ
Nombre Madre: YASMIN ORTEGA TORRES
Acudiente: YASMIN ORTEGA TORRES

ENFOQUE DIFERENCIAL

BARRIO:. . . . . 7 DE AGOSTO ZONA: URBANA DIRECCION: BARRIO 7 DE AGOSTO
NIVEL EDUCATIVO: Ninguno VIC CONFLICTO ARMADO:.No DESEMPLEADO:. . . . No
ORIENT SEXUAL. . Heterosexual DESPLAZADO:. . . . . .No CARCELARIO: . . . . No
RELIGION:. . . . Otro VIC.MALTRATO:. . . . .No MIGRANTE: . . . . . No
CONSUMO DE SPA. No ABANDONO SOCIAL: . . .No TRABAJADORA SEXUAL: No
GESTACION: . . . No DESESCOLARIZADO: . . .No POBLACION LGTBI:. . No
IDENTIDAD DE GENERO: . . . . . Hombre
MINAS ANTI PERSONAS: . . . . . No
MUSE-MUNICION SIN EXPLOTAR:. . No
RUV-REGISTRO UNICO VICTIMA:. . No
HABITANTE DE CALLE:. . . . . No
ORIENT SEXUAL: . . . Heterosexual
OCUPACION: . . . . . No Aplica
ETNIA: . . . . . Ninguno de los anteriores
RESGUARDO INDIGENA . AWA
ACOMPAÑANTE: . . . . MAMA - YASMIN ORTEGA

MOTIVO DE CONSULTA

"PARA VER EL PESO Y TALLA"

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE MASCULINO DE 1 AÑO 9 MESES DE EDAD EN COMPAÑIA DE SU MADRE JAZMIN ORTEGA CC 1122341947, RESIDE EN B 7 DE AGOSTO, ANTECEDENTES PATOLOGICOS DE IMPORTANCIA NEGADOS, NIEGA ALERGIAS A MEDICAMENTOS, APORTA NUMERO DE CONTACTO: 3142164403, ACUDEN POR SOLICITUD DE FUNDACION ALMA DE VIDA POR ANT DE DESNUTRICION AGUDA MODERADA DAD EN SEGUMIENTO POR VALORACION ANTROPOMETRICA EN UNIDAD DE SERVICIO FRONTERAS DE PAZ DONDE SOLICITAN MEDIDAS NECESARIASY COMPROMISOS CORRESPONDIENTES PARA VIGILANCIA NUTRICIONAL CON SOLICITUD DE VALORACION MEDICA POR LO CUAL CONSULTA.

ADEMAS PRESENTA LESIONES LEVEMENTE SOBRE ELEVADAS EN REGION NALGAR IZQUIERDA CENTRICAS PRURIGINOSAS CENTRO DESCAMATIVO.

SE REALIZA VALORACION ANTROPOMETRICA 16/09/2025
PESO: 9.6 KG
TALLA: 80 CM
PC: 45.5 CM
PB: 14.5 CM

P/T: Z: -1.03 RIESGO DE DESNUTRICION AGUDA
P/E: Z: -1.69 RIESGO DE DESNUTRICION GLOBAL
T/E: Z: -1.88 RIESGO DE TALLA BAJA
P. CEFALICO/E: Z: -1.77 P. CEFALICO NORMAL

ANTECEDENTES PERSONALES

GRUPO SANGUINEO: O FACTOR RH: +
HTA:. . . . . No refiere
OBESIDAD: . . . . No refiere
DIABETES: . . . . No refiere
DISCAPACIDAD: . . No refiere
Consumo de SPA: . No refiere
Enf. Mental:. . . No refiere
Fumador:. . . . . No refiere
Exp. al Humo. . . No refiere
Alcoholismo:. . . No refiere
Aler. Medicamento No refiere
E.Cardiovascular. No refiere
ICC ICT . . . . . No refiere

ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

Codigo de habilitacion 867570002101 **nit: 846002309**

Dir:Barrio El Paraiso Tel: 3134821413

HISTORIA CONSULTA EXTERNA.

FOLIO No. 1568655
PACIENTE: HERNANDEZ ORTEGA JOSUE MANUEL
IDENTIFICACION: RC1122344373
No HISTORIA: 1122344373
EMPRESA: MALLAMAS EPS INDIGENA
REGIMEN: Subsidiado

No ADMIN: 148633/ **FECHA ING:** 16/09/2025 09:18:00a. m.
E.CIVIL: Soltero
EDAD: 1 Año 9 Meses **TELEFONO:** 3142164403
GENERO: Masculino **MUNICIPIO:** SAN MIGUEL LA DORADAPUT
FEC. NAC: 07/12/2023 12:00:00a **DIRECCION:** BARRIO 7 DE AGOSTO

Angina. . . . . No refiere
IAM . . . . . No refiere
ICR . . . . . No refiere
Enf. Endocrina. . No refiere
Enf. Renal. . . . No refiere
Enf. Vascular . . No refiere
Dislipidemia. . . No refiere
Retinopatia . . . No refiere
Epoc. . . . . No refiere
Asma. . . . . No refiere
Tbc . . . . . No refiere
Traumas . . . . . No refiere
Ca Prostata . . . No refiere
Ca Gastrico . . . No refiere
Cardiopatias: . . No refiere
Epilepsia:. . . . No refiere
Osteoporosis: . . No refiere
Hipotiroidismo: . No refiere
Poliposis Adenomatosa: No refiere

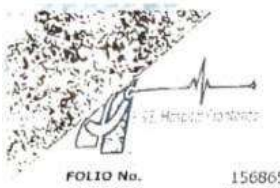
PATOLOGICOS: . . . NO REFIERE
TRAUMATICOS: . . . NO REFIERE
QUIRURGICOS: . . . NO REFIERE
INMUNOLOGICOS: . . NO REFIERE
ALERGICOS: . . . . NO REFIERE
FARMACOLOGICOS:. . NO REFIERE
TOXICOS: . . . . . NO REFIERE
NUTRICIONALES: . . NO REFIERE
VACUNACION:. . . . NO REFIERE
VISUALES:. . . . . NO REFIERE
AUDITIVOS. . . . . NO REFIERE
VIH: . . . . . NO REFIERE
TRANSFUSIONALES:. . . . . NO REFIERE
PSICOLOGICOS: . . . . . NO REFIERE
HOSPITALIZACIONES:. . . NO REFIERE
DIALISIS: . . . . . NO REFIERE
OBSERVACIONES:. . . . . NO REFIERE

ANTECEDENTES FAMILIARES

GENERALES:. . . NO REFIERE
PATOLOGICOS:. . NO REFIERE
TOXICOS:. . . . NO REFIERE
FARMACOLOGICOS: NO REFIERE
ALERGICOS:. . . NO REFIERE
OBSTETRICOS:. . NO REFIERE
GINECOLOGICOS:. NO REFIERE
CANCER: . . . . . NO REFIERE

REVISION POR SISTEMA

GENERAL:	BUEN ESTADO
CABEZA:	NORMAL
OJOS:	NORMAL
NARIZ:	NORMAL
OIDOS:	NORMAL
OROFARINGE:	NORMAL
CUELLO:	NORMAL
ORDANO DE LOS SENTIDOS	
RESPIRATORIO:	NORMAL
NEUROLOGICO:	NORMAL



ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA
Codigo de habilitacion 867570002101 **nit: 846002309**
Dir:Barrio El Paraiso Tel: 3134821413
HISTORIA CONSULTA EXTERNA.

FOLIO No. 1568655
PACIENTE: HERNANDEZ ORTEGA JOSUE MANUEL
IDENTIFICACION: RC1122344373
No HISTORIA: 1122344373
EMPRESA: MALLAMAS EPS INDIGENA
REGIMEN: Subsidiado

No ADMIN: 1486337 **FECHA ING:** 16/09/2025 09:18:00a. m.
E.CIVIL: Soltero
EDAD: 1 Año 9 Meses **TELEFONO:** 3142164403
GENERO: Masculino **MUNICIPIO:** SAN MIGUEL LA DORADAPUT
FEC. NAC: 07/12/2023 12:00:00a **DIRECCION:** BARRIO 7 DE AGOSTO

ENDOCRINO:	NORMAL
MUSCULOESQUELETICO:	NORMAL
HEMATOPOYETICO:	NORMAL
LINFORRETICULAR:	NORMAL
PSIQUIATRICOS:	NORMAL
PIEL Y FANERAS:	NORMAL
ARTICULAR:	NORMAL
CARDIOVASCULAR:	NORMAL
GASTRO INTESTINAL:	NORMAL
GINECOLOGICO:	NORMAL
UROLOGICO:	NORMAL

SIGNOS VITALES

Frecuencia Cardiaca:	100
Frecuencia Respiratoria:	19
Temperatura:	36.2
Saturacion de Oxigeno	99
Peso:	9.6
Talla:	80
IMC.	15.0

EXAMEN FISICO

SINTOMATICO DE PIEL: No
SINTOMATICO RESPIRATORIO: No
SINDROME FEBRIL: No
SINTOMATICO NERV. PERIF.: No
CABEZA: NORMOCEFALO SIN LESIONES
OJOS: ESCLERAS ANICTERICAS CONJUNTIVAS ROSADAS
OIDOS: OTOSCOPIA NORMAL
NARIZ: NORMAL
BOCA: MUCOSA ORAL HIDRATADA, ROSADA, SIN LESIONES
OTORRINOLARINGOLOGIA: SIN ALTERACIONES
CUELLO: MOVIL, SIN MASAS NI ADENOPATIAS
TORAX: SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, SIN RETRACCIONES
INSPECCION CUELLO TIROIDES: NO PRESENTA INFLAMACION
PULMONAR: CAMPOS PULMONARES NORMOVENTILADOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADOS SIN, SOBREAGREGADOS
CARDIOVASCULAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO SE AUSCULTAN SOPLOS
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSA, NO MASAS NI MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL
EXTREMIDADES: SIMÉTRICAS, MÓVILES, SIN EDEMAS, RANGOS DE MOVILIDAD CONSERVADOS, PULSOS PERIFERICOS PRESENTES DE BUENA INTENSIDAD.
COLUMNA: NORMAL
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: NORMAL

ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

Codigo de habilitacion 867570002101 **nit: 846002309**

Dir:Barrio El Paraiso Tel: 3134821413

HISTORIA CONSULTA EXTERNA.

FOLIO No.	1568655	**No ADMIN:**	1486337	**FECHA ING:**	16/09/2025 09:18:00a. m.
PACIENTE:	HERNANDEZ ORTEGA JOSUE MANUEL	**E.CIVIL:**	Soltero		
IDENTIFICACION:	RC1122344373	**EDAD:**	1 Año 9 Meses	**TELEFONO:**	3142164403
No HISTORIA:	1122344373	**GENERO:**	Masculino	**MUNICIPIO:**	SAN MIGUEL LA DORADAPUT
EMPRESA:	MALLAMAS EPS INDIGENA	**FEC. NAC:**	07/12/2023 12:00:00a	**DIRECCION:**	BARRIO 7 DE AGOSTO
REGIMEN:	Subsidiado				

SISTEMA MUSCULOESQUELETICO: NORMAL

SISTEMA GENITOURINARIO: NORMAL

NEUROLOGICO: SIN DEFICIT APARENTE

PIEL: LESIONES LEVEMENTE SOBRE ELEVADAS EN REGION NALGAR IZQUIERDA CENTRICAS PRURIGINOSAS CENTRO DESCAMATIVO.

FACTORES DE RIESGO SALUD MENTAL

Sospecha de Maltrato Fisico:	NO
Sospecha de Violencia Sexual	NO
Sospecha de Violencia Intrafamiliar:	NO
Conducta Agresiva o Violenta:	NO
Sintomatologia Depresiva:	NO
Sintomatologia de Ansiedad:	NO
Ideas o Intento de Suicida:	NO
Consumo de Alcohol Sustancias Psicoactivas:	NO
Pensamientos o Ideas Incoherentes:	NO

ATENCION INTEGRAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

Tose muchas veces la mayoria de los dias?	No
Tiene flema o comos la mayoria de los dias?	No
se queda sin aire mas facimente que otras personas?	No
Es mayor de 40 año?	No
Actualmente fuma o es un EX fumador?	No
Se ordena Espirometria:	No

ENCUESTA COVID

Ha tenido fiebre los últimos 14 dias?	No
Ha tenido tos persistente los últimos 14 dias?	No
Dificultad respiratoria. (Si/No)	No
Dolor de garganta. (Si/No)	No
Fatiga / Adinamia. (Si/No)	No
Usted tiene algún factor de riesgo como: Mayor de 60 años, trabajador de salud, inmunosuprimido, embarazada, enf crónica u otros. (Si/No)	No
Tiene ira (Si cumple con uno de los criterios indagados marque Si). (Si/No)	No
Ha estado en lugares donde se presentan casos confirmados de COVID-19?	No
Ha estado en contacto con personas diagnosticadas con COVID-19?	No
Utiliza permanentemente el Tapa Bocas y realiza lavado de manos frecuentemente?	No
Caso probable Covid-19 (Si cumple con criterios). (Si/No)	No
Remisión en caso probable Covid-19. (Si/No)	No

INTERVENCION DE MEDICINA FAMILIAR

SE DAN RECOMENDACIONES DE ALIMENTACION BALANCEADA, AUMENTAR CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, CEREALES, DISMINUIR EL CONSUMO DE ALIMENTOS GRASOS SAL Y AZUCAR, ACIDOS, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA MINIMO 3 VECES EN SEMANA, SE BRINDA EDUCACION, SE DAN RECOMENDACIONES DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, DIETA Y EJERCICIO, SIGNOS DE ALARMA, PACIENTE DICE ENTENDER Y ACEPTA MANEJO INSTAURADO

DIAGNOSTICO

ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA
Codigo de habilitacion 867570002101 nit: 846002309
Dir:Barrio El Paraiso Tel: 3134821413
HISTORIA CONSULTA EXTERNA.

FOLIO No.	1568655	**No ADMIN:**	1486337	**FECHA ING:**	16/09/2025 09:18:00a. m.
PACIENTE:	HERNANDEZ ORTEGA JOSUE MANUEL	**E.CIVIL:**	Soltero		
IDENTIFICACION:	RC1122344373	**EDAD:**	1 Año 9 Meses	**TELEFONO:**	3142164403
No HISTORIA:	1122344373	**GENERO:**	Masculino	**MUNICIPIO:**	SAN MIGUEL LA DORADAPUT
EMPRESA:	MALLAMAS EPS INDIGENA	**FEC. NAC:**	07/12/2023 12:00:00a	**DIRECCION:**	BARRIO 7 DE AGOSTO
REGIMEN:	Subsidiado				

E639-DEFICIENCIA NUTRICIONAL, NO ESPECIFICADA
B354-TIÑA DEL CUERPO (TINEA CORPORIS)

RECOMENDACIONES

ASISTIR POR URGENCIAS SI: FIEBRE, IRRITABILIDAD, SOMNOLIENCIA, INTOLERACIA A LA VIA ORAL. NO COME, TODO LO QUE COME LO VOMITA, SI TIENE DIFICULTAD PARA RESPIRAR (SE LE HUNDEN LAS COSTILLAS, ALETEO NASAL, SE PONE AZUL LA BOCA O MANOS) MADRE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR

TRATAMIENTO

SS VAL POR NUTRICION
MANEJO ANTIMICOTICO
INCAPACIDAD MEDICA X 5 DIAS

ANALISIS

PACIENTE MASCULINO DE 1 AÑO 9 MESES DE EDAD A CONTROL POR ANT DE DESNUTRICION, AHORA EN RIESGO POR PESO Y TALLA, SE INDICA VALORACION POR NUTRICION, POR CUADRO MICOTICO EN PIEL SE INDICA MANEJO TOPICO Y POR REQUERIMIENTO DE INSTITUCION SE BRINDA INCAPACIDAD MEDICA POR 5 DIAS A RESOLUCION DE CUADRO MICOTICO, SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR POR URGENCIAS, SE EXPLICA CONDUCTA CLINICA, MANEJO MEDICO Y PRONOSTICO A MADRE DE PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR EL PROCEDER VOLUNTARIAMENTE.

ORDEN MEDICA:

CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD
890206	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICION Y DIETETICA	1

FORMULA MEDICA

CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	DURACION
D01AC01	Clotrimazol Topica 1 APLICAR CADA 8 HORAS EN LESIONES CREMA VIA: Topica	1	7

DAVID ALEJANDRO ROSERO CADENA
MEDICO SSO
1085342140

PROFESIONAL:	ROSERO CADENA DAVID ALEJANDRO
ESPECIALIDAD:	1085342140
REGISTRO:	MEDICO GENERAL

Documentación.

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.122.344.373

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 63700369

63700369

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** X 6 Z

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

REGISTRADURIA DE SAN MIGUEL(LA DORADA) - COLOMBIA - PUTUMAYO - SAN M

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
HERNANDEZ	ORTEGA

Nombre(s)

JOSUE MANUEL

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2 0 2 3 Mes D I C Día 0 7	MASCULINO	O	POSITIVO.

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

COLOMBIA PUTUMAYO PUERTO ASIS

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	23123110773812

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

Apellidos y nombres completos

ORTEGA TORRES YASMIN

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.122.341.947	COLOMBIA

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

Apellidos y nombres completos

HERNANDEZ RODRIGUEZ MANUEL ENRIQUE

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.003.102.188	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

HERNANDEZ RODRIGUEZ MANUEL ENRIQUE

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.003.102.188	Manuel Hernandez

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2 0 2 4 Mes E N E Día 2 3	ROY EDISON CALLE QUIRAMA - REGIST
	Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1122344373
NOMBRES	JOSUE MANUEL
APELLIDOS	HERNANDEZ ORTEGA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	SAN MIGUEL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD MALLAMAS EPSI	SUBSIDIADO	08/12/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	07/30/2025 09:16:11	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el

CARNET DE CONTROL

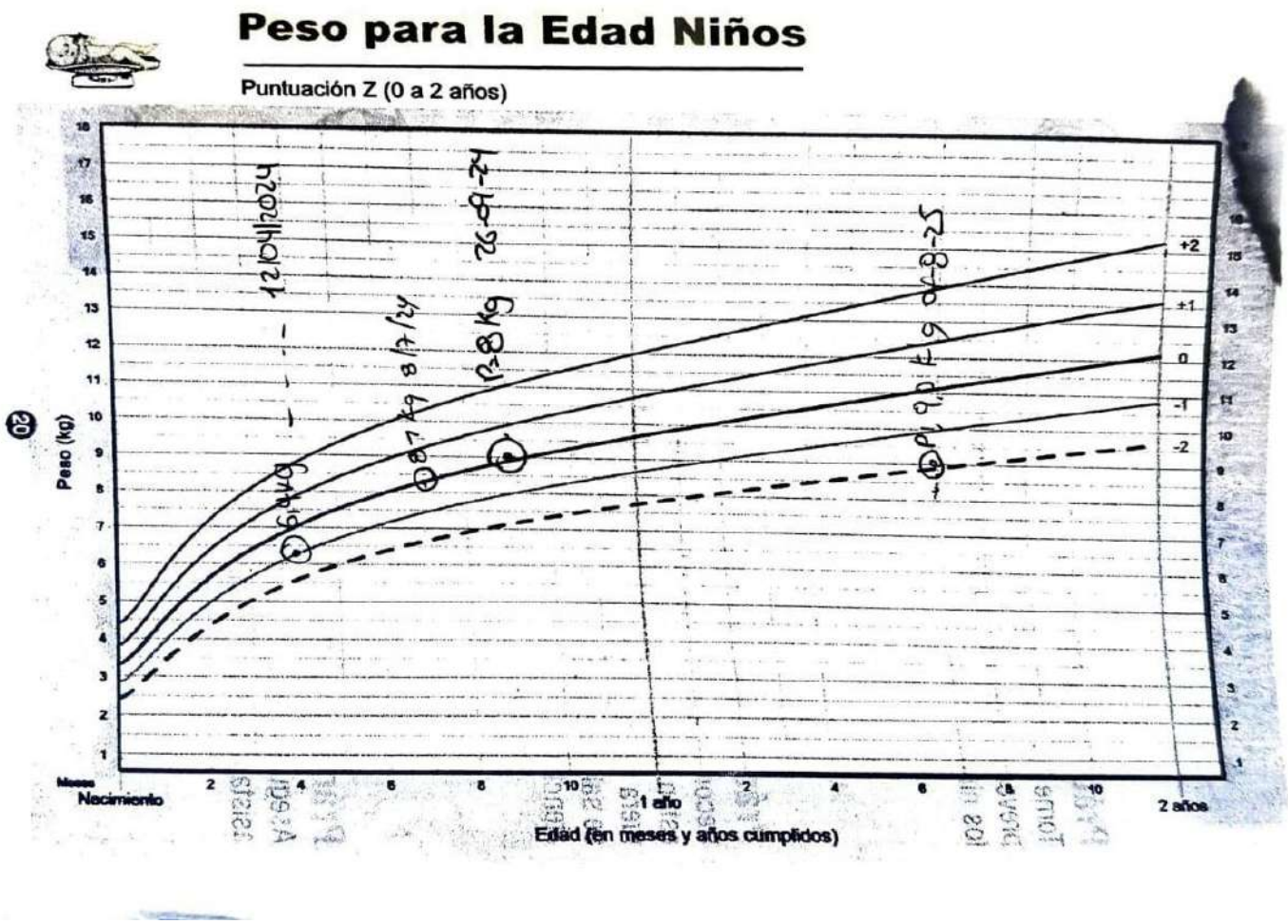
NIÑO Y NIÑA ...Sanos

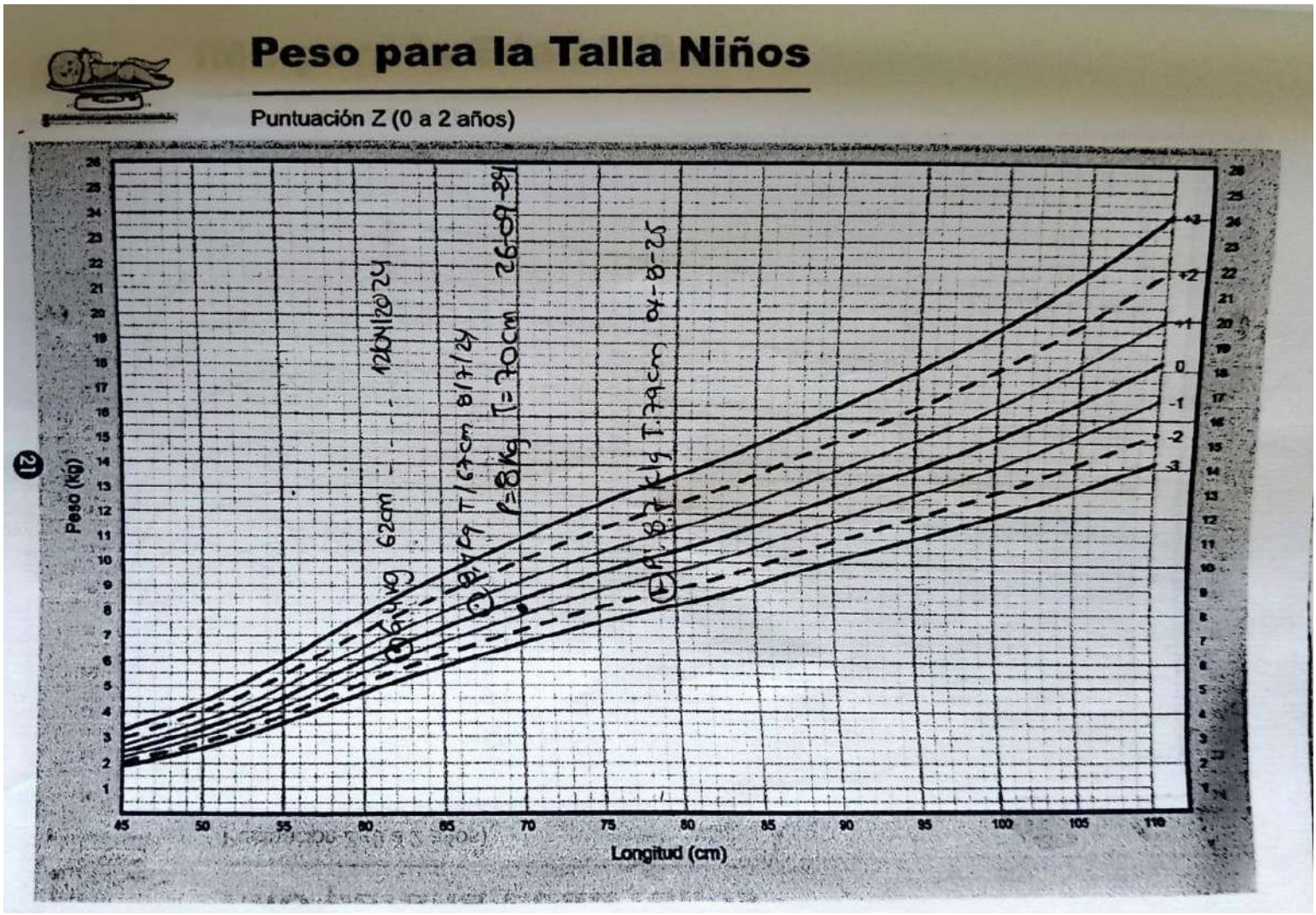


E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

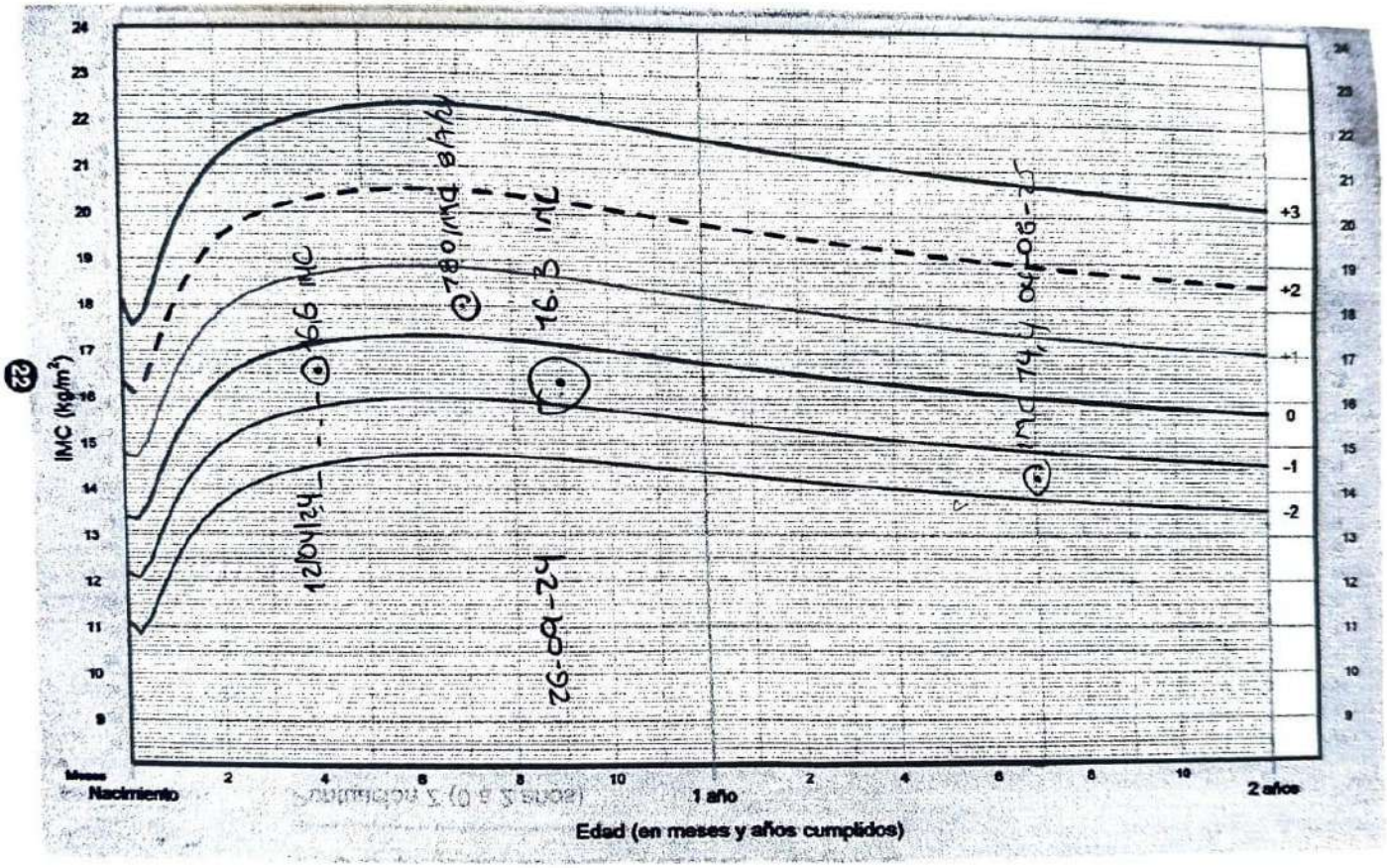
Nombres: JOSUE MANUEL	Apellidos: HERNANDEZ ORTEGA
Fecha de nacimiento: 07 DÍA | 12 MES | 2023 AÑO	Historia Clínica: 1122344373
Barrio/Vereda: B/ 7 AGOSTO	Responsable del niño: YASMIN ORTEGA
Teléfono:	EPS: 115


Peso para la Edad Niños
Puntuación Z (0 a 2 años)
Peso (kg)
Meses
Nacimiento
1 año
2 años
Edad (en meses y años cumplidos)
+2
+1
0
-1
-2


Peso para la Talla Niños
Puntuación Z (0 a 2 años)
Peso (kg)
Longitud (cm)
+3
+2
+1
0
-1
-2
-3

IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
12/04/2024	6,4 kg	62 cm	41 cm	14 cm	16,6	07/06/2024	Marda
8/07/24	8,7	67	42	14	180	07/09/2024	Milena C.
26-09-24	8 kg	70cm	44 cm	14cm	16.3	07/12/24	[redacted] Perez Lopez
04-08-2025	9,0	79	45,5	15	14 4	07-12-2025	Milena C.

VALORACIÓN INTEGRAL DE LA SALUD Y EL DESARROLLO DE LA PRIMERA INFANCIA

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO							
Resultado Tamizaje Neonatal	TSH neonatal	Normal		Alterado			
	Auditivo OEA/PEAA	Normal		Alterado			
	Cardiopatía Congénita Compleja	Normal		Alterado			
	Visual	Normal		Alterado			
ATENCIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA							

ATENCIÓN EN SALUD POR ENFERMERÍA (E), MEDICINA (M), PEDIATRÍA (P) O MEDICINA FAMILIAR (MF)

Edad	Fecha			Valoración nutricional		Puntuación Z	Atención en salud por
	Día	Mes	Año	Peso	Talla		
Al mes							
2 a 3 meses							
4 a 5 meses							
6 a 8 meses							
9 a 11 meses							
12 a 17 meses							
18 a 23 meses							
24 a 29 meses							
3 años							
4 años							
5 años							

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega			
2.ª entrega			
3.ª entrega			

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega			
2.ª entrega			
3.ª entrega			
4.ª entrega			
5.ª entrega			

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

A partir de 6m			
1 año			
2 años			
3 años			
4 años			
5 años			

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

3 años					
4 años					
5 años					

*Menor o igual a 20 normal

Vacunar oportunamente con todas las dosis a tus hijos, garantiza la protección frente a enfermedades como:

Tuberculosis meníngea, hepatitis B, poliomielitis, meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b, difteria, tosferina, tétanos, diarrea por rotavirus; neumonía, otitis, meningitis, bacteriemia causada por neumococo, enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza, sarampión, rubéola, parotiditis, varicela, hepatitis A, fiebre amarilla y virus del papiloma humano.

Edad de aplicación de las vacunas a los niños y niñas menores de 6 años:



Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

La salud es de todos | Minsalud

#116

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Josue Manuel Hernandez Ortega
Fecha de nacimiento: 07-12-2023
Nº de certificado de nacido vivo:
Registro civil: 1122314373
Sexo: Masculino
Grupo sanguíneo:
Peso al nacer: 2910 Talla: 50
Dirección: B17 de Agosto
Teléfono 1: 3142164403
Teléfono 2:
Responsable: Yasmin Ortega Tovres
Municipio de residencia: San Miguel
Departamento: Putumayo
cc: 1122341947

Busca ya las vacunas ¡es gratis, hazlo de una!

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

ombres y Apellidos: **Tipo identificación:** **No. ID:**

Me protege de	Dosis	Fecha de aplicacion Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
		Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
uberculosis meningea (BCG)	Única	07	12	23	Serum	03724MA05292	ESE- H-local				Hever Timana.
lepatitis B	Recién nacido	07	12	23	Serum	03224004A					
		Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
oliomielitis (VIP)	1.ª	15	02	24	Biologicals	223300505					
PENTAVALENTE: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	15	02	24	Serum	2852X0038A	HFLD.				Kerly Jimenez
PENTAVALENTE: Hepatitis B	1.ª	15	02	24	Serum	2852X0038A					
PENTAVALENTE: Difteria , tosferina y tétano (DPT)	1.ª	15	02	24	Serum	2852X0038A					
iarrea por rotavirus	1.ª	15	02	24	GSK	ARC1D750AA					
leumonia, otitis, Meningitis y acteriemia causada por neumococo	1.ª	15	02	24	Pfizer	FY9925					
		Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
oliomielitis (VIP)	2.ª	24	05	24	Biologi	223300 5		Cita: 15-Abril 2024			
PENTAVALENTE: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	24	05	24	Serum	2852X0148B	HFLD				Sandy H
PENTAVALENTE: Hepatitis B	2.ª	24	05	24	Serum	2852X0148B					
PENTAVALENTE: Difteria , tosferina y tétano (DPT)	2.ª	24	05	24	Serum	2852X0148B					
'arrea por rotavirus	2.ª	24	05	24	GSK	ARC1D750AA					
eumonia, otitis, Meningitis y acteriemia causada por neumococo	2.ª	24	05	24	GSK	FY9925					
		Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
oliomielitis (VIP)	3.ª	28	08	24	Biologicals	223900 3		Cita: 24- Julio 2024			
PENTAVALENTE: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	28	08	24	Serum	2852X0118D	ESE HFLD				Kerly Jimenez
PENTAVALENTE: Hepatitis B	3.ª	28	08	24	Serum	2852X0118D					
PENTAVALENTE: Difteria , tosferina y tétano (DPT)	3.ª	28	08	24	Serum	2852X0118D					
nfluenza estacional	1.ª	12	09	25	Sanofi	PL00TAL194	HFID				Eduard IB
nfluenza estacional	2.ª				cita 12/ octubre/ 2025						
arampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	28	01	25	Serum	013LN0774A	HFID				
eumonia, otitis, Meningitis y acteriemia causada por neumococo	Refuerzo	28	02	25	Pfizer	GXS1349	HFID				Kerly Jimenez
aricela	2.ª	28	02	25	merck	Y0 15 43 7	HFID				
epatitis A	Única	28	02	25	Sanofi	20 22 70 45	HHD				
nfluenza estacional	Anual										
oliomielitis (VIP ☒ VOPb ☐)	1.ª refuerzo	12	09	25	Biologicals	23 14 00 3	HFID				Eduard IB
ifteria, tosferina y tétano (DPT)	1.ª refuerzo	12	09	25	Serum	18 53 X 0 13 E	HFID				Eduard IB
ebre amarilla	Única	28	02	25	Sanofi	L231U FC0057	HFID				Kerly Jimenez
oliomielitis (VIP ☐ VOPb ☒)	2.ª refuerzo							cita 28/agosto/25 IDf			
ifteria, tosferina y tétano (DPT)	2.ª refuerzo										
arampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª	12	09	25	Serum	0 1 3 3 N 1 1 9 B	HFID				Eduard IB
aricela	Refuerzo										
	1.ª										
rus del papiloma humano (VPH)	2.ª										
	3.ª										

E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA
NIT. 846.002.309-9

Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

Dirección: B/ el Paraiso Cra 7 # 1-36 Teléfono Conmutador: 4210533 - móvil: 3134821413

CARNET RIAS **PRIMERA INFANCIA**



E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA
Mi prioridad es tu salud

Nombres y Apellidos: Josue Manuel Hernandez
Doc. de Identidad: RC 1122344373
EPS: Nueva
Teléfono: 3202769032
Domicilio: 17 Agosto

PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS			FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) ó AÑOS (A)												
			5 DÍAS	1 M	2-3 M	4-5 M	6-8 M	9-11M	12-17M	18-23M	24-29M	30-35M	3 A	4 A	5 A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico													
		Atención en salud por medicina general													
		Atención en salud por enfermería													
		Atención en salud por Odontología								04-08-25 04-08-26					
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor								20-07-2025 20-07-2026					
		Profilaxis y remoción de placa													
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	>	Vacunación													

Tania Villacorta
ODONTÓLOGA
Res. 81 - 801

LILIANA MARIBEL CORDOBA
AUX. EN SALUD ORAL
RES. 8600493-2011

FORMATO PARA EL SEGUIMIENTO NUTRICIONAL MENSUAL
DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO INSTITUCIONAL – CONTRATO 86001912025 – SAN MIGUEL

NOMBRE DE LA UDS: Fronteras de Paz

NOMBRES Y APELLIDOS	PESO	TALLA	PERIMETRO BRAQUIAL	CLASIFICACION NUTRICIONAL	FECHA	REMITIDO SI/NO	OBSERVACIONES	FIRMA DEL RESPONSABLE
Jaileth Dayanna	12.1	93.4	14.5	Riesgo de desnutrición Aguda	19 NOV		Sin Signos clinicos de desnutricion	
Tatiana Isabel Ur.	11.6	89.5	13.5	Riesgo de desnutrición Aguda	25 NOV		sin signos clinicos de DNT	
Almer de Jesus	13.4	96	14.5	Riesgo de desnutricion Aguda	25 NOV		Sin signos clinicos de DNT	
Liam Matteo Pastro	13,9	103	14	Riesgo de desnutrición Aguda	25 NOV		sin signos clinicos de DNT	
Jacob Alejandro	15	105	15,2	Riesgo de desnutricion Aguda	25 NOV		sin Signos clinicos de DNT	
Edgar Hernandez	15	105	15,2	Riesgo de desnutricion Aguda	19 NOV		sin Signos clinicos de DNT	
Juan Jose Uribe	11,4	91	14	Riesgo de desnutricion Aguda	20 NOV			

FIRMA DEL PROFESIONAL RESPONSABLE: _____

Fundación Alma de Vida

FORMATO PARA EL SEGUIMIENTO NUTRICIONAL MENSUAL
DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO INSTITUCIONAL – CONTRATO 86001912025 – SAN MIGUEL

NOMBRE DE LA UDS: Fronteras de Ri7 1

NOMBRES Y APELLIDOS	PESO	TALLA	PERIMETRO BRAQUIAL	CLASIFICACION NUTRICIONAL	FECHA	REMITIDO SI/NO	OBSERVACIONES	FIRMA DEL RESPONSABLE
Jardano Jose Rivera	11,7	87,6	14,6	Peso adecuado	25 NOV		Sin signos clinicos de DNT	
Miguel Elias Lopez	12	93,5	14	Riesgo de DNT Aguda	25 NOV		Sin signos Clinicos de DNT	
Elma Antonella	14,5	102,1	14,9	Riesgo de desnutrición Aguda	25 NOV		sin signos clinicos de DNT	
Aleidys Alexandra	12	91,2	15,5	Riesgo de desnutrición Aguda	25 NOV		Sin signos Clinicos DNT	

FIRMA DEL PROFESIONAL RESPONSABLE: _____

CEL 321 612 1180
CEL 317 481 7745
almadevida@outlook.com