BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE INSCRIPCIÓN FÍSICA PARA LA PRE - MATRÍCULA EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA	F2.MT1.PP	30/01/2025
		Versión 2	Página 2 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

Fecha de diligenciamiento: 31 / 07 / 2025

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Tipo de participante: (●) Niño/a entre 0 y menor de 5 años ( ) Persona Gestante

Tipo de vinculación: (●) Participante de nuevo ingreso ( ) Participante de continuidad

Unidad de Servicio sugerida: CDI Fronteras de paz

Tipo documento identidad: (●) Registro Civil ( ) Tarjeta de identidad ( ) Cédula de ciudadanía ( ) Pasaporte ( ) Permiso especial permanencia ( ) Partida o Acta de nacimiento ( ) Visa ( ) Tarjeta movilidad fronteriza ( ) Permiso de protección temporal ( ) Cédula extranjería ( ) Sin documento **Nacionalidad:** _____

Número de documento: 1122344373

Fecha nacimiento: 07 / DIC / 2023

Nombres: Josue Manuel

Apellidos: Hernandez O

Presenta discapacidad? ( ) Si (●) No

¿Se autoreconoce en alguno de los siguientes grupos étnicos? (●) Si ( ) No

¿Se autoreconoce en alguno de los siguientes grupos poblacionales? ( ) Si (●) No

Indique cuales aplican: ( ) Física ( ) Visual ( ) Auditiva ( ) Intelectual ( ) Psicosocial (mental) ( ) Múltiple ( ) Sordoceguera ( ) N/A

Seleccione la que aplique: ( ) Afrocolombiano (●) Indígena ( ) No se autorreconoce ( ) Comunidad neg ( ) Rom / Gitano ( ) Palenquero (a) ( ) Raizal

Indique cuales aplican: ( ) Migrante ( ) Campesinado ( ) Firmante de paz ( ) Víctima conflicto armado

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

Departamento residencia: Putumayo

Municipio de residencia: San Miguel

Zona:

Barrio: Cra 4 cll 7

Vereda:

Sector:

Dirección: La libertad

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

Parentesco: (●) Madre ( ) Padre ( ) Cuidador/a

Tipo documento identidad: ( ) Tarjeta identidad (●) Cédula de ciudadanía ( ) Cédula de extranjería ( ) Pasaporte ( ) Permiso especial permanencia ( ) Partida o Acta de nacimiento ( ) Visa ( ) Tarjeta movilidad fronteriza ( ) Permiso de protección temporal ( ) Sin documento **Nacionalidad:** _____

Número de documento: 1122341947

Nombres: Yasmin

Apellidos: Ortega T.

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 07 / 05 / 1996

Correo electrónico:

Número de celular: 3202769032

Número de fijo:

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

Autoriza el registro en sistema?: https://prematricula.icbf.gov.co ( ) Si ( ) No

Nombre y Firma del padre, madre y/o cuidador: Yasmin Ortega

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Maritza S.C

Observaciones:

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 2023 Mes DIC Día 07	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	231231107738l2

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 2024 Mes ENE Día 23	ROY EDISON CALLE QUIRAMA - REGIST Nombre y firma

dispapeles 60395

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Fundación
Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

FICHA DE INFORMACION - VIGENCIA 2025
CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL - MODALIDAD INSTITUCIONAL



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:

Josue Manuel Hernandez Ortega

N° DOCUMENTO: 1122344373 **TIPO DOCUMENTO: RC** X **CC**__ **OTRO** ___

FECHA DE NACIMIENTO: 07-DIC-2023 **EDAD:** _____

LUGAR DE NACIMIENTO: San Miguel (La dorada)

NOMBRE DE LA UDS: C.D.I Fronteras de paz

CODIGO UDS: &67571126972 **BARRIO/VEREDA:** La liberta

FECHA DE INGRESO: 31-07-2025 **FECHA DE RETIRO:** _____

SISBEN: _____ **EPS:** Mallamas **RÉGIMEN (C)**__ **(S)** X

DESPLAZADO: SI___ **NO** X **DISCAPACIDAD: SI**___ **NO**___ **¿CUAL?** _____

GRUPO ETNICO: SI___ **NO**___ **¿CUAL?** _____

GRUPO AFROCOLOMBIANO: SI___ **NO** X **¿CUAL?** _____

NOMBRE DE LA MADRE: Yasmin Ortega Torres

N° CÉDULA: 1122341947 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Miguel

NOMBRE DEL PADRE: _____

N° CÉDULA: 3202769032 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** _____

N° DE CELULAR: _____

NOMBRE DEL ACUDIENTE: Yasmin Ortega Torres

N° CÉDULA: 1122341947 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Miguel

DIRECCIÓN VIVIENDA: La liberta **ZONA POBLACIONAL: (R)**__ **(U)** X

NUMERO DE CELULAR 3202769032

'Yasmin Ortega
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Maritza S.C
NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.122.341.947**

ORTEGA TORRES
APELLIDOS

YASMIN
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **07-MAY-1996**
VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

15-ABR-2015 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-6401800-00707192-F-1122341947-20150522 **00442**37354A 1 98046845

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:	12/05/2025 14:29:22	**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

GRAN TERRITORIO DE LOS PASTOS E.P.S. INDÍGENA MALLAMAS	CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN	CÓDIGO: AS-FR-008
		VERSIÓN: 02
		Vigencia: 22/12/2021

COORDINACION DE AFILIACIÓN Y REGISTRO

CERTIFICA :

Que el (la) señor(a):	HERNANDEZ ORTEGA JOSUE MANUEL
Identificación:	RC: 1122344373
Municipio:	SAN MIGUEL
Nivel Sisben:	
IPS Asignada:	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA - PRINCIPAL
Estado:	Activo
Fecha de Afiliación:	2023-12-07
Regimen:	Subsidiado
Condición Discapacidad:	N
Tipo Discapacidad:	NA
Tipo Afiliación:	SAT Res. 768 de 2018
Nivel :	

Observación :

Dada el jueves, 31 de julio de 2025

Cordialmente

GLORIA ADRIANA CERDA GREFA

Certficación Válida 7 Días únicamente para Servicios de Salud
E.P.S INDIGENA MALLAMAS
Carrrera 1N 4-56 Av Panamericana Ipiales - Colombia
PBX: 7731757 - 7738725 - 7738726
aseguramiento@mallamaseps.com

REPUBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
GRAN TERRITORIO DE LOS PASTOS
E.P.S - INDIGENA
MALLAMAS
El Autocuidado en salud Para Un Buen Vivir !

HERNANDEZ ORTEGA JOSUE MANUEL
Nombres y Apellidos Completos
Doc. Identificación: RC 1122344373 Género: M
Fecha Nacimiento: 07/12/2023 Nivel Sisben:
Fecha Afiliación: 07/12/2023 Discapacidad: NA - N
Vigencia: INDEFINIDO | Carnet N°: 867570000563279
Dirección: CARRERA 18 CALLE 10
Ips Primaria: ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA - PRINCIPAL

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD INDIGENA "MALLAMAS EPS-I"
Personeria Jurídica No. 0017 de 2001 del Ministerio del Interior - DGAI
POR SER INDIGENA EL PORTADOR DE ESTE CARNE NO DEBERA PAGAR COPAGOS O CUOTAS MODERADORAS
VALIDO UNICAMENTE EN LA RED PRESTADORA DE SERVICIOS AUTORIZADO POR MALLAMAS

SEGUNDO LIBARDO TAPIE A.
GERENTE MALLAMAS EPS-I

ESTE CARNE ES DE USO PERSONAL E INTRASFERIBLE

www.mallamaseps.com.co
E-MAIL: Contactenos@mallamaseps.Com.Co
LINEA SALUDABLE 01800-913701/7733376 IPIALES N.

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL
CABILDO INDIGENA AWA LA UNION LA DORADA
Resolución 0127 de septiembre 22 de 2014
Código DANE 51119

EN PAZ CON LA NATURALEZA

EL SUSCRITO GOBERNADOR DEL CABILDO INDIGENA AWA LA UNION LA DORADA, CON RESOLUCIÓN N° 0127 DE SEPTIEMBRE 22 DEL 2014, EN USO DE SUS FACULTADES LEGALES Y CONSTITUCIONALES Y EN ESPECIAL LAS CONFERIDAS EN LA LEY 89 DE 1890, LEY 21 DE 1991 Y DEMÁS.

HACE CONSTAR QUE:

JOSUE MANUEL HERNANDEZ ORTEGA identificado con registro civil número 1122344373 expedida en San Miguel (La Dorada), se encuentra afiliado y está registrados en el censo poblacional del cabildo indígena AWA LA UNION LA DORADA PUTUMAYO.

Esta constancia se expide a favor del interesado y es válida para ingreso a la guardería.

En constancia se firma en la Dorada, San Miguel Putumayo a los treinta (30) días del mes de julio de 2025.

NELLY PASCAL GUANGA
C.C. N.º 41116311 expedida en el Valle del Guamuez
Gobernadora Cabildo Awa La Unión La Dorada

EN PAZ CON LA NATURALEZA

CABILDO AWA WAN MAKNA
RESOLUCION 0127
SEPTIEMBRE 22 DE 2014
CODIGO DANE 51119

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...Sanos



E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

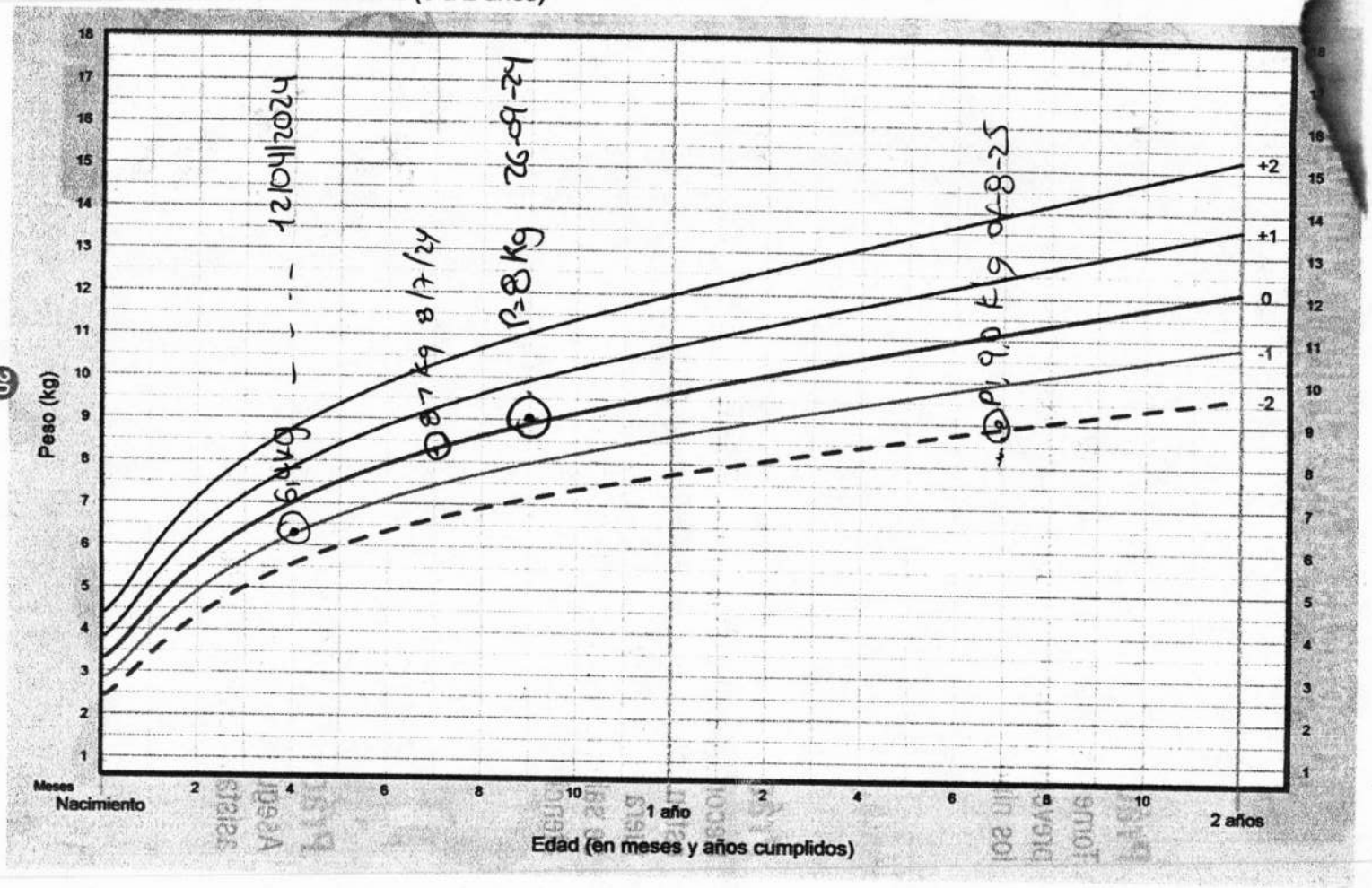
MIS DATOS

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

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	
8/07/24	8,7	67	42	14	180	07/09/2024	
26-09-24	8 kg	70 cm	44 cm	14 cm	16.3	07/12/24	
04-08-2025	9,0	79	45,5	15	14 4	07-12-2025	

Peso para la Edad Niños

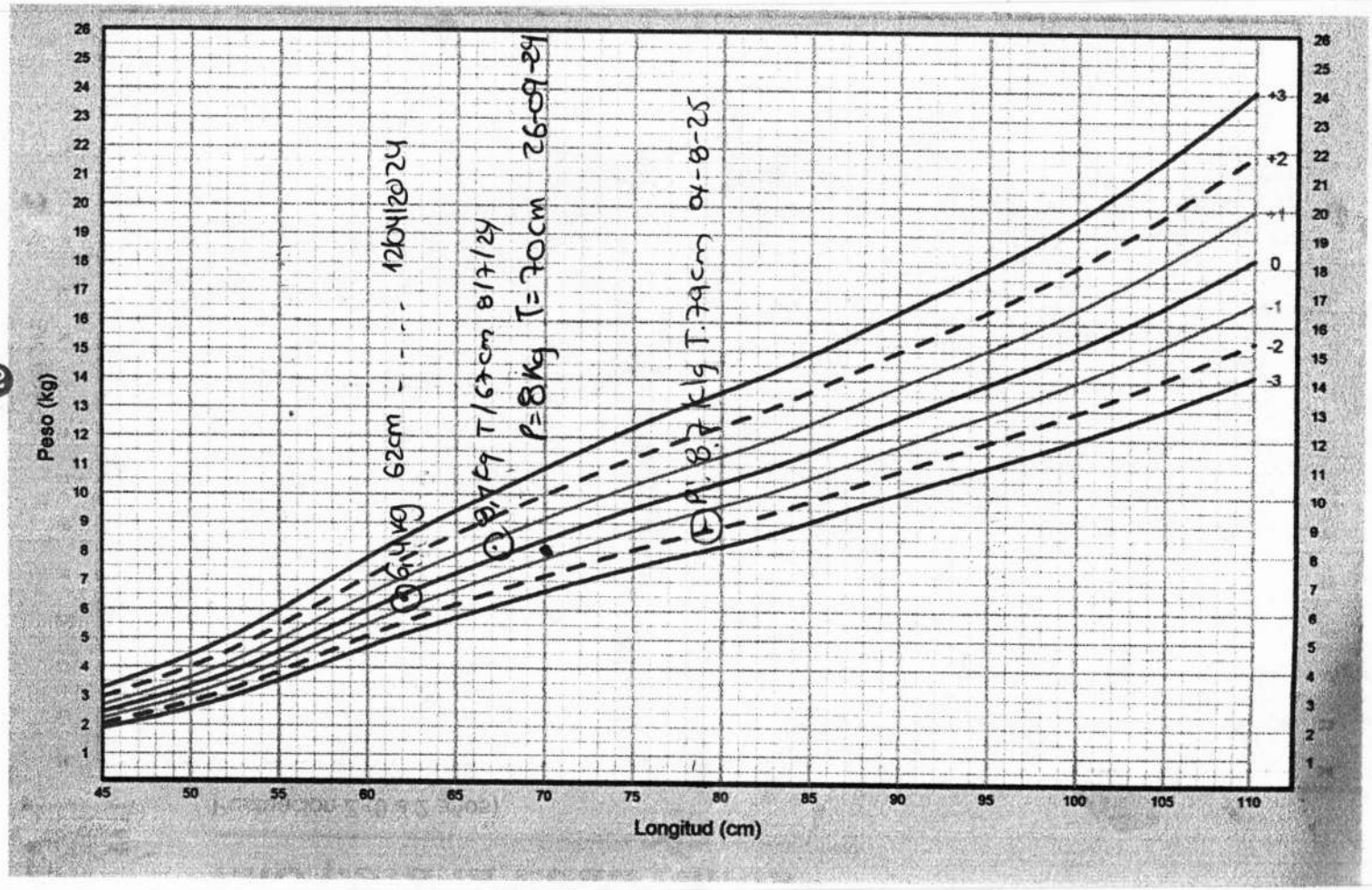
Puntuación Z (0 a 2 años)



20

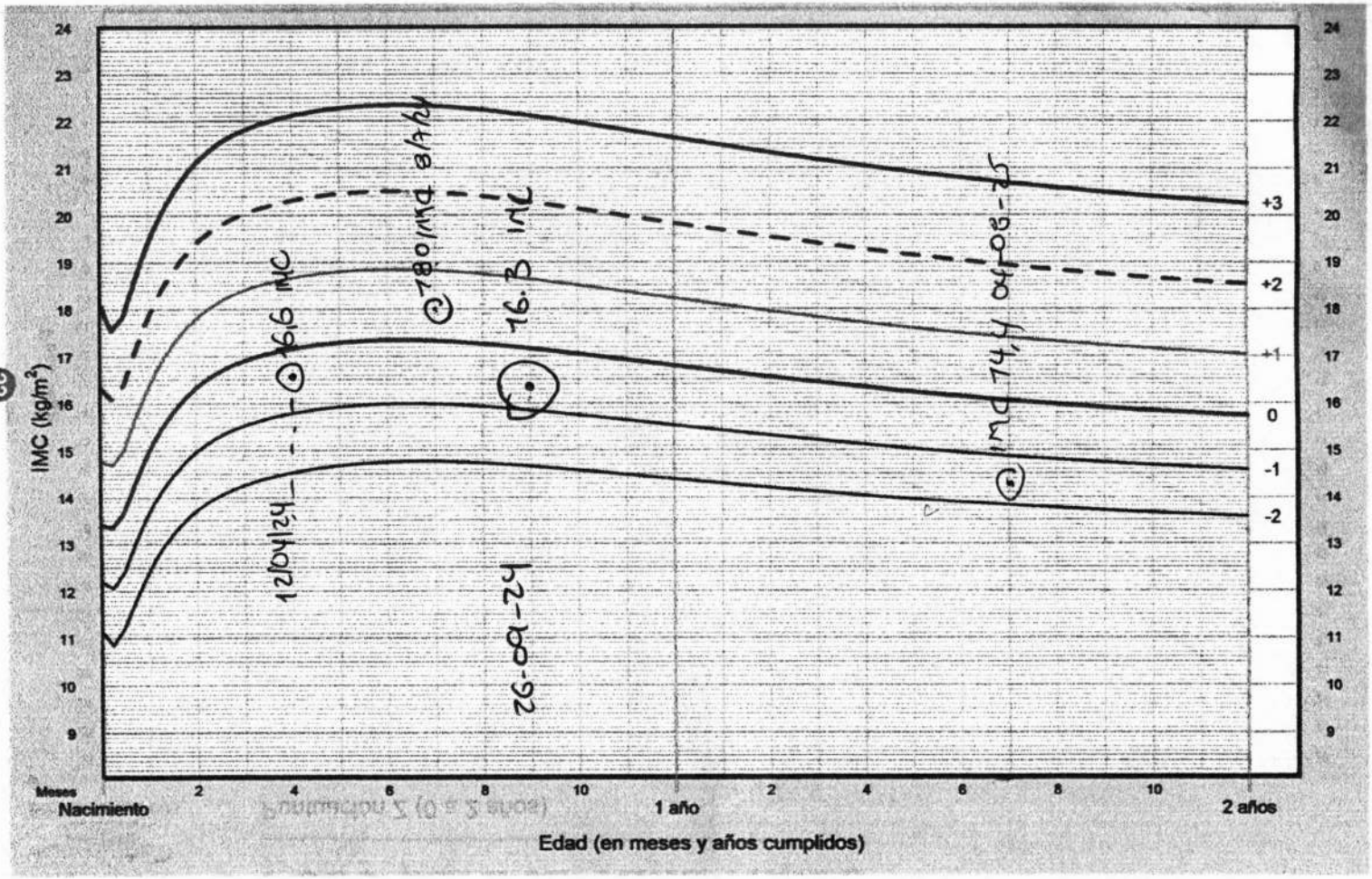
Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



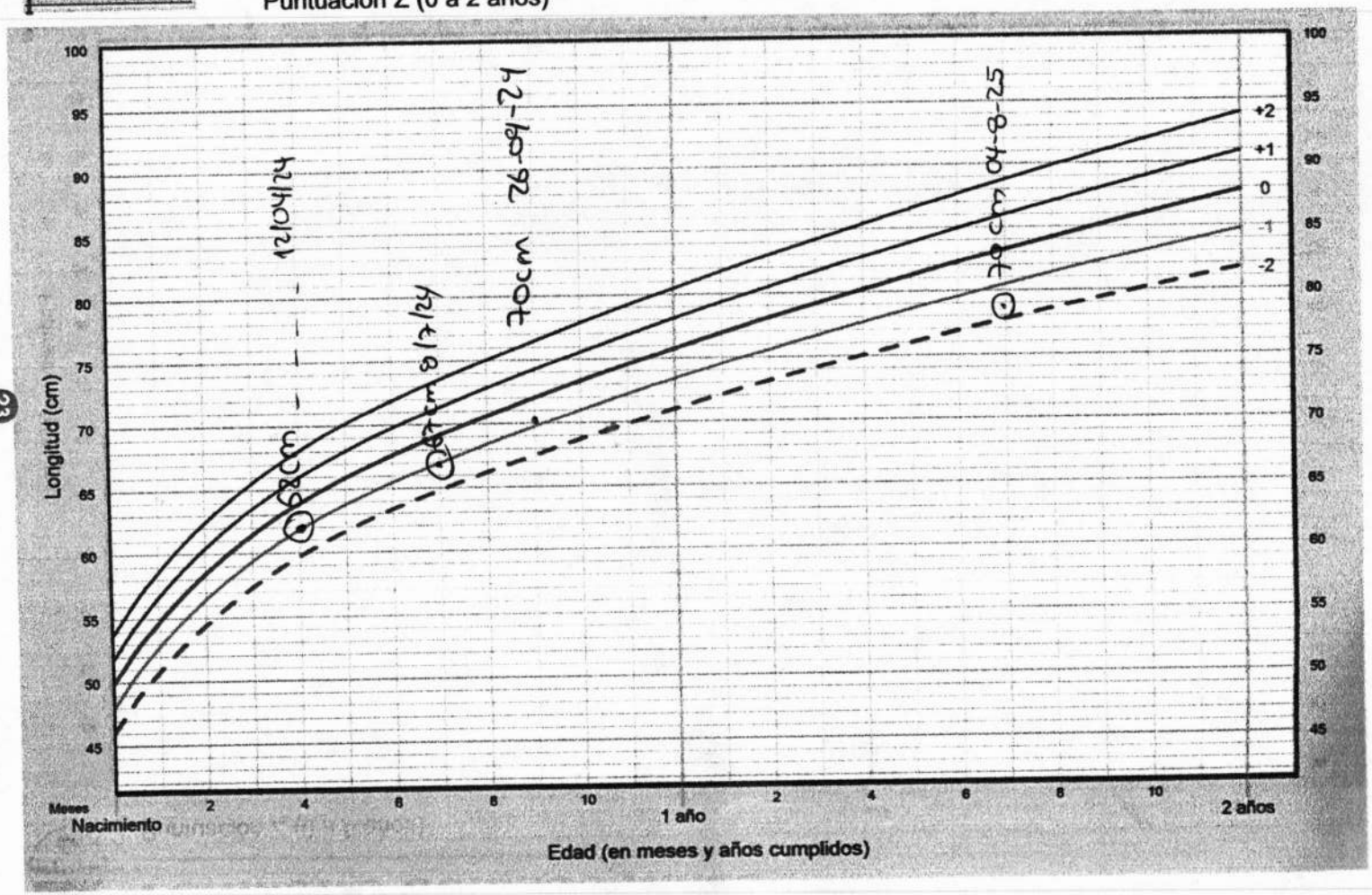
IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



Talla para la Edad Niños

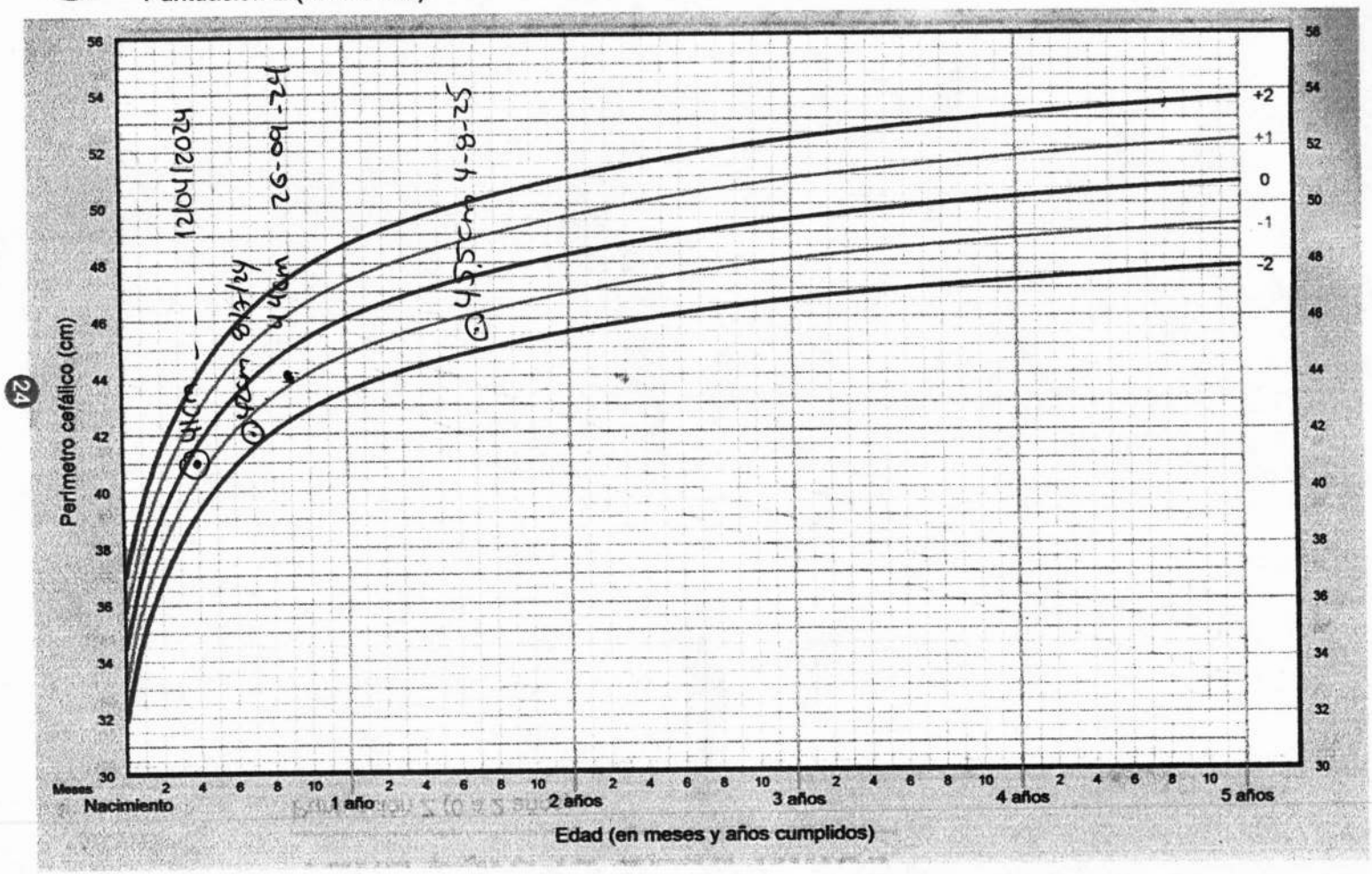
Puntuación Z (0 a 2 años)



23

Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)



16
R/V

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

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO								
Resulado Tamizaje Neonatal	TSH neonatal	Normal		Alterado				
	Auditivo OEA/PEAA	Normal		Alterado				
	Cardipopatía 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

#115

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Josue Manuel Hernandez Ortega

Fecha de nacimiento: 07-12-2023

Nº de certificado de nacido vivo:

Registro civil: 1122344373

Sexo: Masculino

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: 2910 Talla: 50

Dirección: Bl 7 de Agosto

Teléfono 1: 3142164403

Teléfono 2:

Responsable: Yasmin Ortega Torres

Municipio de residencia: San Miguel

Departamento: Putumayo

cc: 1122341947

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

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

Edad	Me protege de		Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién nacido							Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Tuberculosis meningea (BCG)		Única	07	12	23	Serum	037220MA0529	ESE- H.local				Hever Timan
	Hepatitis B		Recién nacido	07	12	23	Serum	032240009A					
							Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
2 meses	Poliomielitis (VIP)		1.ª	15	02	24	Biologicals	223300005	HFLD				Kerly Jimene
	PENTAVALENTE	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	15	02	24	Serum	285200X03A					
	PENTAVALENTE	Hepatitis B	1.ª	15	02	24	Serum	285200X03A					
	PENTAVALENTE	Difteria , tosferina y tétano (DPT)	1.ª	15	02	24	Serum	285200X03A					
	Diarrea por rotavirus		1.ª	15	02	24	GSK	ARO1D750AA					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo		1.ª	15	02	24	Pfizer	FY9925					
							Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
4 meses	Poliomielitis (VIP)		2.ª	24	05	24	Biologo	223300005	HFLD	cita: 15-Abril 2024			Sandy M
	PENTAVALENTE	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	24	05	24	Serum	285200104B					
	PENTAVALENTE	Hepatitis B	2.ª	24	05	24	Serum	285200104B					
	PENTAVALENTE	Difteria , tosferina y tétano (DPT)	2.ª	24	05	24	Serum	285200104B					
	Diarrea por rotavirus		2.ª	24	05	24	GSK	ARO1D750AA					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo		2.ª	24	05	24	GSK	FY9925					
							Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
6 meses	Poliomielitis (VIP)		3.ª	28	08	24	Biological	223903003	ESE HFLD	cita: 24- Junio 2024			Kerly Jimenez
	PENTAVALENTE	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	28	08	24	Serum	285200X11D					
	PENTAVALENTE	Hepatitis B	3.ª	28	08	24	Serum	285200411D					Eduard IB
	PENTAVALENTE	Difteria , tosferina y tétano (DPT)	3.ª	28	08	24	Serum	285200411D					
	Influenza estacional		1.ª	12	09	25	Seqirus	P10074A2794A	HHD				
7 meses	Influenza estacional		2.ª	10	OCT	25	Seqirus	P10074A2794A	HHD				
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)		1.ª	28	02	25	Serum	013LN074A	HHD				Eduard IB
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo		Refuerzo	28	02	25	Pfizer	GX5139	HHD				Eduard IB
	Varicela		2.ª	28	02	25	merck	YO15437	HHD				Kerly Jimenez
	Hepatitis A		Única	28	02	25	Sanofi	20227045	HHD				
	Influenza estacional		Anual										
18 meses	Poliomielitis (VIP ☒ VOPb ☐)		1.er refuerzo	12	09	25	Biologicals	233240003	HHD				Eduard IB
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)		1.er refuerzo	12	09	25	Serum	L85X013E	HHD				Eduard IB
	Fiebre amarilla		Única	28	02	25	Sanofi	L231UFC00SZ	HHD				Kerly Jimenez
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)		2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)		2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)		2.ª	12	09	25	Serum	013N119B	HHD	cita 28/agosto/25 1 DF			Eduard IB
	Varicela		Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)		1.ª							CITA: 5 AÑOS			
			2.ª										
			3.ª										
Vacunas complementarias y otras dosis													

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir las niñas y los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan 2 años, se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivo

San Miguel (La dorada Putumayo) 20 octubre 2025

Señora:

EDITH ISABEL MENESES

Coordinadora local del Centro de Desarrollo Infantil Frontera de Paz

Cordial saludo:

Yo Yasmin Ortega T Identificada Cedula cc 1122341947 madre del niño(a) Sosue Manuel H Identificado con RC 1122344373

Por medio del presente, manifiesto que mi hija no cuenta en su esquema de vacunación con el biológico de **influenza estacional correspondiente a los 12 meses**, debido a que las dosis de influenza de los **6 y 7 meses** le fueron aplicadas este mismo año. De acuerdo con el esquema establecido para este biológico, el refuerzo de **1 año** deberá aplicarse en el **año 2026**, ya que corresponde como refuerzo de las dos dosis previamente aplicadas

Atentamente:

Nombre: Yasmin orteaga Torres
C.C: 1122341947
Celular: 3142164403

18
E/V

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 5 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.

321 48 93 186
321 77 48 798
almadevida@outlook.com

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 8 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:

321 48 93 186
321 77 48 798
almar.evida@outlook.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

Fundación
Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

San Miguel, Putumayo 11 de septiembre de 2025

E.S.E. Hospital Fronterizo LA DORADA
GERENCIA
Nit:846002309-9
FECHA 11-09-25 HORA 2:17 pm
RADICADO
NOMBRE

Señores:
HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA E.S.E

Asunto:
Remisión de caso de desnutrición CDI

Cordial saludo:

La Fundación ALMA DE VIDA – FUNAVI, como entidad administradora del servicio de los programas de primera infancia del ICBF, en el marco de la política de Estado "De Cero a Siempre", atiende a niños y niñas entre 1 año y 5 años, 11 meses y 29 días de edad en condición de alta vulnerabilidad en el municipio de San Miguel, Putumayo, bajo el contrato N.° 86001912025, con un total de 216 cupos en la modalidad institucional.

En el marco de nuestras funciones de seguimiento nutricional y en cumplimiento de la normativa vigente, nos permitimos realizar la respectiva remisión para la atención integral en salud, con el fin de garantizar la prevención, diagnóstico, tratamiento y recuperación de los menores que presentan alteraciones en su estado nutricional.

En esta oportunidad, se remite al niño JOSUÉ MANUEL HERNÁNDEZ ORTEGA, identificado con Registro Civil N.° 122344373 y teléfono de contacto 3202769032, quien presenta desnutrición aguda moderada, según valoración realizada durante el presente mes. Se solicita la valoración, seguimiento y atención por parte del equipo interdisciplinario del hospital, de acuerdo con los lineamientos de la Resolución 2350 de 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social, "Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para el manejo integral de la desnutrición aguda, moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad".

El objetivo de esta remisión es garantizar la atención oportuna y especializada, fortaleciendo el seguimiento nutricional y contribuyendo al adecuado restablecimiento del estado de salud del menor.

Agradecemos la disposición y el compromiso de esa institución para trabajar articuladamente en beneficio de la salud, nutrición, crecimiento y desarrollo integral de nuestros usuarios.

Atentamente,

NELLY JOHANA SOTO
Nutricionista
CDI Fronteras de Paz.
Correo: saludynutricioncdifunavid@gmail.com

Fundación
Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

Adriana Ruda
Recibido
11/09/2025
Mallamas
San Miguel

San Miguel, Putumayo 11 de septiembre de 2025

Señores:
MALLAMAS E.P.S.I

Asunto:
Remisión de caso de desnutrición CDI

Cordial saludo,

La Fundación ALMA DE VIDA – FUNAVI, como entidad administradora del servicio de los programas de primera infancia del ICBF, en el marco de la política de Estado "De Cero a Siempre", atiende a niños y niñas entre 1 año y 5 años, 11 meses y 29 días de edad en condición de alta vulnerabilidad en el municipio de San Miguel, Putumayo, bajo el contrato N.° 86001912025, con un total de 216 cupos en la modalidad institucional.

En cumplimiento de la normativa vigente y con el propósito de contribuir a la garantía del derecho a la salud de los niños y niñas, nos dirigimos a ustedes para realizar la respectiva remisión para atención integral en salud, orientada a la prevención, promoción, diagnóstico y tratamiento oportuno, de acuerdo con el seguimiento nutricional efectuado durante el presente mes.

En esta ocasión, se remite al niño JOSUÉ MANUEL HERNÁNDEZ ORTEGA, identificado con Registro Civil N.° 122344373 y teléfono de contacto 3202769032, quien presenta diagnóstico de desnutrición aguda moderada. Se solicita a esa entidad la valoración, seguimiento y atención por parte del equipo interdisciplinario en salud, conforme a lo establecido en la Resolución 2350 de 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social, "Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para el manejo integral de la desnutrición aguda, moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad".

Lo anterior con el fin de fortalecer el seguimiento nutricional, garantizar la atención integral y contribuir al restablecimiento del adecuado estado de salud y nutrición del menor.

Agradecemos su apoyo y gestión para que, de manera articulada, logremos el mejoramiento del estado nutricional y el pleno desarrollo de nuestros usuarios.

Atentamente,

NELLY JOHANA SOTO
Nutricionista
CDI Fronteras de Paz.
Correo: saludynutricioncdifunavid@gmail.com

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

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	9,8	80	15,1	Peso adecuado para la talla	24/10/25		Sin signos clinicos desnutricion Aguda	

FIRMA DEL PROFESIONAL RESPONSABLE:

321 48 93 186
321 77 48 798
almadevida@outlook.com

23
2/6

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

ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE LA VACUNA CONTRA EL SARS-COV-2 / COVID-19

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL

La salud es de todos | Minsalud

CIUDAD: San Miguel FECHA: DIA 12 MES 08 AÑO 25 HORA: 3:30 PM

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES: Josué Manuel APELLIDOS: Hernandez Ortega

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [x] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1.122.344.373

FECHA DE NACIMIENTO DIA: 07 MES: 12 AÑO: 2023 EDAD: 1 año 8 meses

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE: Mallamas.

INFORMACIÓN PREVIA. La vacunación es una forma segura y eficaz de prevenir enfermedades y salvar muchas vidas. En la actualidad el país dispone de vacunas para proteger contra al menos 26 enfermedades, entre ellas, la difteria, el tétanos, la tosferina, la poliomielitis, la hepatitis, el cáncer de útero y el sarampión. En conjunto, estas vacunas salvan cada año millones de vidas en el mundo. Con la aplicación de las vacunas las personas se protegen a si mismas y a quienes las rodean.

La vacunación contra el SARS- CoV-2/COVID-19 reducirá la posibilidad de presentar la enfermedad. En esta etapa de la emergencia, en la cual se inicia la aplicación de esta vacuna, se han reconocido beneficios y riesgos, que es importante que usted conozca antes de dar el consentimiento para su aplicación.

Esta vacuna tiene aprobación de uso de emergencia y surtió los pasos para la validación científica y sanitaria que permite su aplicación segura en humanos.

DATOS IMPORTANTES DE LA VACUNA (por favor, leer con detenimiento. Puede formular preguntas)

Madre no autoriza Vacunarlo Porque refiere que tienen muchas enfermedades

¿CÓMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides).
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar Esquema que tiene esta vacuna: Dos dosis [ ] o dosis única [ ]
BENEFICIOS	Prevención de la enfermedad COVID-19, causada por el virus SARS-CoV-2. Reducción de la severidad de la enfermedad en caso de presentarse. Potencial protección del entorno familiar y los allegados.
RIESGOS	Presentación de efectos adversos a corto y mediano plazo posterior a su aplicación como: dolor en el sitio de inyección, dolor de cabeza (cefalea, articulaciones (artralgia), muscular (mialgia); fatiga (cansancio); resfriado; fiebre (pirexias); enrojecimiento e inflamación leve en el lugar de la inyección; inflamación de los ganglios (linfadenopatía); malestar general; sensación de adormecimiento en las extremidades, reacciones alérgicas leves, moderadas o severas. Estos no se presentan en todas las personas.
ALTERNATIVAS	A la fecha no se ha identificado otra medida farmacológica más eficaz que la vacunación para la prevención de la COVID-19.

EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD

De manera voluntaria, después de haber recibido información por el personal de salud, de manera clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición, así como las explicaciones adecuadas, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la vacuna que se me ofrece. De la misma manera, se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por el laboratorio productor de la vacuna.

Entiendo que la suscripción de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad, y que NO tiene por objeto eximir de responsabilidad a las autoridades sanitarias o gubernamentales ni a las entidades que participaron en la aplicación de la vacuna contra el SARS-CoV-2/COVID-19 de brindar la atención en salud que sea necesaria por la aparición de posibles reacciones adversas no reportadas.

En consecuencia, decido: **ACEPTAR:** ____ que se me aplique la vacuna. **NO ACEPTAR:** X que se me aplique la vacuna.

Firma de la persona: X

En caso de requerirse, identificación y firma del representante legal:

Nombres Yasmin Apellidos Ortega Torres

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1122341947.

Firma: X

En caso de requerirse firma a ruego:

En virtud de que la persona a vacunar _____, identificado(a) con C.C. ☐ C.E. ☐

OTRO ☐ Número _____ de _____ no sabe o no puede firmar, a su ruego firma el(la) señor(a)

_____ identificado(a) con C.C ☐ C.E. ☐ OTRO ☐ número _____

de _____

Huella dactilar o plantar del Rogante

Firma del Rogado

C.C. N°

C.C. N°

Nombres y apellidos del vacunador: Kelly Jiménez Zárate

Firma Kelly JZ Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 1075682134

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFLD

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Putumayo

MUNICIPIO: San Miguel

Nota: Cuanto se trate de menores entre 16 y 18 años, deberá firmar el menor junto con unos de sus padres o su representante legal.

24
ETV

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

Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

Dirección: B/ el Paraíso 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:
B/ 7 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													
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor													
		Profilaxis y remoción de placa													
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	>	Vacunación													

Tania Villacorta
ODONTÓLOGA
Res. 81 - 801

04-08-25
04-08-26

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

30-07-2025
30-07-2026

PACTO DE CONVIVENCIA MODALIDAD INSTITUCIONAL

Para este año electivo 2025 el pacto de convivencia de CDI Fronteras de paz y Fronteras de Paz 1, ha sido socializado y actualizado de forma igualitaria y democrática con los integrantes de la comunidad perteneciente al programa de un acuerdo colectivo expresado en compromisos que se asumen con el objetivo de crear espacios apropiados para el desarrollo integral de las niñas y los niños que faciliten el desarrollo de relaciones entre niños y niñas, maestras administrativos padres de familia y demás personas que hacen parte de la primera infancia.

DERECHOS Y DEBERES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

DERECHOS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

- ✓ Que se le respeten y salvaguarden los derechos fundamentales (vida, salud, educación, integridad) de los niños y las niñas según las leyes que los amparan.
- ✓ Al afecto y buen trato y a que mi padre, madre o cuidador responsable atienda las llamadas de las maestras o personal del CDI en los horarios definidos.
- ✓ A una alimentación balanceada, acorde a su edad y según la minuta.
- ✓ Reconocimiento ante los demás compañeros.
- ✓ A que nos cuente que está pasando en la actualidad y nos expliquen porque este cambio en el modo de vida.

DEBERES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

- ✓ Saludar a las personas con las que me relaciono diariamente y comparto rutinas con mi familia.
- ✓ Reconozco que a veces me equivoco y pido disculpas, respetando a las personas con las que convivo.
- ✓ Cuido y recojo los materiales pedagógicos y mis pertenencias, utilizo las palabras; por favor, gracias, y hablo sin gritar.
- ✓ Atiendo cuando los demás me hablan y participó activamente en las actividades propuestas por las maestras o personal pertinente del CDI Fronteras de Paz, Fronteras de paz 1.
- ✓ Aplico normas de higiene (lavo mis manos con agua y jabón por lo menos cinco veces al día por más de 20 segundos. Me cepillo los dientes por lo menos; después de cada comida, antes de acostarme y después de levantarme) y a consumo los alimentos, especialmente las frutas y las verduras.
- ✓ Acudir de manera periódica a las UDS.

DERECHOS Y DEBERES DE LOS PADRES DE FAMILIA

DERECHOS DE LOS PADRES DE FAMILIA

- ✓ A que su hijo reciba una excelente atención; que las practicas, retos propuestos sean acordes a la edad y las necesidades de los niños y las niñas.
- ✓ A pertenecer a los comités de padres de familia.
- ✓ A que se le dé un buen trato por parte de los empleados y demás padres usuarios y a que se le escuche cuando presente sugerencias, quejas, reclamos o solicitudes.
- ✓ A recibir acompañamiento y orientación pertinente, y oportuna, que fortalezcan la práctica de cuidado y crianza de los niños y las niñas en el hogar.

DEBERES DE LOS PADRES DE FAMILIA

- ✓ En el momento de la matricula presentar los documentos solicitados y mantenerlos actualizados según corresponda.
- ✓ Informar a la agente educativa oportunamente situaciones que pongan en riesgo el bienestar de la familia especialmente el desarrollo integral de los niños y las niñas, por el medio de comunicación que considere

(telefónico, mensajería y/o escrito).

- ✓ Informar oportunamente si el niño o niña presenta alergias, asma, o enfermedades que afecten su estado de salud al agente educativo, en caso que impidan su asistencia justificarla en lo posible por escrito.
- ✓ A través del Buzón de Sugerencias manifestar sus Quejas, Peticiones, Reclamos, Sugerencias y/o felicitaciones.
- ✓ Si se toma la decisión de retirar la niña o el niño del CDI, Informar verbalmente mediante llamada o escrito por mensaje o carta de retiro voluntario escrito con el fin que a la maestra para que ella informe a coordinación.
- ✓ Asistir a las jornadas de formación a familia mensualmente y actividades de trabajo que se consideren necesarias.
- ✓ Hacer uso del uniforme cuando las condiciones económicas le permitan.
- ✓ Evitar el uso dentro del CDI de joyas de valor y el ingreso mecato dinero o juguetes
- ✓ Dar cumplimiento estricto a los horarios de ingreso y salida. CDI Fronteras de Paz (La Dorada), hora de ingreso 8:00 am (casos excepcionales los días de lluvia ingreso máximo hasta las 8:15 am) y hora de salida 4:00 pm. Puerto Colon hora de ingreso 8:00 am (casos excepcionales los días de lluvia ingreso máximo hasta las 8:15 am) hora de salida 4:00 pm.
- ✓ Se permitirá la apertura del portón de las instalaciones del CDI Fronteras de paz 1 Puerto Colon,10 minutos antes de la hora de ingreso, así como También en la hora Salida, (solo en casos excepcionales de días de Lluvia) con el fin de resguardar a los usuarios y a sus familias, según las condiciones climáticas.

CONSECUENCIAS DE COMPORTAMIENTOS INADECUADOS E INCUMPLIMIENTO DE DEBERES POR PARTE DE LOS PADRES DE FAMILIA.

1) En caso de incumplimiento de los deberes o acuerdos establecidos en el pacto de convivencia por parte de los padres, se procederá a iniciar un diálogo entre los padres de familia, la agente educativa, la coordinadora, Apoyo Psicosocial y/o Nutricionista, según corresponda. Como parte del proceso, se implementarán estrategias que pueden incluir llamados de atención, establecimiento de compromisos y actividades pedagógicas como trabajos comunitarios y mingas, de acuerdo con su pertinencia y viabilidad para garantizar el cumplimiento de los compromisos y actividades propuestas.

2) En caso de inasistencias no justificadas, agente educativa remitirá el caso a apoyo psicosocial y Nutricionista; quienes realizaran contacto y seguimiento por medio telefónico, en encuentro en el hogar o por el medio que sea necesario, constatando el estado y motivo de la inasistencia del usuario o usuaria y tomará las acciones pertinentes y pactará compromisos con las familias (diligenciamiento del formato de novedades); para dar continuidad a la atención en la UDS. Si reincide en otra falta se notificará a la coordinadora, quienes junto con la psicosocial verificaran la justificación a la inasistencia y activación de rutas ante el incumplimiento.

Para efectos de legalidad, se firma el presente documento a los 28 días, del mes de abril del año 2025.

EDITH ISABEL MENESES
Coordinadora pedagógica

MARGARITA MOSQUERA
Apoyo psicosocial

Yasmin Ortega.
Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Maritza S.C
Agente educativa

Huella del niño/niña

Autorización – Uso de la imagen de menor de edad:

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad Josue Manuel Hernandez Ortega, identificado (a) con documento de identidad número 1122344373, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	✓	Audios	✓	Videos	✓	Otros datos personales	✓

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Yasmin Ortega Torres, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1122341947, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	✓	Audios	✓	Videos	✓	Otros datos personales	✓

La autorización comprende:

1. Captar, tomar, almacenar y editar imágenes personales o fotografías, realizar videos y audios del menor de edad y/o del adulto mencionado (s) anteriormente según corresponda.
2. Divulgar y publicar las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción de derechos de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, y en el respeto de sus derechos fundamentales.

Manifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la recolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informado de los derechos con que cuenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales presenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 91 80 80.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra persona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

Los productos autorizados son originados por fundación Alma de Vida, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa Institucional.

Suscriben:

Firma: _____
Nombre: Yasmin Ortega Torres
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 320 276 9032
Fecha: 31-07-2025.
Municipio: San Miguel

¡Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!

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

TRANSACCION EXITOSA

NUMERO TRANSACCION: 317861000
FECHA: 03/04/2025 HORA: 10:32:56
VENDEDOR: 1006848202
SUPERSERVICIOS DE NARINO S.A.
NIT: 800249355-1

CODIGO SEGURIDAD
ñ1*6237835368

RECAUDO EMPRESA DE ENERGIA DEL BAJO PUTU
MAYO EEBP
REFERENCIA: 2037043900
CLIENTE: *
VALOR PAGO: $64,100
FECHA PAGO: 03/04/2025 HORA:10:32:53
NRO SUSCRIPCION: 10571

TRANSACCION EXITOSA

"Generamos Desarrollo con Energía"

Vigilado Superservicios

de ción	SM 10571	Pago oportuno hasta:	02-ABR-2025	Mes Facturado
Nro.	2037043900	Suspensión a partir de:	03-ABR-2025	MARZO 2025

07-MAR-2025 | Último pago: $

Tuve servicio de energía entre: 19-FEB-2025 - 19-MAR-2025 (28) 22-MAR-20

a	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Tarifa	División Geopolítica
RBANA	1	8	AEREA	EMPRESA	105	SAN MIGUEL - LOS PRADOS

dio de Pago	Forma de Pago	Factura Electrónica de Venta

n + Transmisión + Distribución + Comercialización + Pérdidas + Restricción = CU ($/KwH)
27.60 49.85 253.23 121.95 70.79 14.65 1,0

sumo del Periodo

96
rh: 0
99657.6
519.05
$ -49828.8
$ 0
828.8

2D.Consumo Ultimos 6 Meses

Mes	Consumo
2025/Feb	113
2025/Ene	152
2024/Dic	155
2024/Nov	169
2024/Oct	148
2024/Sep	169

Promedio: 151

2E.Información Calidad del Servicio

Tel O R EEPB 01 8000 942415
Transformador SLD103 Grupo 22
DIUG 30.24 FIUG 19 Circuito C14
Cargo D 249.01 Dscto %I 20
CEC 114.22
DIU 77.30 FIU 95.00
HC 0.07 VC 4.00
Valor a compensar 11,376.82

asa Interés loratorio: .5

4.Detalle Conceptos del Servicio de Energía

Conceptos EEBP	Valor Liquidado	Saldo Anterior	Saldo a Favor o Anticipado		TOTAL
ACTIVA SENCILLA MONOMIA	99,657.60		0	0.00	99,658
SUBSIDIO	49,828.80		0	0.00	49,829
AJUSTE A SUBSIDIO	3,422.42		0	0.00	3,422
COMPENSACION RES.CREG_015/2018	11,376.82		0	0.00	11,377
AJUSTE A LA DECENA	-0.40		0	0.00	0

Gerente General

5.Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP 41,874

6.Información Facturación Convenio Impuesto Alumbrado Público

Sujeto Activo	Operador A.P.	Convenio No.	Dirección PQR	Valor Periodo	Saldo Ant.	Valor Total
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL	MUNICIPIO SAN MIGUEL	ACUERDO 008 31/08/2023	Cra 4 Cll 7 Esquina	10,226	0	10,226

7.Información Facturación Convenio Aseo y Alcantarillado

Concepto	Empresa	Dirección PQR	USO	Valor Tarifa	Subsidio o Factor Solidario	Cargo Consumo o Variable	Valor Tasa Ambiental	Saldo Anterior	Ajustes/Otros	Valor Total
Alcantarillado				0	0	0	0	0		0 0
Aseo*	Alcaldia San Mi	Cra 4 Cll 7 Esq B/La Liberta		12,000	0	0	0	0		0 12,000

*Aseo: Frecuencia Semanal > No Aprovechables: 3 Barrido: 3

8.Información Facturación Otros Convenios

Concepto	Empresa	Dirección PQR y/o Teléfono	Valor Tarifa	Saldo Anterior	Valor Total
					0 0 0

Total EEBP	+	Total Impuesto Alumbrado público	+	Total Aseo y/o Alcantarillado	+	Total Otros Convenios	=	Debo pagar en Total
41,874		10,226		12,000		0		64,100

CUFE:
?31ee1cbadceebdb8590feb93ff598d1560cbc22f5e9ae7921343a86de
c5641bb57b8626f560eca59ba579a74e514

(415)7709998005532(8020)100020370439003 7(3900)0000064100(96)20250402

Paga fácil por **Internet** en **www.eebpsa.com.co/factura**

www.eebpsa.com.co @eebpsaesp /eebpsa

Fac. Electronica: EEBP 169535

Resolución de facturación electrónica DIAN No 18764083711901
de fecha 20\11\2024 desde No 1 hasta No. 1000000
vigencia 20\11\2024

Esta Factura presta Mérito Ejecutivo de acuerdo a las Normas del Derech

Proveedor Tecnológico: diensoles S.A.S. NIT: 860028580-2 Software: fact-e

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

28/214

Ciudad San Miguel - La Dorada

Nombre completo de la niña o niño Josue Manuel Hernandez Ortega

Fecha de nacimiento 07 12 2023 **N° Documento de Identidad** 1122344373

Sexo Masculino ● Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** 31 07 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Maritza Sagama Certiga

Fecha de registro cualitativo 02 10 2025

Rango de edad 0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ●
2 años y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ○

Color de registro valoración cualitativa **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ○ Avanzado ○

Observaciones generales

Josue se encuentra dentro de lo esperado teniendo encuenta que ha cumplido con el items correspondiente a su etapa de edad, se continuara con el programa Pedagogico como se ha venido trabajando.

Acciones concretas a realizar para potenciar el desarrollo ***(en caso de perfil de desarrollo en alerta)***

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de registro cualitativo Día Mes Año

Rango de edad 0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ○

Color de registro valoración cualitativa **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ○ Avanzado ○

Observaciones generales

Acciones concretas a realizar para potenciar el desarrollo ***(en caso de perfil de desarrollo en alerta)***

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

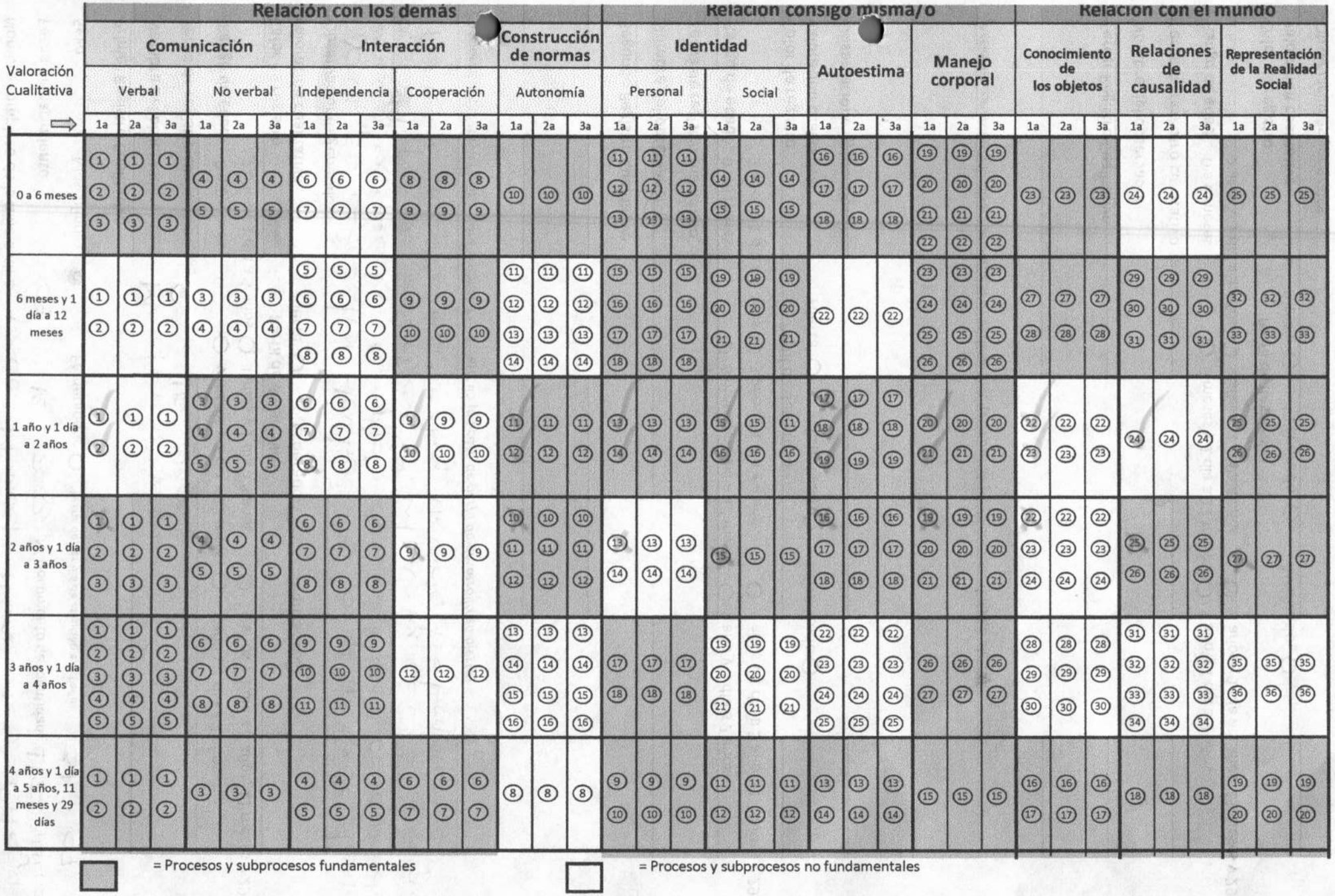
Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

Rango de edad 0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ○

Color de registro valoración cualitativa **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ○ Avanzado ○

Observaciones generales

Acciones concretas a realizar para potenciar el desarrollo ***(en caso de perfil de desarrollo en alerta)***



PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Josue Manuel Hernandez UNIDAD DE ATENCIÓN: Caminadores AGENTE EDUCATIVO: Maritza

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 31-07-2025

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)
26-11-2025	Durante el diligenciamiento del formato RAM y llamado asistencia se evidencia la inasistencia del NNA usuario.	La agente educativa se comunica con la madre de familia para conocer el motivo de la inasistencia, la comunicación con la madre no seda, yaque es imposible las llamadas y los mensajes, ella esta intentando comunicar para conocer el motivo de la inasistencia.	Maritza C.	

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
27-11-2025	El niño usuario ingresa con total normalidad a la sala caminadores

SAN MIGUEL - PUTUMAYO
TELÉFONO:3214190858
CORREO ELECTRÓNICO: almadevida@outlook.com

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Josue Manuel Hernandez UNIDAD DE ATENCIÓN: Caminadores AGENTE EDUCATIVO: Maritza

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 31-07-2025

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)
09-12-2025	El niño usuario ingresa con raspones en la cara. siendo 8:00. La agente educativa recibe al niño usuario asi.	La agente educativa observa que el niño usuario ingresa con unos raspones en la cara, y le pregunta a la Madre de familia que le paso y la madre manifiesta que el niño usuario se callo cuando iba caminando el día domingo. La agente educativa habla de la importancia del cuida del niño en casa.	Maritza S.U.	

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

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

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 31-07-2025

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)
30-07-2025	Se ha observado que el niño usuario presenta un aspecto palido y una disminución en su apetito, Tambien se observa que en la oreja le sale materia.	La agente educativa dialoga con la madre de familia de manera respetuosa y empatica, informandole sobre las observaciones realizados y la importancia de acudir al medico para la valoración de un profecional. Ademas se solicitara a la madre de familia la formula medica para verificar que el niño usuario reciba la atención medica necesaria.	Maritza S.C	

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	04-11-2025 La madre de familia lleva al niño al medico para ser revisado, los medicos lo encuentran normal en la parte que estaba con disminución de los alimentos, pero le recomendo subirle el peso, y en el oido le encuentran otalgia (otitis) lo cual debe estar al cuidado en casa con una incapacidad de 4 dias. se abjunta formula medica. 05-11-2025. El niño usuario continua en recuperación en casa con los antibioticos. 06-11-2025 Este caso se remite al apoyo de salud y nutrición para un acompañamiento. Apoyo psicosocial: Estefany Blandón Linares 06-NOV 2025 Se realiza seguimiento al estado de salud del menor, se comunica con la madre via llamada de whatsapp. la a las 9:21 am y no contesta, se procede a dejarle un mensaje via whatsapp. (y a lo) en vista que no ha contestado se procede llamar nuevamente via whatsapp y tampoco contesta. Estefany Blandon Linares

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
7 NOV 2025	Se realiza seguimiento al estado de salud del menor, se comunica con la madre y se pregunta por el estado de salud del menor, la madre refiere "que esta mejor ya se le esta secando lo del oido" y se pregunta si esta comiendo bien, la madre refiere "que esta comiendo más de lo que subia comer y esta más pésadito" se procede a recomendar seguir con los cuidados en casa. Estefany Blandon
10 -NOV 2025	Se realiza seguimiento al estado de salud del menor, se comunica con la madre y se pregunta por el estado de salud del menor, la madre refiere "que ya esta mejor y mañana termina el tratamiento medico" procedo a recomendar seguir con los tratamientos medicos y cuidados en casa. Estefany Blandón
11-NOV 2025	El usuario ingreso al servicio en compañia con la madre. al servicio. durante el servicio se evidencia que se encuentra bien de salud, juega con los ninos de la sala y participa de las actividades propuestas por la agente educativa. Estefany Blandon Linares
14-NOV 2025	Se programa una visita domiciliaria, se comunica con la madre de familia para programar la visita domiciliaria se le pregunta cuando nos podria atender, la madre refiere "que el martes es posible" procedo a preguntarle si a las 3:00pm nos podria atender la madre refiere "que si"

Estefany Blandon Linares

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
18-NOV 2025	Se realiza visita domiciliar en el barrio 7 de agosto, con el las profesionales de apoyo psicosocial y nutricion, se realizan orientaciones de cuidado y alimentacion nutricional a la madre de familia, para mejorar la alimentacion del niño, la madre se muestra receptiva de las recomendaciones hechas por las profesionales Estefany Blandon

SAN MIGUEL - PUTUMAYO
TELÉFONO:3214190858
CORREO ELECTRÓNICO: almadevida@outlook.com

CLINICA LA DORADA IPS SAS

Codigo de habilitacion 867570083801 NIT: 901372032-1

Dir. calle sexta cs #6 B Los Prados Tel. 3118509064.

CERTIFICADO INCAPACIDAD.

Folio No: 694544 Admision No: 0

PACIENTE:	HERNANDEZ ORTEGA JOSE MANUEL	**E.CIVIL:** Soltero	FECHA ATENCION: 04/11/2025 09:16 a. m.
IDENTIFICACION:	RC1122344373	**EDAD:** 1 Año 10 Meses	
No HISTORIA:	1122344373	**SEXO:** Masculino	**TELEFONO:** 3142164403
EMPRESA:	PARTICULAR.	**FEC. NAC:** 07/12/2023	**MUNICIPIO:** PUERTO ASIS PUT
REGIMEN:	.		**DIRECCION:** B/ 7 DE AGOSTO

H664-OTITIS MEDIA SUPURATIVA. SIN OTRA ESPECIFICACION

DATOS GENERALES:

DEL AREA DE ESPECIALIDAD:. . . . CONSULTA EXTERNA
HA SIDO INCAPACITADO DURANTE:. . 4 DIAS
FECHA INICIO INCAPACIDAD:. . . . 04/11/2025
FECHA FINAL DE INCAPACIDAD:. . . 07/11/2025

INCAPACIDAD:

LACTANTE MAYOE MASCULINO DE 1 AÑO + 10 MESES DE EDAD. CON ENFERMEDAD ACTUAL HACE 8 DIAS CUANDO PRESENTA OTALGIA DERECHA, FIEBRE NO CUANTIFICADA TIPO CONTINUA . CONCOMITANTEMENTE HACE 4 DIAS SE EVIDENCIA SALIDA DE SECRECION SEROPURULENTA POR CONCUCTO AUDITIVO DERECHO, ACUDE A CONSULTA SE DIAGNOSTICA UNA OTITIS MEDIA SUPURATIVA SE INDICA ANTIBIOTICOTERAPIA Y ANALGESICO. SE OTORGA 4 DIAS DE INCAPACIDAD PARA CONTROL Y VALORACION MEDICA

DIAGNOSTICO INGRESO:

H664: OTITIS MEDIA SUPURATIVA. SIN OTRA ESPECIFICACION

Dra. Sara C. Mora B
Médico General
RM: 1069738008

PROFESIONAL: MORA BOTELLO SARA CRISTINA
ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL
REGISTRO: 1069738008

Fec Impresion: 04/11/2025 09:21:44 a. m. Usuario: SARA Infosalud Net

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Josue Manuel Hernandez UNIDAD DE ATENCIÓN: Caminadores AGENTE EDUCATIVO: Maritza

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 31-07-2025

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)
21-11-2025	Durante el diligenciamiento del formato RAM y llamado a asistencia 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 por motivos de viaje el niño usuario no ingresa a la sala, caminadores.	Maritza S.U.	

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
24-11-2025	El niño usuario ingresa con total normalidad a la sala.

SAN MIGUEL - PUTUMAYO
TELÉFONO:3214190858
CORREO ELECTRÓNICO: almadevida@outlook.com

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

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

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 31-07-2023

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)
29-10-2025	Durante el diligenciamiento del formato RAM y llamado a asistencia 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 no responde los mensajes ni llamadas, siendo esto La agente se comunicara mas tarde para saber la razón.	Maritza	

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	30-10-2023 El niño ingresa con total normalidad.

SAN MIGUEL - PUTUMAYO
TELÉFONO:3214190858
CORREO ELECTRÓNICO: almadevida@outlook.com

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

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

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 31-07-2025

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)
15-10-2025	El niño usuario no asiste el día de hoy, yaque el niño tiene cita medica el día de hoy.	La agente educativa dialoga con la madre de familia vía wasap. sobre la importancia de comunicar las citas programadas día anterior	Maritza.	

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	16-10-2025 El niño ingresa con total normalidad a la Sala caminadores.
	20-10-2025. El niño usuario sale 9:53 am para llevarlo a Vacunar por parte de la madre de familia al hospital (Influenza).

SAN MIGUEL - PUTUMAYO
TELÉFONO:3214190858
CORREO ELECTRÓNICO: almadevida@outlook.com

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Josue Manuel H **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Caminadores **AGENTE EDUCATIVO:** Maritza

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 31-07-2025

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)
09-10-2025	Durante la revisión de carpeta se observa la cita programa para 12-10-2025 de la vacuna del niño usuario.	La agente educativa informa a la madre de familia con antelación de la cita, la madre manifiesta que ira a la vacuna del niño usuario.	Maritza	

BIENESTAR FAMILIAR

SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO

12 - 10 - 2025 La madre de familia manifiesta al preguntar la agente educativa de la vacuna que el niño esta con gripe y por esa razon no lo vacunaron, hay que esperar a que se recupere y llevarlo.

14 - 10 - 2025 La agente educativa le pregunta nuevamente por la vacuna y la madre manifiesta y se observa que todavia cuenta con gripe el niño usuario.

15 - 10 - 2025 La agente educativa le hace la sugerencia de peguntar en el hospital para cuando lo vacunan siendo 8:05. y la madre se compromete ir al hospital.

4:35 La madre informa que le dieron la cita para el día viernes para la vacuna del niño usuario.

SAN MIGUEL - PUTUMAYO
TELÉFONO:3214190858
CORREO ELECTRÓNICO: almadevida@outlook.com

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Josue Manuel H **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Caminadores **AGENTE EDUCATIVO:** Maritza

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 31-07-2025

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)
03-10-2025	Durante el diligenciamiento del formato RAM y llamado a lista se evidencia la inasistencia del niño usuario.	La agente educativa se comunica con la madre de familia, para saber el motivo de la inasistencia. es imposible la comunicación ya que la señal es muy mala la agente se comunicara mas tarde.	Maritza	

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
06-10-2025	El niño usuario se encuentra bien de salud en casa

SAN MIGUEL - PUTUMAYO
TELÉFONO:3214190858
CORREO ELECTRÓNICO: almadevida@outlook.com

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Josue Manuel H **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Caminadores **AGENTE EDUCATIVO:** Maritza

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 31-07-2025

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)
30-07-2025	El niño usuario ingresa con aporreoner en la cara, con total normalidad sin dificultades fisicas.	La agente educativa indaga a la madre de familia para conocer lo sucedido de forma presencial, la madre manifiesta que el niño usuario estaba jugando en la silla y se callo, se las timo algunas parte de la cara, la agente educativa le hace la recomendacio de estar mas pendientes de la niña usuaria.	Maritza.	

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: 31-07-2025

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)
16-09-2025	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 nutrición.	Maritza S.C	Yasmis Ortega

	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 vía whatsapp y que se continuara realizando el seguimiento al estado de salud. Siendo las 5:26 pm la madre envía la epicrisis del menor vía whatsapp. En donde se especifica diagnostico por riesgo por desnutricion, el médico envía remisión 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 días (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.

SAN MIGUEL - PUTUMAYO
TELÉFONO:3214190858
CORREO ELECTRÓNICO: almadevida@outlook.com

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
18/09/2025	Se realiza seguimiento y acompañamiento al estado de salud del niño se realiza llamada telefonica a madre de familia la cual comenta "El niño ya se encuentra mucho mejor con la crema que le envio el medico". Informa que el dia lunes el niño regresara al CDI. MARCHARITA LLF. Apoyo Psicosocial.
23/09/2025	Durante la verificación de llamado a lista y registro de novedades se logra evidenciar que el niño llega a la salida en compañia de padres de familia. Se logra evidenciar que el nino se encuentra en adecuadas condiciones de salud. Se identifica que la Mam. Zona de la alergia se encuentra aicatrizando de la mejor manera. Madre comenta que aun le estan suministrando la crema. enviada por Medico general. MARGARITA LLF.

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 NECESARIAS Y 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

Powered by CamScanner

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:**	148633/	**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				

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
QUIRUSGICOS: . . . 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

Powered by CamScanner

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: SIMETRICAS, MOVILES, SIN EDEMAS, RANGOS DE MOVILIDAD CONSERVADOS, PULSOS PERIFERICOS PRESENTES DE BUENA INTENSIDAD.

COLUMNA: NORMAL

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: NORMAL

Powered by CamScanner

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 Suicidio:	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

Powered by CamScanner

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
MÉDICO SSU
1085342140

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

Powered by CamScanner

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

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
11/09/25	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.
12/09/25	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.
15/09/25	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 continuará 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:** Marifza

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 31-07-2025

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)
02-9-2025	El día de hoy el niño presenta una mordedura en la cara de la niña megan	La agente educativa habla con la niña que muerde sobre la mordida y le hace juegos para que tenga conocimiento de que no se puede morder.	Marifza	

SAN MIGUEL - PUTUMAYO
TELÉFONO:3214190858
CORREO ELECTRÓNICO: almadevida@outlook.com

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Josue Manuel Hernandez **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Salacuna **AGENTE EDUCATIVO:** Marifza

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 03-07-2025

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)
28-8-2025	Durante el diligenciamiento del formato RAM y llamado alista se puede observar la inasistencia del niño usuario.	La agente educativa se comunica con la madre de familia siendo, 8:10 am para conocer la razón de la inasistencia. La madre de familia manifiesta que tuvo un inconveniente familiar, por tal razón no viene el niño usuario, el niño se encuentra en buen estado de salud.	Marifza.	

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	02-09-2025 el niño ingresa con total normalidad a la unidad de atención

SAN MIGUEL - PUTUMAYO
TELÉFONO:3214190858
CORREO ELECTRÓNICO: almadevida@outlook.com

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:** 30-07-2025

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)
19-8-2025	Durante el diligenciamiento del formato RAM y llamado a lista se evidencia la inasistencia del niño usuario.	La agente educativa llama a la madre de familia siendo 8:20 am para conocer el motivo de la inasistencia. la madre manifiesta que el niño amaneció agripado y con malestar por tal razón no asistira.	Maritza.	

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
20-08-25	El día de hoy el niño ingresa a la unidad de atención con total tranquilidad y un poco agripado pero feliz.

SAN MIGUEL - PUTUMAYO
TELÉFONO:3214190858
CORREO ELECTRÓNICO: almadevida@outlook.com

51
EIV

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

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

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 31-07-2025

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)
28-08-2025	Durante el diligenciamiento del formato RAM y llamado a lista se puede evidenciar que el niño usuario no asistio el dia de hoy	La agente educativa se comunica con la madre de familia para saber el motivo de la inasistencia, la madre manifiesta que por el motiva de que el niño se siente muy mal, por el estado de la gripe.	Maritza	

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	11-8-2025 El niño ingresa a la unidad con total normalidad.

SAN MIGUEL - PUTUMAYO
TELÉFONO:3214190858
CORREO ELECTRÓNICO: almadevida@outlook.com

52
RIV

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Josue. Manuel H **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Salacunas **AGENTE EDUCATIVO:** Maritza

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 31 - 07 - 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)
08-08-25	El niño presenta diarrea siendo 12:15, el llego en completo normalidad pero en la hora del medio día presenta estos sintomas.	La agente educativa se comunica con la madre de familia, para informale los sintomas y para que lo lleve a la casa y le hace una recomendacio de llevarlo al medico si continuacon los mismos sin tomas.	Maritza.	

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	07-08-2025 El niño sigue con la adaptación, aunque su llanto es poco y su molestia por estar en la sala, un proceso que se trabaja día a dia con la ayuda de la agente educativa

SAN MIGUEL - PUTUMAYO
TELÉFONO:3214190858
CORREO ELECTRÓNICO: almadevida@outlook.com

53
EIV

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

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

MUNICIPIO: San. Miguel **FECHA DE INGRESO:** 31-07-2025

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)
04-08-2025	Durante el diligenciamiento del formato RAM y llamado a lista se evidencia que el niño usuario no asistio el dia de hoy.	La agente educativa se comunica con la madre para conocer el motivo de la inasistencia siendo 9:40 am. La madre manifiesta que el niño tiene control y crecimiento, higiene bucal por el cual no asistio el dia de hoy.	Maritza	

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	05-08-2025 El niño ingresa nuevamente a la unidad tranquilo y con total normalidad.

SAN MIGUEL - PUTUMAYO
TELÉFONO:3214190858
CORREO ELECTRÓNICO: almadevida@outlook.com

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

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

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 31-07-2025.

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)
31-07-2025	Por motivo de ingreso del niño usuario a la unidad de atención caminadores, el proceso de adaptación, de un niño es de 5 dias.	La agente educativa habla con la madre de familia siendo 8:20 am sobre el proceso de adaptación en el niño, ya que la madre manifiesta inquietud por el llanto, las agentes educativas le explican el proceso de adaptación. es un proceso con respecto y amor por los niños y niñas. y la importancia de acompañarlos en esta etapa para crecer.	Maritza S.C	Manuel H.

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
01-8-2025	El niño asiste el día de hoy con completa normalidad siendo 8:00 luego inicia con pequeños llantos, por su adaptación.

SAN MIGUEL - PUTUMAYO
TELÉFONO:3214190858
CORREO ELECTRÓNICO: almadevida@outlook.com

55
2/4

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

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

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 31-07-2025

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)
31-07-2025	Durante el proceso de ingreso del niño Josue, se identifico que le hace falta entregar algunos documentos requeridos para el ingreso como: Certificado Eps, Disentimiento cuid, fato, control de desarrollo, sisben certificado.	La agente educativa le solicita a la madre los documentos faltantes y la importancia de traerlos, se le dio un plazo maximo para 04-8-2025 siendo 8:20 am	Maritza	Manuel H.

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
24-08-22	Se le recuerda a la madre nuevamente los documentos faltantes a la madre de familia, siendo 8:20 am

SAN MIGUEL - PUTUMAYO
TELÉFONO:3214190858
CORREO ELECTRÓNICO: almadevida@outlook.com