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: 04 | 8 | 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: 1122344445

Fecha nacimiento: 23 | 06 | 2024

Nombres: Madelyn Sahiret

Apellidos: Andrade Ceballos

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 negra ( ) 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: Urbano

Barrio: Los prados

Vereda:

Sector:

Dirección:

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: 1124861479

Nombres: Angela M.

Apellidos: Ceballos R

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 04 | 10 | 1994

Correo electrónico:

Número de celular: 3144279652

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: Angela Ceballos

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

Observaciones:

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:

Madelyn Sahiret Andrade Ceballos

N° DOCUMENTO: 1122344445 **TIPO DOCUMENTO:** RC X CC__ OTRO ___

FECHA DE NACIMIENTO: 23- Junio-2024 **EDAD:** 1 año 1 M.

LUGAR DE NACIMIENTO: Puerto Asis

NOMBRE DE LA UDS: CDI Fronteras de paz

CODIGO UDS: 867571126972 **BARRIO/VEREDA:** Los prados

FECHA DE INGRESO: 04-08-2025 **FECHA DE RETIRO:** _____

SISBEN: A2 **EPS:** Emssanar **RÉGIMEN (C)**__ **(S)** X

DESPLAZADO: SI___ NO X **DISCAPACIDAD:** SI___ NO___ ¿CUAL? _____

GRUPO ETNICO: SI___ NO X ¿CUAL? _____

GRUPO AFROCOLOMBIANO: SI___ NO___ ¿CUAL? _____

NOMBRE DE LA MADRE: Angela Marcela Ceballos R.

N° CÉDULA: 1124861479 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** La Hormiga

NOMBRE DEL PADRE: Jhon Fredy Andrade Bernal

N° CÉDULA: 1126451370 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** La Hormiga

N° DE CELULAR: 3144279652

NOMBRE DEL ACUDIENTE: Angela Marcela Ceballos

N° CÉDULA: 1124861479 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** La Hormiga

DIRECCIÓN VIVIENDA: Los prados **ZONA POBLACIONAL:** (R)__ (U) X

NUMERO DE CELULAR _____

Angela Ceballos
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Maritza Siagama
NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.122.344.445

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 63700453

63700453

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

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ANDRADE	CEBALLOS

Nombre(s)

MADELYN SAHIRET

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2024 Mes JUN Día 23	FEMENINO	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	24068811019577

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

CEBALLOS RODRIGUEZ ANGELA MARCELA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.124.861.479	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

ANDRADE BERNAL JHON FREDY

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.126.451.370	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CEBALLOS RODRIGUEZ ANGELA MARCELA

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.124.861.479	Angela Ceballos

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 JUN Día 27	ROY EDISON CALLE QUIRAMA - REGIST Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

27.JUN.2024 - LIBRO DE VAR

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -



ESTA REPRODUCCIÓN FOTOMECÁNICA ES FIEL COPIA DE LA QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURÍA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.124.861.479**
CEBALLOS RODRIGUEZ
APELLIDOS
ANGELA MARCELA
NOMBRES



Angela Marcela Ceballos
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **04-OCT-1994**
VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

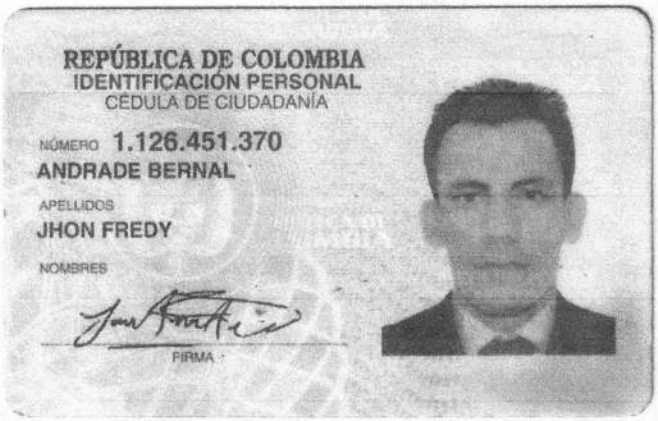
1.56	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

21-DIC-2012 MOCOA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

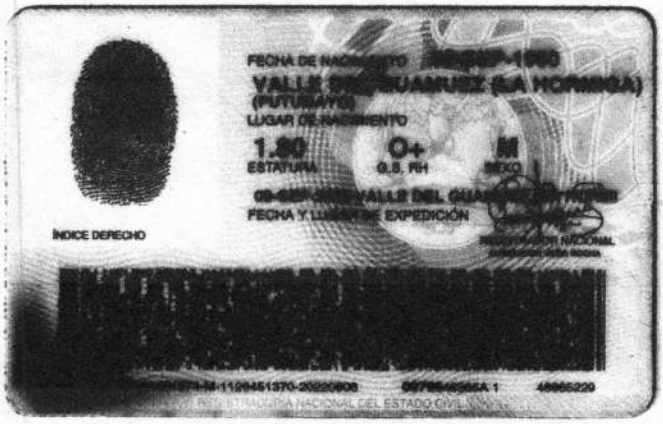
P-6400100-00432349-F-1124861479-20130422 **00327**99683A 1 39803903



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.126.451.370
ANDRADE BERNAL
APELLIDOS
JHON FREDY
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO
VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.80
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
ÍNDICE DERECHO

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: **31/07/2025**

Ficha: **867576741052800009512**

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: MADELYN SAHIRET

Apellidos: ANDRADE CEBALLOS

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122344445

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **24/07/2024**

Última actualización ciudadano: **24/07/2024**

Última actualización via registros administrativos:

***Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente**

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: **MARIA ZORAYDA LINARES MONTERO**

Dirección: **Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libertad**

Teléfono: **4210537 - 3213138790**

Correo Electrónico: **sisben@sanmiguel-putumayo.gov.co**

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	1122344445
NOMBRES	MADELYN SAHIRET
APELLIDOS	ANDRADE CEBALLOS
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	24/06/2024	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	12/05/2025 13:34:41	**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

8
RIV

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...Sanos



MIS DATOS

Nombres: MADELYN SAHIRETH	Apellidos: ANDRADE CEBALLOS
Fecha de nacimiento: 23 (DÍA) | 06 (MES) | 2024 (AÑO)	Historia Clínica: 1172344445
Barrio/Vereda: VI CI ESPINAL	Responsable del niño: ANGELA CEBALLOS
Teléfono:	EPS: EMSSANAR

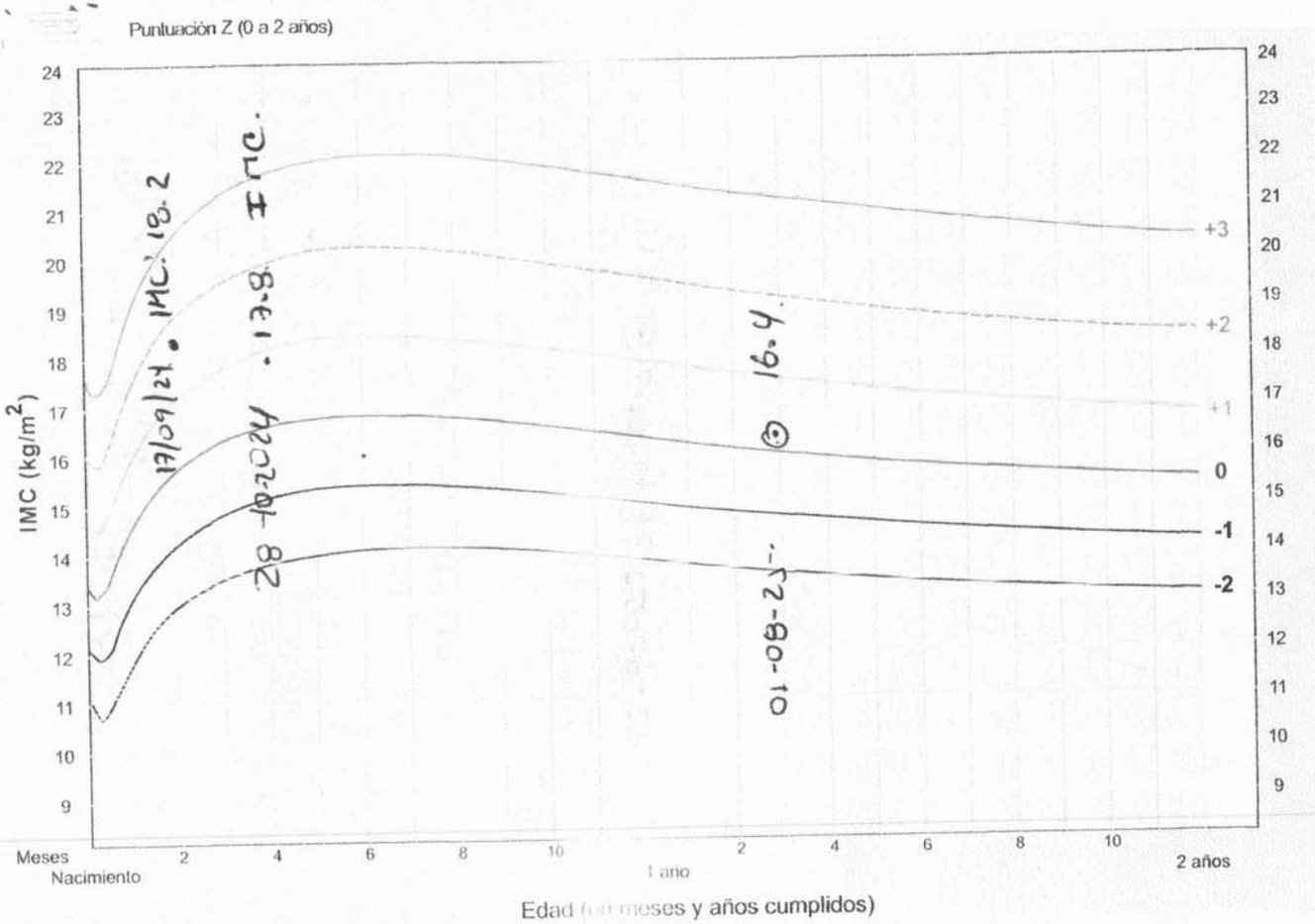
Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro Cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
06-08-24	4.5g—	54c—.	38c—		12.4	02-08-24	
17/09/24	6.55	60	41	16	18.2	23-10-24	
28-10-2024	7.5kg	65	41.5	17.	18	23-12-24	
14-04-2025	8.5	74	43.5	15		23-06-2025	
01-08-25	10	78	46	16	16.4	23-01-26	

9
RM

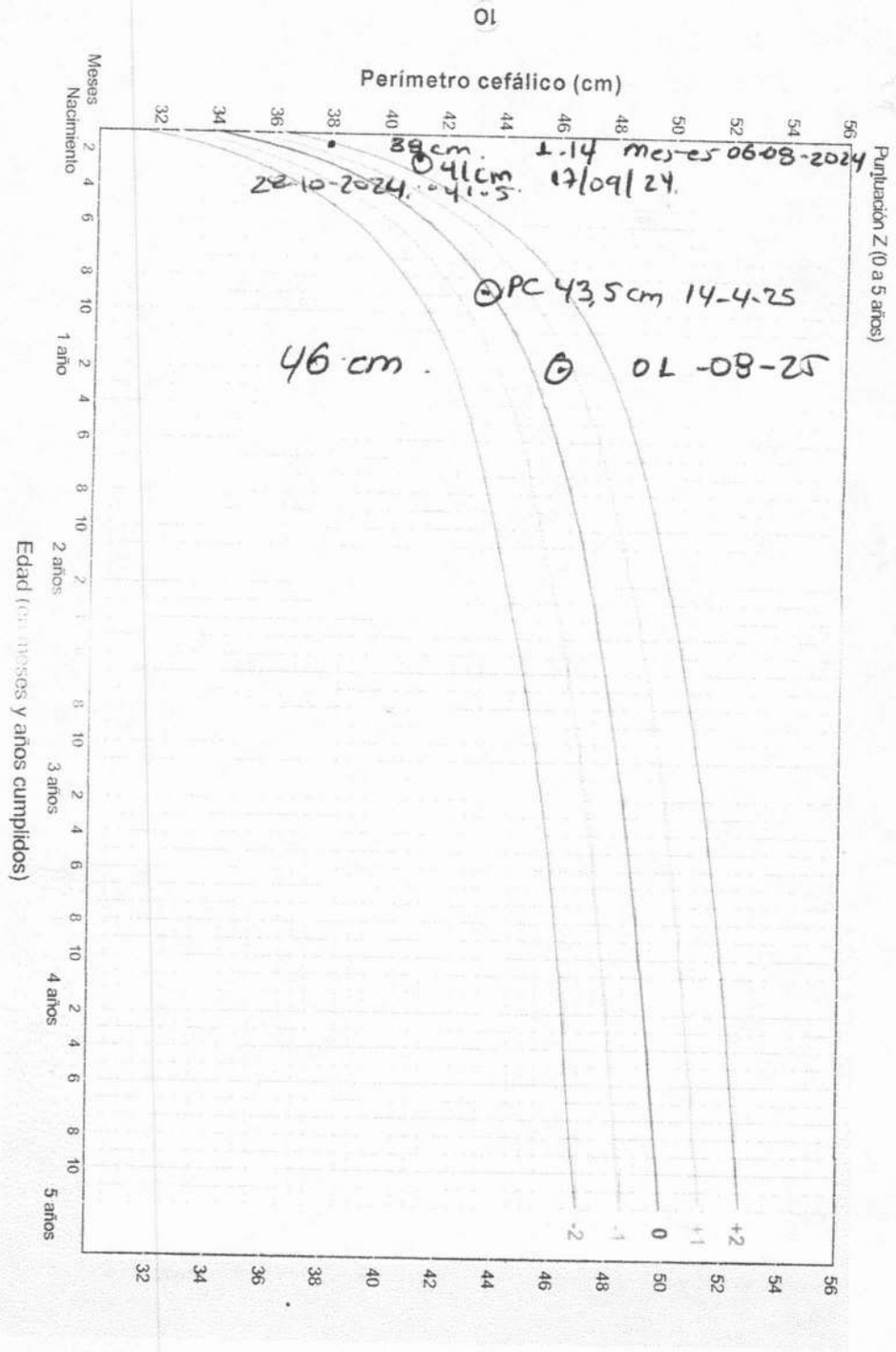
9
Peso (kg)
Meses
Nacimiento
Puntuación Z (0 a 2 años)
06-08-2024.
1 mes y 14 Días
4.5 kg
17/04/24 • 6.5kg
• 7.05 kg - 29-10-2024.
P. 8,5 kg 14-4-25
01-08-25 — 10 kg.
+2
+1
0
-2
1 año
2 años
Edad en meses y años cumplidos)

Peso (kg)
Puntuación Z (0 a 2 años)
Longitud (cm)
06-08-2024
59cm. 4.5kg
6.5kg 7:60 cm 12/09/24.
65cm 7.5kg. 29-10-2024.
P:8.5kg T:74cm 14-4-25
10kg 05-08-2
-3
-2
-1
0
+1
+2
+3

10
R/M


Puntuación Z (0 a 2 años)
IMC (kg/m²)
24
23
22
21
20
19
18
17
16
15
14
13
12
11
10
9
+3
+2
+1
0
-1
-2
17/09/24 • IMC: 18.2
28-10-2024 • 17.8 IMC.
01-08-25 • 16.4
Meses
Nacimiento
2
4
6
8
10
1 año
2
4
6
8
10
2 años
Edad (en meses y años cumplidos)

Longitud (cm)
Meses
Nacimiento
Edad (en meses y años cumplidos)
2 años
Puntuación Z (0 a 2 años)
+1
0
+2
-2
06-08-24
59cm - 4.5 kg
60 cm 17/09/24
65 cm.
T: 74cm 14-4-25
01-08-25 - 79 cm


Perímetro cefálico (cm)
Puntuación Z (0 a 5 años)
Meses Nacimiento
1 año
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)
39cm. 1.14 meses 06-08-2024
41cm 17/09/24.
22-10-2024. 41.5
PC 43,5cm 14-4-25
46 cm.
01-08-25

Vacunar Oportunamente con todas l dosis a tus hijos, **Garantiza la Protección** frente a enfermedades como:

Tuberculosis meningea, 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.

Busca ya las vacunas

¡es gratis, hazlo de una!

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)

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

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

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO			D	M	A
TSH neonatal	Normal	Alterado			
Auditivo OEA/PEAA	Normal	Alterado			
Cardiopatía Congénita Compleja	Normal	Alterado			
Visual	Normal	Alterado			
Resultado Tamizaje Neonatal					

ATENCIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA	D	M	A

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

	D	M	A
1.ª entrega			
2.ª entrega			
3.ª entrega			
4.ª entrega			
5.ª entrega			

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

	D	M	A		
3 años				SI*	NO*
4 años				SI*	NO*
5 años				SI*	NO*

*Menor o igual a 20 normal

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

Edad	Fecha Día	Fecha Mes	Fecha Año	Valoración Nutricional Peso	Valoración Nutricional Talla	Puntuación Z	Atención en salud por
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							

26270497 47

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

	D	M	A
1.ª entrega			
2.ª entrega			
3.ª entrega			

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

12 R/V

Carné de Vacunación

Nombres y Apellidos: Madelyn Sharet Andrade Ceballos

X RC TI OTRO 1.122.344.445

Tipo de Documento: No. de Documento

Fecha de Nacimiento: 23 06 2024

Sexo: Femenino

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: Talla:

Dirección:

Teléfono 1: 3144279652

Teléfono 2:

Responsable: Angela Marcela Ceballos

Municipio de residencia: San Miguel

Departamento: Putumayo

CC: 1.124.861.479

Powered by CamS

Nombres y Apellidos: _____ Tipo de Indentificación _____ No. ID: _____

	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	Sitio vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién Nacido	Tuberculosis meningea (BCG)	Única				Lactancia materna exclusiva	Si ☐ No ☐					
	Hepatitis B	Recién nacido										
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1ª	26	08	24	Biological	L 2 3 [redacted] 0 3	H.F.L.D. ESE				Jeniffer Cabezas
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib) (Pentavalente)	1ª	26	08	24	Serum	L B 5 2 4 0 1 1 0					
	Hepatitis B (Pentavalente)	1ª	26	08	24	Serum	L B 5 2 4 0 1 1 0					
	Difteria, Tétanos, Tosferina (Pentavalente)	1ª	26	08	24	Serum	L B 5 2 4 0 1 1 0					
	Diarrea por rotavirus	1ª	26	08	24	GSK	A R 0 L 0 B 3 8 AB					
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☒	1ª	26	08	24	pfizer	G J 1 9 1 2					
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2ª	29	10	24	Biological	L 2 3 9 0 0 3	H.F.L.D.	CITA: 26-OCT-24			Kelly Jimenez
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib) (Pentavalente)	2ª	29	10	24	Serum	L B 5 2 4 0 1 3 B					
	Hepatitis B (Pentavalente)	2ª	29	10	24	Serum	L B 5 2 4 0 1 3 B					
	Difteria, Tétanos, Tosferina (Pentavalente)	2ª	29	10	24	Serum	L B 5 2 4 0 1 3 B					
	Diarrea por rotavirus	2ª	29	10	24	GSK	A R 0 L 0 B 4 8 AB					
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	2ª	29	10	24	Pfizer	G X 1 9 1 2					
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3ª	17	01	25	Biological	L B 2 7 0 0 3 A	H.F.L.D.	CITA: 29-DIC-24			Eduar Tpial
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib) (Pentavalente)	-	17	01	25	Serum	L B 5 3 X 0 2 0 B					
	Hepatitis B (Pentavalente)	3ª	17	01	25	Serum	L B 5 3 A 0 2 0 B					
	Difteria, Tétanos, Tosferina (Pentavalente)	3ª	17	01	25	Serum	L B 5 3 A 0 2 0 B					
	Influenza estacional	1ª	29	05	25	Seguros	P 1 0 0 7 9 2 7 9 4	H.F.L.D.				Isabel A.
7 meses	Influenza estacional	2ª	25	07	25	Seguros	P 1 0 0 7 9 2 7 9 4	H.F.L.D.				
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1ª	09	07	25	SERUM	D 1 3 2 N 0 7 9 A					
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	Refuerzo	09	07	25	prevenar	H W 2 9 6 3					
	Varicela	1ª	09	07	25	MERCK	4 0 1 B 5 9 0					
	Hepatitis A	Única	09	07	25	MSD	4 0 0 5 2 B 5					
	*Influenza estacional	Anual										
18 meses	Poliomielitis (VIP)	1er Refuerzo										
	Difteria, Tosferina y Tétano DPT ☐ Pentavalente ☐	1er Refuerzo										
	**Fiebre Amarilla	Única	09	07	25	sanofi	4 3 D 1 9	H.F.L.D.	CITA: 17-ENERO 2026.			Ahide Santacruz
5 años	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2ª										
	Poliomielitis (VIP) ☐ (VOPb) ☐	2do Refuerzo										
	Difteria, Tétanos, Tosferina	2do Refuerzo										
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1ª										
		2ª										
		3ª										
Sin rango de edad	Covid-19	1ª										
		2ª										
		1er Refuerzo										
		2do Refuerzo										
Vacunas y otras dosis												

*De acuerdo al antecedente de primovacunación **A los 12 meses en municipios priorizados de acuerdo a la normatividad vigente

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 nutritivos

Powered by CamS

13
RN

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 dorada FECHA: DÍA 05 MES 08 AÑO 25 HORA:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES madelyn SAhuett APELLIDOS andrade ceballos

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [x] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1122344445

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 23 MES: 06 AÑO: 24 / EDAD: 1 años 1 mes

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE 118

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 sí 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)

¿CÓMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides).
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar no cree conveniente aplicarle la vacuna Esquema que tiene esta vacuna: Dos dosis [ ] ó 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: Angela Marcela Caballos

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

Nombres _____ Apellidos _____

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número _____

Firma: _____

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: Eduard Ipial

Firma Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1004768431

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HUO

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.

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

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
NIT. 846.002.309-9

Mi prioridad es tu salud...



Nombres y Apellidos: Madelyn Salvet. Andrade Ceballos.

Doc. de Identidad: 1122344.445. EPS: Emssanar.

Teléfono: 3144279652. Domicilio: V/ El Edén

		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	4A	5A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico													
		Atención en salud por medicina general													
		Atención en salud por enfermería						28-04-25							
		Atención en salud por Odontología													
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor							01-08-2025						
		Profilaxis y remoción de placa							01-02-2026						
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	V	Vacunación													

ADRIAN ALONSO NARVAEZ DELGADO
CC: 1085337747
TP: 031234
UNIDAD AUT. DE ODONTOLOGÍA

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

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

Angela Ceballos.
Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Maritza S.C
Agente educativa

Huella del niño/niña

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA	F2.P2.CE	15/07/2021
	FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN	Versión 4	Página 1 de 1

Autorización – Uso de la imagen de menor de edad:

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad Madelyn Sahiret Andrade Ceballos, identificado (a) con documento de identidad número 1122444445, 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, Angela Marcela Ceballos, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1124661479, 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: Angela Ceballos
Nombre: Angela Marcela Ceballos
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3144279652
Fecha: 04-08-2025
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.

17
R/N

EMPRESA DE ENERGÍA DEL BAJO PUTUMAYO S.A. E.S.P.
Nit. 846.000.553-0 - NUIR: 2-86568000-7
Autorretenedores Res. 547 de 25/01/2002
Responsables de IVA

"Generamos Desarrollo con Energía"

Vigilado Superservicios

Código de Suscripción	SM 44153	Pago oportuno hasta:	22-JUN-2025	Mes Facturado
Factura Nro.	2037147778	Suspensión a partir de:	23-JUN-2025	MAYO 2025

1. Información General

Nombre:	FRANCY YESENIA CABRERA SANTACRUZ	17-MAY-2025	Último pago	$	62,730
Dirección:	VDA EL ESPINAL	Tuve servicio de energía entre:	02-ABR-2025 - 09-MAY-2025 (37)		26-MAY-2025

Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Área	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Tarifa	División Geopolítica
SM3	S303	2	1	RESIDENCIAL	RURAL	1	2.5	AEREA	EMPRESA	105	SAN MIGUEL - VEREDA RISARALDA

Tipo de Documento	Fecha y hora de Emisión	Fecha y hora de Generación	Medio de Pago	Forma de Pago	Factura Electrónica de Venta	
FACTURA DE VENTA	26\05\0025	26\05\0025	PAGO EN EFECTIVO	CONTADO	EEBP	258272

2. Información Consumo Energía

Componentes del Costo (CU): Generación 408.27 + Transmisión 62.20 + Distribución 269.61 + Comercialización 126.67 + Pérdidas 59.16 + Restricción 43.58 = CU 969.71 ($/KwH)

2A. Información Medidor

Marca	Serial	Factor Múltiplo
HIK	19667988	1

2B. Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	2090	2028
Reactiva:		

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

2C. Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	62		
Consumo Reactiva KVarh:	0		
Costo del consumo $	60121.4		
Tarifa (hasta 173 Kwh):	444.53		
Subsidio: %	54.158	$	-32560.55
Contribución: %	0	$	0
Sub Total $	27560.85		

Meses en deuda: 1 % Tasa Interés Moratorio: .5

2D. Consumo Ultimos 6 Meses

Mes	Consumo
2025/Abr	98
2025/Mar	31
2025/Feb	17
2025/Ene	47
2024/Dic	57
2024/Nov	56
Promedio:	51

2E. Información Calidad del Servicio

Tel. O.R. EEPB 01 8000 942415
Transformador SRS152 Grupo 32
DIUG 95.56 FIUG 36 Circuito C14
Cargo D 265.83 Dscto %t 20
CEC 99.75
DIU 108.09 FIU 102.00
HC 5.03 VC 6.00
Valor a compensar 10,606.66

3. Información de Créditos EEBP

Tipo de Plan	Capital Crédito	No. Cuotas	Saldo Capital	Cuotas Pagadas	Cuotas por Facturar

2133

Gerente General

4. Detalle Conceptos del Servicio de Energía

Conceptos EEBP	Valor Liquidado	Saldo Anterior	Saldo a Favor o Anticipado	TOTAL
ACTIVA SENCILLA MONOMIA	60.121.40	0	0.00	60.121
SUBSIDIO	32,560.55	0	0.00	32,561
AJUSTE A SUBSIDIO	945.17	0	0.00	945
COMPENSACION RES CREG_015/2018	10,606.66	0	0.00	10,607
AJUSTE A LA DECENA	3.36	0	0.00	3
				17,896

5. Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP

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	7,584	0	7,584

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		0	0	0	0	0	0	0

*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
17,896		7,584		0		0		25,480

(415)7709998005532(8020)1000203714777816(3900)0000025480(96)20250622

CUFE:
229477b49e62d427d30f3f3e38a093683fdd2586a01ce36795bba51536efd
6675f07c6205414ab2220581298 5ee88e28

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

www.eebpsa.com.co @eebpsaesp /eebpsa

Doc. Electrónico EEBP 258272

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 Derecho Civil y Comercial Ley 142 Art. 130

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

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

18

Ciudad

Nombre completo de la niña o niño Madelyn Sahiret Andrade Ceballos.

Fecha de nacimiento 23 06 2024 **N° Documento de Identidad** 1122344445

Sexo Masculino ○ Femenino ● **Fecha de 1er día de atención en el año** 04 08 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Maritza Siagama Certiga.

Fecha de registro cualitativo 04 11 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

Se puede evidenciar que a la niña Medelyn se encuentra dentro de lo esperado teniendo encuenta que ha cumplido con los 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 Dia 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)***

Valoración Cualitativa	Relación con los demás													Relación consigo mismo/a										Relación con el mundo								
	Comunicación						Interacción						Construcción de normas			Identidad						Autoestima			Manejo corporal			Conocimiento de los objetos			Relaciones de causalidad			Representación de la Realidad Social		
	Verbal			No verbal			Independencia			Cooperación			Autonomía			Personal			Social															
⇨	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a
0 a 6 meses	1 2 3	1 2 3	1 2 3	4 5	4 5	4 5	6 7	6 7	6 7	8 9	8 9	8 9	10	10	10	11 12 13	11 12 13	11 12 13	14 15	14 15	14 15	16 17 18	16 17 18	16 17 18	19 20 21 22	19 20 21 22	19 20 21 22	23	23	23	24	24	24	25	25	25
6 meses y 1 día a 12 meses	1 2	1 2	1 2	3 4	3 4	3 4	5 6 7 8	5 6 7 8	5 6 7 8	9 10	9 10	9 10	11 12 13 14	11 12 13 14	11 12 13 14	15 16 17 18	15 16 17 18	15 16 17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22	22	22	23 24 25 26	23 24 25 26	23 24 25 26	27 28	27 28	27 28	29 30 31	29 30 31	29 30 31	32 33	32 33	32 33
1 año y 1 día a 2 años	1 2	1 2	1 2	3 4 5	3 4 5	3 4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9 10	9 10	9 10	11 12	11 12	11 12	13 14	13 14	13 14	15 16	15 16	11 16	17 18 19	17 18 19	17 18 19	20 21	20 21	20 21	22 23	22 23	22 23	24	24	24	25 26	25 26	25 26
2 años y 1 día a 3 años	1 2 3	1 2 3	1 2 3	4 5	4 5	4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9	9	9	10 11 12	10 11 12	10 11 12	13 14	13 14	13 14	15	15	15	16 17 18	16 17 18	16 17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22 23 24	22 23 24	22 23 24	25 26	25 26	25 26	27	27	27
3 años y 1 día a 4 años	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9 10 11	9 10 11	9 10 11	12	12	12	13 14 15 16	13 14 15 16	13 14 15 16	17 18	17 18	17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22 23 24 25	22 23 24 25	22 23 24 25	26 27	26 27	26 27	28 29 30	28 29 30	28 29 30	31 32 33 34	31 32 33 34	31 32 33 34	35 36	35 36	35 36
4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días	1 2	1 2	1 2	3	3	3	4 5	4 5	4 5	6 7	6 7	6 7	8	8	8	9 10	9 10	9 10	11 12	11 12	11 12	13 14	13 14	13 14	15	15	15	16 17	16 17	16 17	18	18	18	19 20	19 20	19 20

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Madelyn Sahiret Andrade. UNIDAD DE ATENCIÓN: Caminadores AGENTE EDUCATIVO: Maritza

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 04-08-2025

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)
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 comunicación es imposible ya que la madre no contesta llamadas ni mensaje de textos. la agente se comunica más tarde para saber la razón.	Maritza S.C	

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
24-11-2025	La niña usuaria no asiste el día de hoy por el motivo que se encuentra cumpliendo actos, eso manifiesta la madre de familia al comunicar con la agente educativa.
25-11-2025	La niña usuaria 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: Madelyn Sahivet A UNIDAD DE ATENCIÓN: Caminadores AGENTE EDUCATIVO: Maritza

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 04-08-2025

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)
23-10-2025	Durante el diligenciamiento del formato RAM y llamado a lista se observa la inasistencia de la niña usuaria.	La agente educativa se comunica con la madre de familia, y ella manifiesta que por motivo personal no pudo traer a la niña el día de hoy	Maritza	Angela Ceballos.

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
24-10-2025	La niña usuaria ingresa con total normalidad a la sala caminadores

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

21
21/V

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Madelyn Sahiret A UNIDAD DE ATENCIÓN: Caminadores AGENTE EDUCATIVO: Maritza

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 04-E-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)
17-10-2025	Durante el diligenciamiento del formato RAM y llamado a asistencia se observa la inasistencia del niño usuario.	La agente educativa se comunica con la madre de familia, por medio de llamada y mensaje para saber el motivo de la inasistencia la madre no contesta ni las llamadas ni los mensaje. La agente tratara de comunicar otra vez para saber el motivo de la inasistencia, siendo 8:16 am, 10:9 La madre informa que la niña se encuentra bien, sino por motivo personal no lo trajo.	Maritza S.C	Angela Caballos.

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	20-10-2025 El niño usuario ingresa con total normalidad a la sala caminadores, Alegre y con entusiasmo.

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Madelyn Sahiret UNIDAD DE ATENCIÓN: Caminadores AGENTE EDUCATIVO: Maritza

MUNICIPIO: San Migue FECHA DE INGRESO: 04-8-2025

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 observa la inasistencia del niño usuario.	La agente educativa se comunica con la madre, pero es imposible, más tarde se volverá a comunicar para saber como se encuentra la niña usuaria. La madre manifiesta que la niña usuaria se encuentra bien, por motivo de la lluvia no la trajo.	Maritza	

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
06-10-2025	La niña usuaria se encuentra bien de salud desde casa.

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Madelyn Sahiret **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Sala cuna **AGENTE EDUCATIVO:** Maritza

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 4-8-2025

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	Durante el diligenciamiento del formato RAM y llamado a lista se observa la inasistencia de la niña usuaria.	La agente educativa llama a la madre de familia para preguntar y la madre manifiesta que la niña amaneció aparentemente con fiebre, la agente educativa le hace la recomendación de llevar al medico. Tambien informa que la niña tiene diarrea.	Maritza	Angela ceballos.

3142749852

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
17-9-2025	La agente educativa se comunica con la madre de familia para conocer el motivo de la inasistencia, la madre manifiesta por medio de una llamada telefonica que no la a traido, por que la tiene con medicamentos y por tal razon no lo ha traido, la agente educativa le habla a la madre de la importancia de llevarlo al medico, por el caso de diarrea. El caso se remite a apoyo Salud y nutricici.
17/09/25	Desde el componente de salud y nutrición se realizó llamada telefónica a la madre de familia para conocer el estado de salud de la niña. La mamá comento que "La niña se encuentra con Malestar estomacal, esta en la casa recuperandose y le estoy dando antibioticos el que siempre le mandan" Por esta razon se realizo recomendación de evitar automedicar a la niña y si los síntomas continuan, llevarla a atención médica. Por lo tanto continuaremos realizando el seguimiento respectivo. Angela Marcela Medina Gamba
18-09-25	La niña usuaria ingresa con total normalidad a la sala de caminadores, la madre de familia manifiesta que esta muy bien, fisicamente. Siendo 9:22 am la agente educativa observa que la niña continua con diarrea. Este caso se remite a apoyo.

Fundación Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
18/04/2025	Posteriormente al reporte de agente educativa se procede a realizar llamada telefonica con el fin de informar que la niña continua con diarrea desde el CDI y que se necesita atención medica ya que han sido varios dias los cuales se ha presentado sintomatologia de fiebre y diarrea. Madre de familia es receptiva a la llamada e informa que ya se acercara al CDI por la niña y consultar por medico se recomienda informar cualquier novedad. Siendo la 1:18 madre de familia recoge a la menor. Manifesta que llevara a la niña por medico particular y se compromete en hacer llegar historial medico y formula medica. Margarita Alzate x Angela Marcela Ceballos
19-04-2025	La agente educativa se esta comunicando con la madre de familia para conocer el motivo de la inasistencia y para saber como le fue el dia de ayer, pero es imposible la comunicación con la madre de familia, ya que no contesta llamada y mensaje, la agente estara comunicando continuamente en el transcurso del día.
19/04/25	Con el fin de realizar seguimiento al estado de salud de la niña se realiza llamado telefonico a madre de familia la cual comenta que la niña se encuentra mucho mejor que desde la tarde de ayer y el dia de hoy no ha presentado más deposiciones y que se le esta suministrando medicamento enviado por medico particular los cuales son: Exterogermina, sulfato de zinc Dolex bebes, Electrolit y alergibon Kids. Se realizan recomendaciones de cuidado y la adecuada suministro de los medicamentos e informar cualquier novedad. Margarita

Fundación Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
22/04/25	Siendo las 9:44 am se establece comunicación vía whatsapp con la madre de familia para organizar el cumplimiento del tratamiento médico. Por ende durante los días restantes que faltan para completar el tratamiento la madre realizara el ingreso a la unidad con la niña a las 8:30 am. Además se identifica que los síntomas estan controlados, no se evidencias novedades adicionales y la menor realizó su reingreso normal. a la unidad.
29/04/25	La niña se observa mejoria en cuanto a su estado de salud.

Fundación Alma de Vida
Fortalecimiento caminos de esperanza
Salud mental, pedagogía y desarrollo social

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Madelyn Sahiret **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Sala cuna **AGENTE EDUCATIVO:** Maritza

MUNICIPIO: San Miguel. **FECHA DE INGRESO:** 4-08-2025.

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)
26-08-2025	Durante el diligenciamiento del formato RAM y llamado a lista se puede observar que la niña usuaria no asiste.	La agente educativa se comunica con la madre pero los mensajes y llamadas no son contestadas, la agente educativa estara intentando comunicar con la madre para saber el motivo de la inasistencia, siendo 8:10 am. 9:38 La madre de familia manifiesta que la niña usuaria presenta gripa por tal razon no asistira.	Maritza	

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	27-08-2025 La niña usuaria ingresa con fatal normalidad a la sala de caminadores.

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Madelyn Sahiret A UNIDAD DE ATENCIÓN: Salacuna AGENTE EDUCATIVO: Maritza

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 04-08-2025

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)
06-08-2025	La niña ingresa como usuaria nueva a la unidad de caminadores el día de hoy, lo cual es un proceso para su adaptación, es importante el respecto y el amor que se le brinda para su adaptación. Nota: Al igual la niña ingresa en el labio con Hemagioma que fue producido desde el nacimiento. Abjunto Anexo.	La Agente educativa habla con la madre sobre el proceso de adaptación que es importante que los niños se adapten de forma amorosa y tranquila por lo cual ella tiene un horario de salida 2:00 pm durante los 5 días, un acuerdo realizado por ambos.	Maritza	Angela ceballos

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	9-08-2025 - La niña se adapta a la sala y los niños y niñas de forma espontea.

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

EDIC LASER ORITO

21

Medic Laser S.A.S

CLINICA MEDIC LASER IPS S.A.S.

codigo de habilitacion 863200059801 Nit: 900454848

Dir:CARRERA 13 # 8-267 BARRIO COLOMBIA Tel: 3135122785-3212115767

ORDEN MEDICA CONSULTA EXTERNA.

PACIENTE: ANDRADE CEBALLOS MADELYN SAHIRET
No HISTORIA: 1122344445
IDENTIFICACION: RC1122344445
EMPRESA: EMSSANAR E.P.S S.A.S..
REGIMEN: Subsidiado

EDAD: 6 Meses
SEXO: Femenino
FEC. NAC: 23/06/2024

FOLIO No: 58438 **FECHA:** 16/01/2025 3:16 p.m.
ADMIN No: 92500
TELEFONO: 3125190149 3144279652
MUNICIPIO: ORITO PUT
DIRECCION: VERDA EL ESPINAL

DIAGNOSTICO:
D180-HEMANGIOMA. DE CUALQUIER SITIO
Z762-CONSULTA ATENCION Y SUPERVISION DE SALUD DE OTR NIÑOS O LACTAN.ES SANO

No	Codigo	Descripcion.	Cant
1	890383	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR PEDIATRIA Observaciones: CONTROL EN 3 MESES	1
2	890229	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA Observaciones: PRIORITARIO	1
3	895100	ELECTROCARDIOGRAMA Observaciones: PRIORITARIO	1
4	881202	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO Observaciones: PRIORITARIO	1
5	890242	CONSULTA ESPECIALIZADA DE DERMATOLOGIA Observaciones: PEDIATRICO PRIORITARIO	1

PROFESIONAL: FIGUEROA GALVIS ALEXANDRA JHAQUELINE
REG MEDICO: 1107045818
ESPECIALIDAD: PEDIATRIA

Firma Paciente: Dispensado: Validacion Farmaceutica:

Fecha Impresion: 16/01/2025 InfoSalud Net

Mar 26 llamar cargo

CLINICA MEDIC LASER IPS S.A.S.

Codigo de habilitacion 863200059801 NIT: 900454848-1

Dir. CARRERA 13 # 8-267 BARRIO COLOMBIA Tel. 3135122785-3212115767.

HISTORIA CLINICA PEDIATRICA.

Folio No: 81028 Admision No: 92500

PACIENTE: ANDRADE CEBALLOS MADELYN SAHIRET **E.CIVIL:** FECHA ATENCION: 16/01/2025 02:58 p. m.
IDENTIFICACION: RC1122344445 **EDAD:** 6 Meses
No HISTORIA: 1122344445 **SEXO:** Femenino **TELEFONO:** 3125190149 3144279652
EMPRESA: EMSSANAR E.P.S S.A.S.. **FEC. NAC:** 23/06/2024 **MUNICIPIO:** ORITO PUT
REGIMEN: Subsidiado **DIRECCION:** VERDA EL ESPINAL
D180-HEMANGIOMA. DE CUALQUIER SITIO
NOMBRE DEL PADRE: FREDY ANDRADE **NOMBRE DE LA MADRE:** ANGELA MARCELA SEBALLOS

MOTIVO DE CONSULTA:

control

ENFERMEDAD ACTUAL:

Se trata de lactante menor de 6 meses y 23 dias de edad, antedente de hopsitalizacion por neurmonia bacteriana en dic/2024 por 4 dias, manejo con ampicilina + nebulizaciones, no sintomas respiratorios.
Antecedente de hemangioma a nivel de labio inferior, acude a consulta de control con pediatria para renovar orden para valoracion con cardiologia y dermatologia, alimentación: lactancia materna + Nestogeno formula 1, adecuado patron de sueño. habito intestinal normal.
Actualmente la madre refiere con buen estado general, no sintomas respiratorios, afebril, niega vómitos diarreas u otros.
Adecuado Neurodesarrollo:
-Motor grueso: sedente en posición trípode, giros simétricos. Levanta cabeza coge y chupa pies.
-Motor fino: agarre de pies simétrico, deja caer objetos con intención (aprende a soltar-profundidad).
-Lenguaje: balbuceo, monosilabos, recibe bien alimentos blandos (cuchara).
-Social: encuentra objeto escondido (si vio), rie carcajadas.

Valoracion
Dermatologia (02/12/24): hemangioma en labio inferior se solicio valoracion con cardiologia para ecocardiograma + EKG para inicio de tratamiento con propanolol.

ANTECEDENTES PERSONALES:

GENERAL: Antecedentes:
* hemoclasificacion BB O+/madreO+
* patológicos: hemangioma en labio inferior.
* alérgico:niega
* quirúrgicos:niega
* familiares: niega
* farmacológicos: niega
* transfusionales: niega
* traumatológicos: niega
* hospitalarios: Neumonia bacteriana en dic 2024 (4 dias).
* vacunación: PAI completo para la edad (trae carné de vacunación).
* perinatales: madre de 29 años g:4 p:3 c1 v:4, nacido a las 38 semanas, parto via cesarea por RPM mas de 24h sin complicaciones, peso al nacer: 2600 grs talla al nacer: 49cm, PC: 34 CM, PT 32 CM, APGAR 8-9-10, No Requirió UCIN, onfalorrexis a la semana. No consanguinidad. TORCH normal. TSH pend.
Potenciales evocados auditivos (24/06/24): normal.
Pend valoración con oftalmologia.
Radiografia de caderas normal (pend reporte formal)
Crecimiento y desarrollo.

REVISION POR SISTEMA

No Refiere
CABEZA:. . . . . No Refiere
OJOS:. . . . . No Refiere
NARIZ: . . . . . No Refiere
OIDOS: . . . . . No Refiere
OROFAFINGE:. . . . . No Refiere
CUELLO:. . . . . No Refiere
RESPIRATORIO:. . . . No Refiere
NEUROLOGICO: . . . . No Refiere
ENDOCRINO: . . . . . No Refiere
MUSCULO(ESQUELETICO: No Refiere
HEMATOPOYETICO:. . . No Refiere
LINFORRETICULAR: . . No Refiere
PSIQUIATRICOS: . . . No Refiere
PIEL Y FANERAS:. . . No Refiere
ARTICULAR: . . . . . No Refiere
CARDIOVASCULAR:. . . No Refiere
GASTRO - INTESTINAL: No Refiere
GINECOLOGICO:. . . . No Refiere
UROLOGICO: . . . . . No Refiere

PRESCRIPCION DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS
CENTRO MEDICO PEDIATRICO - PASTO
Dirección: Carrera 40 # 18-120 Barrio Palermo | Pasto, Nariño
Teléfono: 3164205083
6027232080 - 6027313222

ÓRDENES MÉDICAS

IDENTIFICACIÓN Y DATOS GENERALES DEL PACIENTE

Nombres: MADELIN SAHIRET Apellidos: ANDRADE CEBALLOS
Tipo de Identificación:Registro civil No. de Identificación: 1122344445 Fecha de Nacimiento: 23/06/2024
Edad: 5 meses 14 días Sexo: Femenino
Departamento: Putumayo Ciudad: San Miguel
Dirección: VDA. ESPINAL LA DORADA PUTUMAYO
Teléfono Celular: 3125190149

Fecha y hora de inicio de la atención: 07/12/2024 10:10:13 Nombre de consulta: Cita de primera vez - Atención 1

Fecha de Prescripción: 07/12/2024 10:50 Horas **Código de Orden:** 1926117

Procedimiento: Electrocardiograma De Ritmo O De Superficie Sod	**Código: 895100**
OBSERVACIONES: Electrocardiograma pediátrico	
Procedimiento: Ecocardiograma Transtorácico	**Código: 881202**
OBSERVACIONES: pediátrico	

Modalidad de Atención: Intramural

Gabriel Jaime Giraldo Duarte
CC No. 1018443584 / TP 1018443584
Pediatría

Gabriel J. Giraldo Duarte
ESPECIALISTA EN PEDIATRIA
R.M. 1.018.443.584
Universidad Nacional de Colombia

Impresión realizada por: Gabriel Jaime Giraldo Duarte
Fecha y hora de impresión: 07/12/2024 10:51

MADELIN SAHIRET ANDRADE CEBALLOS