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: 12 / 06 / 2025

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Tipo de participante: (X) 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: (X) 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: 1.122.344.264

Fecha nacimiento: 17 / 06 / 2023

Nombres: thiago Benyamin

Apellidos: Romo chacua

Presenta discapacidad? ( ) Sí ( ) No

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

¿Se autoreconoce en alguno de los siguientes grupos poblacionales? ( ) Sí ( ) 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: Urbana

Barrio:

Vereda: N. Risaralda

Sector:

Dirección: Se guida de la casa de NOE., que trabajan realizando puente

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

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

Tipo documento identidad: ( ) Tarjeta identidad (X) 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: 1.122.336.318

Nombres: Yessica Margoth

Apellidos: chacua Selve

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 16 / 05 / 1996

Correo electrónico: Yesicachacua@gmail.com

Número de celular: 3214770270

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: Yessica chacua

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Alexandra Criollo.

Observaciones:

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:

Thiago Benyamin Romo chacua

N° DOCUMENTO: 1.122.344267 TIPO DOCUMENTO: RC X CC ___ OTRO ___

FECHA DE NACIMIENTO: 17-06-2023 EDAD: 1.11 m.

LUGAR DE NACIMIENTO: Valle del Guamuez.

NOMBRE DE LA UDS: CDI. Fronteras de paz

CODIGO UDS: 8645711269 72 BARRIO/VEREDA: B/ 7 Agosto.

FECHA DE INGRESO: 12-06-2025 FECHA DE RETIRO: _____

SISBEN: A2 EPS: Nueva EPS. RÉGIMEN (C)__ (S) X

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

GRUPO ETNICO: SI___ NO X ¿CUAL? _____

GRUPO AFROCOLOMBIANO: SI___ NO X ¿CUAL? _____

NOMBRE DE LA MADRE: Yessica Margoth chacua seseve

N° CÉDULA: 1122336318 LUGAR DE EXPEDICIÓN: San Miguel la Dorada

NOMBRE DEL PADRE: Marcos wilfredo Romo Guevara

N° CÉDULA: 1.076.822.725 LUGAR DE EXPEDICIÓN: Sn. Miguel la Dorada

N° DE CELULAR: 3214770270

NOMBRE DEL ACUDIENTE: Yessica Chacua

N° CÉDULA: 1122336318 LUGAR DE EXPEDICIÓN: San Miguel PTY

DIRECCIÓN VIVIENDA: V/ N. Risaralda ZONA POBLACIONAL: (R)__ (U) X

NUMERO DE CELULAR 3214770270.

Yessica chacua — FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Alexandra Criollo — NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.122.344.264

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 63693536

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

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

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

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

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ROMO	CHACUA

Nombre(s)

THIAGO BENYAMIN

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2023 Mes JUN Día 17	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA PUTUMAYO VALLE DEL GUAMUEZ

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	230683105176 28

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

CHACUA SECUE YESSICA MARGOTH

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.122.336.318	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

ROMO GUEVARA MARCOS WILFREDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.076.822.725	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CHACUA SECUE YESSICA MARGOTH

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.122.336.318	Yessica Chacua

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 2023 Mes JUN Día 27	ROY EDISON

4

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.122.344.264

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 63693536

63693536

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** 6 3

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
ROMO	CHACUA

Nombre(s)

THIAGO EEMYAHIN

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2 0 1 3 Mes 0 1 1 Día 1 7	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA PUTUMAYO VALLE DEL GUAMUEZ

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	230653105176 28

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

CHACUA SECUE YESSICA MARGOTH

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.122.336.318	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

ROMO GUEVARA MARCOS WILFREDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.076.822.725	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CHACUA SECUE YESSICA MARGOTH

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.122.336.318	Yessica Chacua

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2 0 1 3 Mes 0 1 1 Día 1 7	ROY EDISON CALLE QUIRAMA - REGIST Nombre y firma

dispapeles 60295

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

5

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.076.822.725**
ROMO GUEVARA

APELLIDOS
MARCOS WILFREDO

NOMBRES

Marcos wilfredo Romo.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-ABR-1995**
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.67	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

25-ABR-2013 CONDOTO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1701300-00474021-M-1076822725-20130922 **00350**14902A 1 39692481



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.122.336.318

CHACUA SECUE
APELLIDOS

YESSICA MARGOTH
NOMBRES

Jessica chacua
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 16-MAY-1996
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

05-JUN-2014 BELEN DE UMBRIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-2402100-00589357-F-1122336318-20140618 0039039669A 1 42122482

7

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	1122344264
NOMBRES	THIAGO BEMYAMIN
APELLIDOS	ROMO CHACUA
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	NUEVA EPS S.A. -CM	SUBSIDIADO	26/06/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/25/2025 09:17:24	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

8

Registro válido

Fecha de consulta: **25/03/2025**

Ficha: **86757043479800000070**

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: **THIAGO BEMYAMIN**

Apellidos: **ROMO CHACUA**

Tipo de documento: **Registro civil**

Número de documento: **1122344264**

Municipio: **San Miguel**

Departamento: **Putumayo**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **17/11/2017**

Última actualización ciudadano: **28/06/2023**

Última actualización via registros administrativos: **25/11/2023**

***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**

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...Sanos



E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

Nombres: Thiago Benyamin	Apellidos: Romo Chacua.
Fecha de nacimiento: DÍA 17 / MES 06 / AÑO 2023	Historia Clínica: 1.122344264.
Barrio/Vereda: La 4	Responsable del niño: Yessica Chacua
Teléfono: 3214770270.	EPS: Nueva EPS

CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ	
				SI	NO
17	Agosto	2023	Enf	✓	
17	Octubre	2023	Med	SI ✓	
18	Diciembre	2023	Enf	Si ✓	
17	03	2024	Enf	Si ✓	
17	06	2024.	Med.	Si ✓	
17	12	2024	Enf.		
03	Febrero	2025	Enfer	Si ✓ Milena C.	
17	Junio	2025	Medico	-	X
26	06	2025	Enf	✓	
17	12	2025			

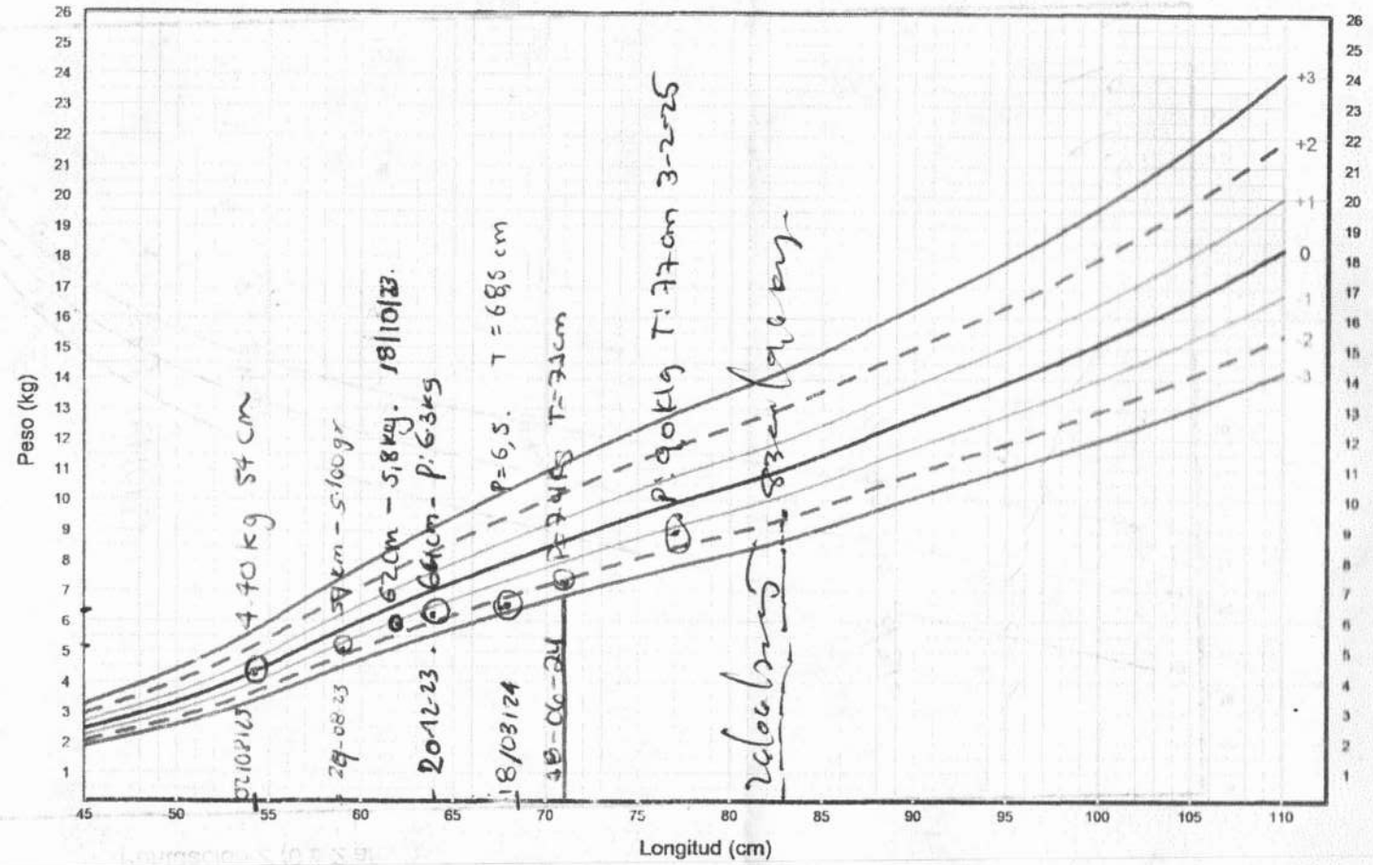
Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
02/08/23	4.40	54	38	12	15.1	17/08/23	
24-08-23	5.1kg	59	40	12	14.7	17-10-23	
18/10/23	5,8 kg	62	43	13	15.1	18-12-23	
20-12-23	6.3	64	43	13	15.4	17-03-24	
18-03-24	6,5	68,5	45	12	14.1	17-06-24	
18-06-24	7.4	71	46	12	14.7	17-12-24	
3-2-2025	90	77	47,5	14	15,2	17-06-2025	Milena C.
13-03-2025	9,5	81	48	13,5	14,5	control	Milena C.
24/06/25	9,6	83	49	13,9	13,9	17/12/25	

12 RV

12 RV

Peso para la Talla Niños

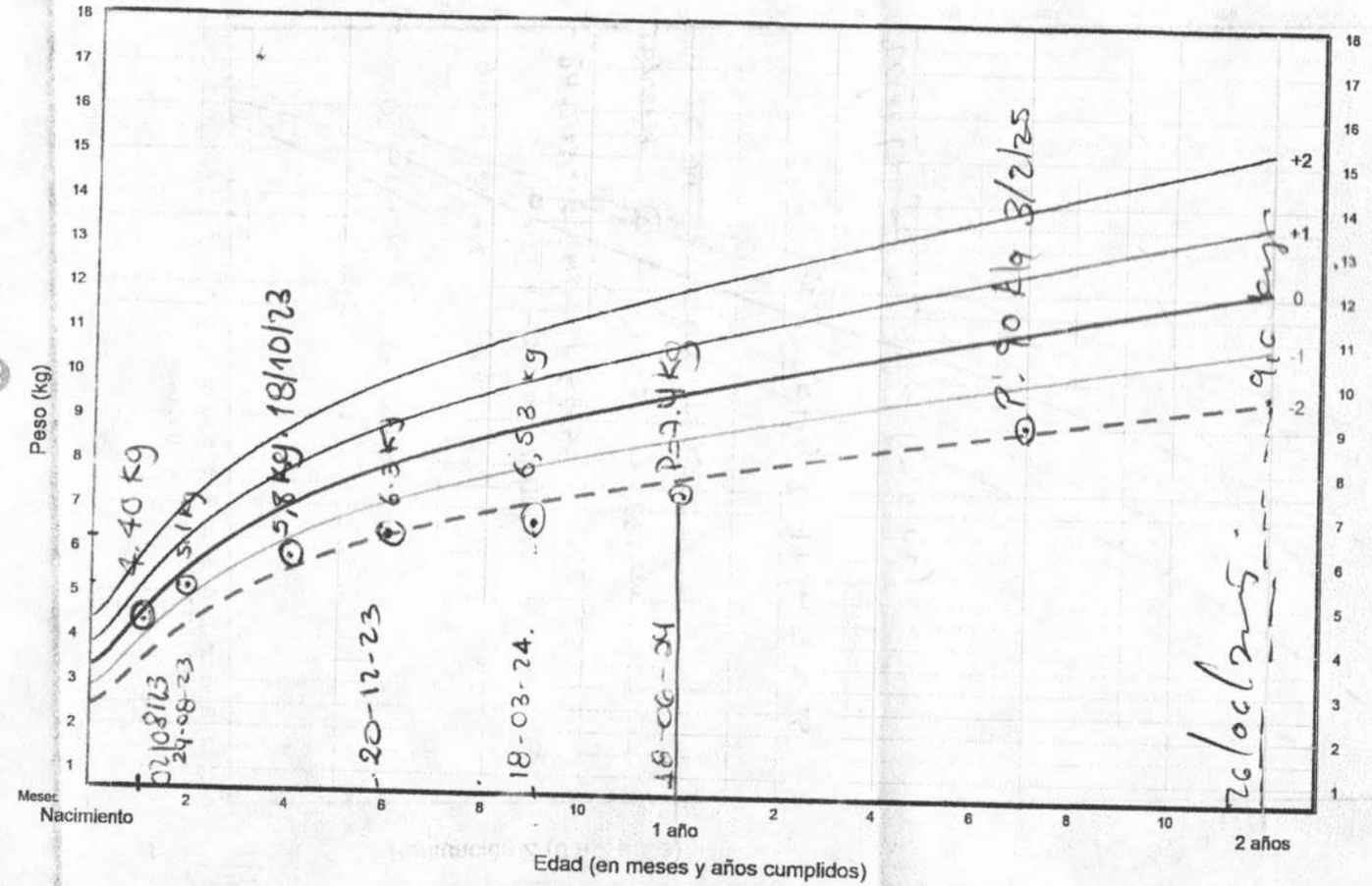
Puntuación Z (0 a 2 años)



13

Peso para la Edad Niños

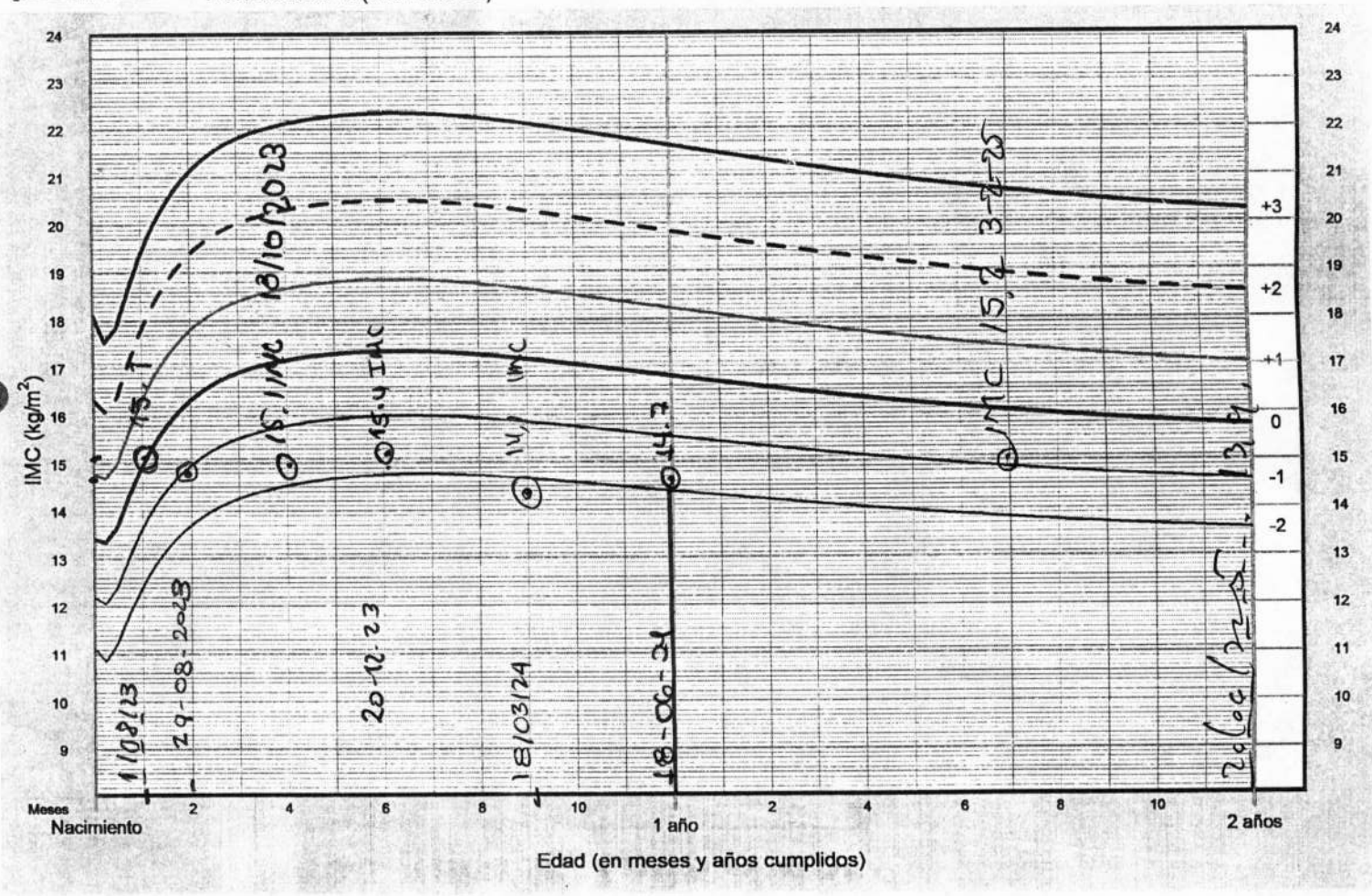
Puntuación Z (0 a 2 años)



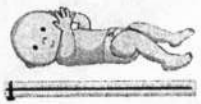
14

IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)

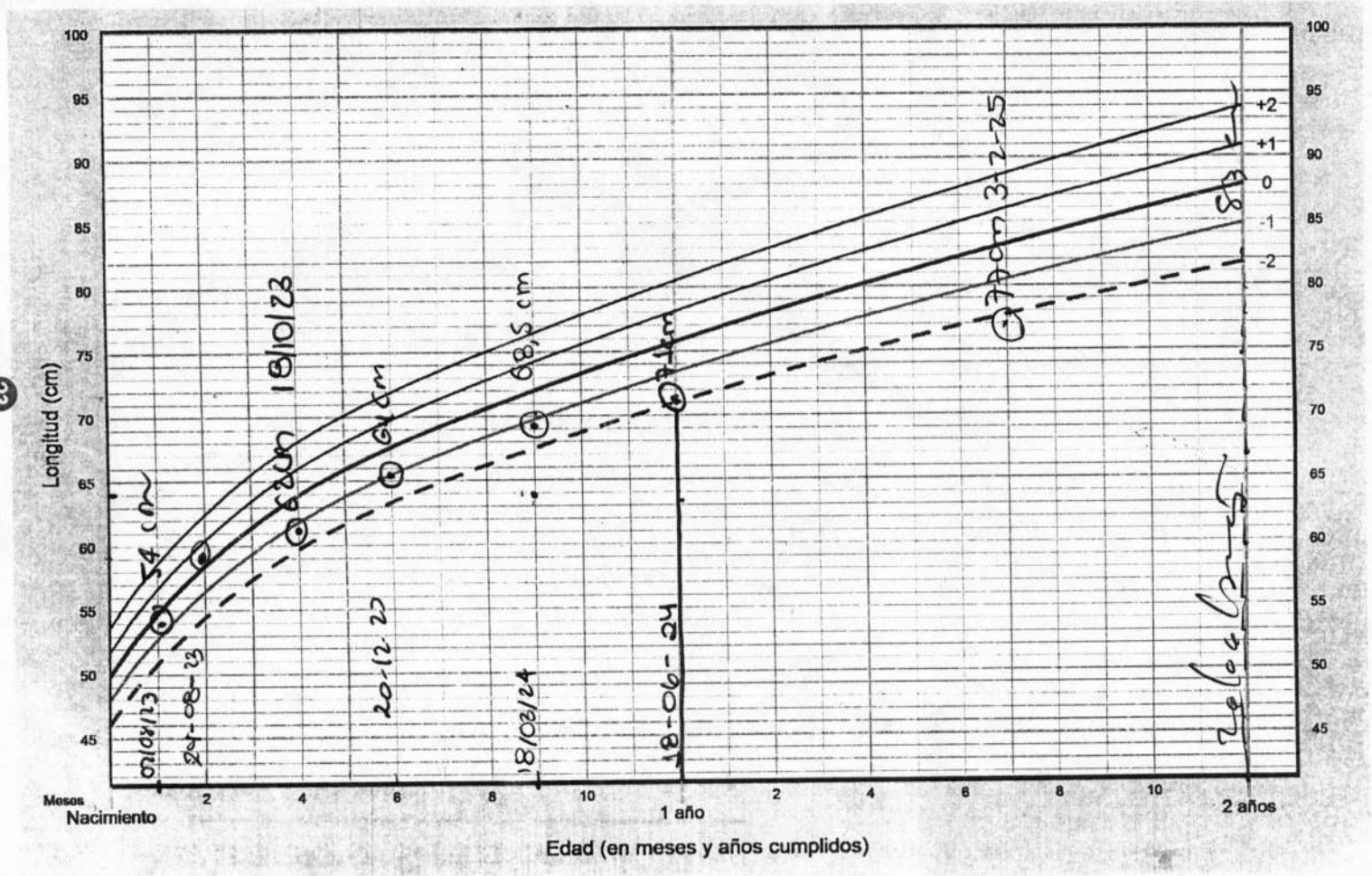


15



Talla para la Edad Niños

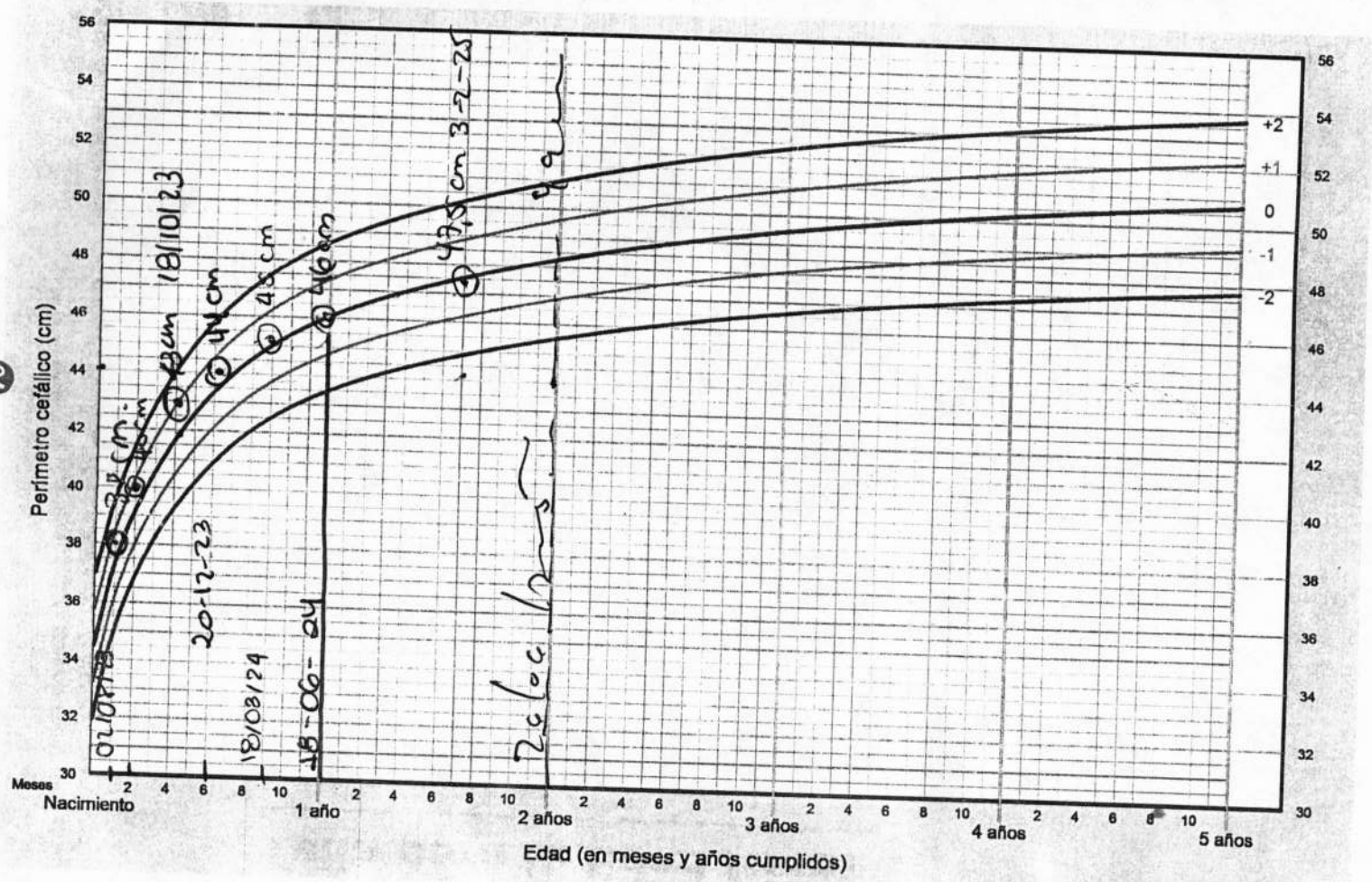
Puntuación Z (0 a 2 años)



16

Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)



24

17

Nombres y Apellidos: Thiago Benyamin Romo Chacua

Tipo de Indentificación RC No. ID: 1722344264

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
					Lactancia materna exclusiva		Si ☐ No ☐					
Tuberculosis meningea (BCG)	Única	17	Junio	2023	Serum	0	3 7 1 M A 0 3 1	EJE HJCJ				Diana cadena
Hepatitis B	Recién nacido	17	Junio	2023	Serum	0	3 2 2 Y 0 0 9 A					Diana Cadena
					Lactancia materna exclusiva		Si ☐ No ☐		17	Abo	2023	
Pentavalente Poliomielitis (VIP)	1ª	29	08	23	Biologicals.	2	2 0 8 0 1 6					
Pentavalente Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1ª	29	08	23	Serum	2	8 5 1 4 0 3 3 C					
Pentavalente Hepatitis B	1ª	29	08	23	Serum	2	8 5 1 4 0 3 3 C					
Pentavalente Difteria, Tétanos, Tosferina	1ª	29	08	23	Serum.	2	8 1 1 4 C 3 3 C					
Pentavalente Diarrea por rotavirus	1ª	29	08	23	GSK	A	P 0 L D 0 9 3 AA	HFCJ				Paula.
Pentavalente Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☒	1ª	29	08	23	Pfizer	F	R 4 8 9 5.					
					Lactancia materna exclusiva		Si ☐ No ☐		Cita:			
Pentavalente ~~Poliomielitis (VIP)~~	2ª	07	11	23	Biolog	2	2 3 4 0 0 1		29- Octubre			
Pentavalente Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2ª	07	11	23	Serum	2	8 5 1 4 0 3 3 C		2023.			
Pentavalente Hepatitis B	2ª	07	11	23	Serum	2	8 5 1 4 0 3 3 C					
Pentavalente Difteria, Tétanos, Tosferina	2ª	07	11	23	Serum	2	8 5 1 4 0 3 3 C					
Pentavalente Diarrea por rotavirus	2ª	07	11	23	GSK	A	R 0 L D 4 6 6 A	HFLD				Paula C.
Pentavalente Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☒	2ª	07	11	23	Pfizer	F	4 9 9 2 5					
					Lactancia materna exclusiva		Si ☐ No ☐		Cita:			
Pentavalente Poliomielitis (VIP)	3ª	18	03	24	Biological	2	2 8 3 0 0 5		07- Enero			
Pentavalente Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3ª	18	03	24	Serum	2	8 5 2 4 0 0 9 F	H.F.C.D	2024.			
Pentavalente Hepatitis B	3ª	18	03	24	Serum	2	8 5 2 4 0 0 9 F					Kerly Jiménez
Pentavalente Difteria, Tétanos, Tosferina	3ª	18	03	24	Serum	2	8 5 2 4 0 0 9 F					
Influenza estacional	1ª	21	05	24	Butantan	2	4 0 0 9 7 9 1 0 0	HFLD				
Influenza estacional	2ª	24	06	24	Butantan	2	4 0 0 9 7 9 0 0	HFLD				Isabel A.
Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1ª	24	06	24	Serum	0	1 3 2 N 0 7 4 B	E.J.E HJLD				
Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	Refuerzo	24	06	24	Pfizer	6	X 1 9 1 2.		CITA: 21.- JUNIO 2024			Eduar.
Varicela	1ª	24	06	24	Merck	X	0 1 9 1 7 7					
Hepatitis A	Única	24	06	24	MSD.	6	0 2 7 7 3 6.					
*Influenza estacional	Anual											
Poliomielitis (VIP)	1er Refuerzo				27/06/2025 Biologicals		2406001					
Difteria, Tosferina y Tétano DPT ☐ Pentavalente ☐	1er Refuerzo				27/06/2025 Serum.		221100524A.		CITA: 18-03-2025.			Kerly J.
**Fiebre Amarilla	Única	24	06	24	Fiocruz	2	3 1 0 7 C 0 6 3 7	HFLD				Eduar.
Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2ª				27/06/2025 Serum.		0132N074A.		Cita: 5 Años Cumplidos			Kerly Jimenez
Poliomielitis (VIP) ☐ (VOPb) ☐	2do Refuerzo											
Difteria, Tétanos, Tosferina	2do Refuerzo											
Varicela	Refuerzo											
Virus del papiloma humano (VPH)	1ª											
	2ª											
	3ª											
	1ª											

18

CARNET
RIAS
PRIMERA INFANCIA

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

Mi prioridad es tu salud...

Nombres y Apellidos: Thiago Benjamin Leme Chacua

Doc. de Identidad: 1122344264 EPS: Nueva Eps

Teléfono: 3144447240 Domicilio: Llanada. L. V

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

Olga Lucía Cuaquer Posos
Gerente

Iraiso Cra 7 # 1-36 Teléfono Conmutador: 4210533 - móvil: 3134821413

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
ontrol del recién nacido por médico													
tención en salud por medicina general													
tención en salud por enfermería													
ención en salud por Odontología													
omoción y apoyo de la lactancia materna													
olicación de barniz de flúor							23-01-24 24-Feb-25	13-05-2023 13-Nov-2023	14-11-2022 14-05-2022				
ofilaxis y remoción de placa													
olicación de sellantes (Según Criterio)													
acunación													

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

CIUDAD La Dorada FECHA: DIA 16 MES 04 AÑO 25 HORA 03:50 PM

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES THIAGO BENJAMIN APELLIDOS ROMO CHACUA

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ NUMERO: 1.122.344.264

FECHA DE NACIMIENTO DIA: 17 MES 06 AÑO 2023 / EDAD: 1 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE NUEVA EPS

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 utero 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 anticipa 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) NO DISPONIBILIDAD DE BIOLOGICO Y REACCIÓN

¿CÓMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del musculo deltoides).
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar
	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 adormecimiento en las extremidades, reacciones alergicas 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:** Y que se me aplique la vacuna.

Firma de la persona: Yessica chacua

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

Nombres: YESSICA MARBETH Apellidos: CHACUA SECUE.

Tipo de identificación: RC☐ TI☐ CC☐ CE☐ OTRO☐ Número: 1.122.336.318

Firma: Yessica chacua

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: Cindy Martinez Tec. en Enfermeria CC: 1.122.336.318

Firma: [signature] Tipo de Identificación: RC☐ TI☐ CC☐ CE☐ OTRO☐ Número: [signature]

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFID

DEPARTAMENTO/DISTRITO: CASANARE MUNICIPIO: Sannibel

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

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.

PAOLA CHATES
Coordinadora pedagógica

EDDY PATRICIA LÓPEZ
Apoyo psicosocial

Yessica Chacua.
Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Alexandra Criollo
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 Thiago Benyamin Romo., identificado (a) con documento de identidad número 1122344264, 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	X	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales	X

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Yessica Chacua., quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1122336378, 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	X	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales	X

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 Fundacion 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: Yessica Chacua.
Nombre: Yessica Chacua Sewe
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3214770770.
Fecha: 12-junio-2025
Municipio: San Miguel la Dorada

CLASIFICADA

24 RV

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 37518	Pago oportuno hasta:	INMEDIATA	Mes Facturado
Factura Nro.	2037145414	Suspensión a partir de:	INMEDIATA	MAYO 2025

1. Información General

Nombre:	JHONATAN ALEXANDER MARTINEZ MIRANDA	04-ABR-2025	Último pago	$	102.770
Dirección:	VDA NUEVA RISARALDA	Tuve servicio de energía entre:	17-ABR-2025 - 17-MAY-2025 (30)		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
SM1	S103	273	1	RESIDENCIAL	URBANA	1	1.5	AEREA	EMPRESA	105	SAN MIGUEL - 9 DE ABRIL

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	256095

2. Información Consumo Energía

Componentes del Costo (CU)*: Generación 408.27 + Transmisión 62.20 + Distribución 269.61 + Comercialización 126.87 + Pérdidas 59.16 + Restricción 43.29 = CU 969 ($/KwH)

2A. Información Medidor

Marca	Serial	Factor Múltiplo
HIK	17374896	

2B. Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	3728	3674
Reactiva:		

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

2C. Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	54	
Consumo Reactiva KVarh:	0	
Costo del consumo $	52363.8	
Tarifa (hasta 173 Kwh):	444.53	54.158
Subsidio: %	-28359.19	$
Contribución: %	0	$ 0
Sub Total $	24004.61	

Meses en deuda: 2 % Tasa Interés Moratorio: .5

2D. Consumo Ultimos 6 Meses

Mes	Consumo
2025/Abr	89
2025/Mar	127
2025/Feb	19
2025/Ene	56
2024/Dic	59
2024/Nov	66
Promedio:	69

2E. Información Calidad del Servicio

Tel. O.R. EEPB 01 8000 942415
Transformador SLD121 Grupo 22
DIUG 30.24 FIUG 19 Circuito C14
Cargo D 265.83 Desv. %I 20
CEC 89.73
DIU 94.29 FIU 103.00
HC 2.78 VC 5.00
Valor a compensar 9,540.72

3. Información de Créditos EEBP

Tipo Plan	Capital Crédito	No. Cuotas	Saldo Capital	Cuotas Pagadas	Cuotas por Facturar
[redacted]					

Gerente General

4. Detalle Conceptos del Servicio de Energía

Conceptos EEBP	Valor Liquidado	Saldo Anterior	Saldo a Favor o Anticipado	TOTAL
ACTIVA SENCILLA MONOMIA	52,363.80	26,287	0.00	78,651
SUBSIDIO	-28,359.19	0	0.00	-28,359
AJUSTE A SUBSIDIO	1,050.91	1,051	0.00	2,102
RECARGO POR MORA	136.46	0	0.00	136
AJUSTE A LA DECENA	1.02	3	0.00	4

AVISO DE SUSPENSION

5. Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP 52,484

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	6,887	9,229	16,116

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		6,000	0	0	0	6,000	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
[redacted]					0
					0
					0

Total EEBP	+	Total Impuesto Alumbrado público	+	Total Aseo y/o Alcantarillado	+	Total Otros Convenios	=	Debo pagar en Total
52,484		16,116		12,000		0		80,600

(415)7709998005532(8020)1000203714541450(3900)0000080600(96)20250608

CUFE:
e54036dea01bba976359f594d10fc6240c627cdb2145e54a469080ac13942
6a332790e7b39c3970781d7867e2a082548

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

www.eebpsa.com.co @eebpsaesp /eebpsa

Fac. Electrónica: EEBP 256095

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

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad Municipio de San Miguel.

Nombre completo de la niña o niño Thiago Benyamin.

Fecha de nacimiento 17 Día 06 Mes 2023 Año **N° Documento de Identidad** 1122344269

Sexo Masculino ● Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** Día Mes Año

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Yurani Galindez

Fecha de registro cualitativo 12 Día Mes 08 Año 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

El niño thiago se encuentra en un. perfil esperado es un. niño que participa en las actividades. es muy tranquilo, en general. le gusta relacionarse con los compañeros dentro del Aula.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Yurani Galindez Salamanca

Fecha de registro cualitativo 02 Mo 025

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 logra evidenciar que el niño Thiago hace parte del perfil esperado ya que es un. niño Calmado participa, Corre Salta Canta. dentro del aula pero tambien es importante Fortalecer en. el la Comunicacion, a la hora de expresarce

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)***

Valoración Cualitativa	Relación con los demás														Relación consigo misma/o											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

28 RL

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Thiago · Romo · **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulo 1. **AGENTE EDUCATIVO:** Yurany Galindez

MUNICIPIO: San Miguel. **FECHA DE INGRESO:** _____

Clasificación de la Información:
CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
10 Nov. 025 12 Nov. 025	Se realiza la revision de Carpetas y se logra evidenciar. que El niño tiene Cita de Higiene Oral para el 13 de noviembre	Se le informa a la Miamita que tiene el niño Control de Higiene para el 13. de noviembre y la. mamita manifiesta que se se va a acercar al hospital. Se le recuerda a la mamita Sacar la Cita. que tiene pendiente de Higiene Oral. y la mamita manifiesta que aunnola ha sacado que se va a acercar a sacarla el dia de mañana.	Yurany Galindez - S.	Yessica Chacua Yessica Chacua

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
14 Nov. 025 14 Nov. 25	Se le recuerda a la mamita la cita pendiente y la mamita nos informa que el dia de Hoy. a la 1. Pm tiene la cita. Se logra ordenar que el niño si asistio a la unidad por lo tanto se sigue Navidad

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

BIENESTAR FAMILIAR

29 Rv

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Thiago - Romo UNIDAD DE ATENCIÓN: Parvulo 1. AGENTE EDUCATIVO: Yurany Galindez

MUNICIPIO: San Miguel. FECHA DE INGRESO: _____

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
10 Nov. 025.	Se logra evidenciar que el niño Thiago Ingreso a la unidad con un. golpe en la Cabeza	Se le informa a la mamita. y la mamita nos informa que se cayo del mueble mientras ella estaba cocinando el niño estaba Sentado Y Cuando menos paso Se Cayo del mueble mas Sin embargo Se le Informa si llega tener alguna reaccion. o algun. Sintoma Se le realizara una llamada telefonica. Para que lo lleve al medico o le hagan la respectiva revision.	Yurany Galindez	Yessica chaua

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
10 Nov. 17 Nov. 025	Se le informo al grupo psicosocial, la novedad, donde se tomo la decision, de que el niño fuera valorado por el medico posterior a lo sucedido se realizo una llamada telefonica a la mamita para que lleve al niño al medico para que le hagan la revision. Siendo las 1.20 Pm. Se acerca la mamá del niño Thiago a retirarlo de la unidad para llevarlo al medico Se logra evidenciar que el niño Thiago ingreso a la Unidad aparentemente bien. Para realizar el cierre de la novedad

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

Fundación Almas de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

30 PV

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Thiago. UNIDAD DE ATENCIÓN: Parvulo 1. AGENTE EDUCATIVO: Yurany Galindez

MUNICIPIO: San Miguel. FECHA DE INGRESO: _____

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
23 Oct 025 - - - - - - - - 23 Oct 025	Se realizo el llamado de asistencia y se logra evidenciar que el niño asistio a la unidad.	Se evidencia que el niño ingreso con un raspon en la carita. se le informa a la mamita y ella nos informa que Jugando en el mueble se cayó Se Comunica al grupo psicosocial ya que se logra evidenciar, al finalizar la Jornada, que el niño se siente bien aparentemente no presenta ninguna molestia despues de lo sucedido para cerrar novedad. Ultima Orbservacion	Yurany Galindez	- Yessica Chaca

BIENESTAR FAMILIAR

31 PL

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Thiago Benyamin. **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulo 1. **AGENTE EDUCATIVO:** Yurany Galindez

MUNICIPIO: San. Miguel. **FECHA DE INGRESO:** 01-04025

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
14 Oct. 025.	Se realiza el llamado de asistencia y se logra evidenciar que el niño si asistio a la unidad. donde se logro evidenciar que le esta saliendo un. nacido en la frente	Se le informa a la mamita personalmente del nacido. que tiene el niño en la frente y la mamita nos. informa que ya se lo esta tratando. con cremas.	Yurany Galindez	Yessica Charco
15. Oct. 025	Se realiza el llamado de asistencia y se logra evidenciar que el niño Thiago ingresó aparentemente bien a la unidad.	Se le informa. al grupo psicosocial. y se logra. evidenciar que el. niño. ya se encuentra mejor en cuanto al inchazon del nacido.	Yurany Galindez	Yessica Charco

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Thiago Benyamm. **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulo 4. **AGENTE EDUCATIVO:** Yurani Galindez

MUNICIPIO: San Miguel. **FECHA DE INGRESO:** 01 04 025

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)
30-09-025	Durante la jornada del almuerzo se logra evidenciar que el niño Thiago estaba un. poco. inquieto no quería obedecer ordenes. de quedarce Sentadito en la Silla Pese a esto. en un momento el niño quiso Volver a pararse. de la Silla al bajarce no logro Sostenerce y se Cayó de frente lastimandoce el labio.	Debido al accidente se procedio a levantar a niño Se lo revizo que no sea algo grave y se le informo al grupo psicosocial	Yurani Galindez	Jessica Chacua

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
01-10-025	Se logra evidenciar que el niño thiago ingresa aparentemente bien. a la unidad.

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

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Thiago romo **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulo 1. **AGENTE EDUCATIVO:** Ana Julia Lopez

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 01-04-2085

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)
8/08/2025	en el momento de llegada del niño thiago al C.D.I se miro una irritación en la mano derecha Mediante la revisión Fisica, se observa. sarpallido en la parte interna del brazo derecho a la altura del antebrazo.	Agente educativa le pregonta a la madre cual era motiva, ella nos dice que es una Pelusa, Sele recomienda llevarlo al hospital A las 9:40am, desde coordinación se hace llamada telefónica a la madre, sensibilizando sobre la urgencia de la atención en salud. La señora Yesica Chacua, manifiesta que no se encuentra en el pueblo y a las 2pm llega a recoger al niño para llevarlo al médico. La madre llega a las 3:10 y lleva al niño	Edith Meneses coordinadora pedagogica.	Yesica Chacua Yessica Chacua
11/08/2025.	Seguimiento en salud y apoyo Psicosocial al estado de Salud del niño.	El niño ingresa al CDI en adecuadas Condiciones de salud. Con una notoria mejora al sarpullido reportado por agente y coordinadora. se realiza llamada telefonica a la madre de familia con el fin de hacer llega el medicamento	Apoyo Psicosocial.	Yessica Chacua

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
12/08/2025	Madre de familia hace llega formula y atención medica. Se verifica el estado de Salud y el niño se encuentra en adecuados condiciones de Salud, recibiendo medicamentos y la aplicacion de la crema. (Acido Fusidico). Martha Moreno. Apoyo psicosocial.
13/08/2025	Durante la jornada se logra evidenciar que el niño se encuentra en adecuadas condiciones de Salud, el niño se integra y realiza actividades dentro de la Salita. Martha Moreno. Apoyo psicosocial.
14/08/25	Se evidencia que el niño se encuentra dentro de la Salita en adecuadas condiciones de Salud. Se logra evidenciar que la zona de sarpullido se encuentra seco. Martha Moreno. Apoyo Psicosocial.
15/08/25	con el fin de identificar el estado de Salud del niño se evidencia que el niño se encuentra en buenas condiciones de Salud, se identifico que la madre de familia si esta aplicando la crema y el medicamento. Martha Moreno. Apoyo psicosocial.

BIENESTAR FAMILIAR

34 RV

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Thiago Benyamin. Romo **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulo 1. **AGENTE EDUCATIVO:** Yurany Galindez

MUNICIPIO: San Miguel. **FECHA DE INGRESO:** 01-04-2025.

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)
01/Sept/2025.	Se evidencia. que al asistir. el niño a la unidad. tiene un. golpesito en la Cabeza. aparentemente no se ve tan. grave.	(La) manifieste la mamita. de Thiago que el niño Se golpeo. Jugando. Se le recomienda, tenemos al tanto. de su estado de salud. Mas Sin embargo Se le informa a la psicosocial.	Yurani Galindez	Yessica Chacua

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
02 SEP. 2025	Se evidencia que el niño asistio a la Unidad Paruvio 1, aparentemente Se encuentra bien de salud.

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Thiago Benjamin **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parbolos 1 **AGENTE EDUCATIVO:** Ana Jolra.

MUNICIPIO: San Mi **FECHA DE INGRESO:** 1-04-202.

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)
21-07-2022	Durante la realizacion de las Actividades. El niño presenta dolor de estomag.	siendo 9:45 am se realiza la llamada para que la mamá lo venga a llevar por esta llora. Para que lo lleve al Medico el dia de hoy - 22-07-22 a min. regres. Muy pocas con buena salu y alegria de compartir con compañeros y Abenzo educativo por esto se cierra la Novedad	Ana Jolra Lu	Paula Garcia

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Thiago Benyamin Romo UNIDAD DE ATENCIÓN: Parvulos AGENTE EDUCATIVO: Ana Julia

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 1-04-2025.

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
14-02-2025	El niño ingresa a la jornada del CDI con normalidad.	El niño llega puntualmente a la jornada del CDI, la madre manifiesta que le esta aplicando una crema para que sus legiones mejoren rapidumente, Sin embargo se evidencia que va mejorando de manera adecuada, Se esta realizando seguimiento en cuanto a la atención de los niños y se espera que el niño continue con su asistencia normalmente.	Diana Aguirre Nutricionista	

BIENESTAR FAMILIAR

37 FL

SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO

11/07/2025

Se informa de manera inmediata al equipo psicosocial

Se realizo llamada a la madre para informarle lo sucedido con el niño thiago

Posteriormente al recibir el reporte de la auxiliar pedagogica el apoyo psicosocial verifica la situacion presentada dentro de la unidad de atencion. Evidentemente el menor Thiago Benyamin identificado con R.C 1.122.344.264 se encuentra dentro de la unidad de atencion siendo aproximadamente 10:40 am, se identifica que el niño fue mordido por otro niño durante momento de juego. Se indaga la situacion identificada con la agente y auxiliar educativa manifestando que la agente educativa se encontraba diligenciando formato de novedades y pendiente de los menores. y dentro de ese momento el auxiliar pedagogico se encuentra en limpieza de vasenilla en la pate donde se encuentran ubicados fue en ese momento en el cual el niño Jaime Andres Goiaa. agredio con mordeduras las cuales se presentaron en las dos mejillas y en pierna.

Las acciones inmediatas por pate del apoyo psicosocial.

- Revisión de herida y recomendacion a las agentes educativas a limpiar las zonas afectadas.
- Se informo inmediatamente a padres de familia, coordinación.
- Se procede a realizar tramite de informe y dar respuesta al requerimiento solicitado por ICBF.

MarLeisy

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Thiago UNIDAD DE ATENCIÓN: parbulos I AGENTE EDUCATIVO: Ana Jotaloza

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 1-04 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)
11-07-2025		Durante el desarrollo de la actividad Pedagogica planificada para el grupo, se observo que el nino thiago no mostro disposion para partiapar de manera activa. En lugar de integrarse a la actividad el niño draito apartarse del grupo y se hubico debajo de un cajon permanecio alli durante un tiempo considerable en un moncento el niño Jaime se acerco al lugar donde se encontraba el niño thiago y de manera inesperada le dio los mordisco en ambas cachetes ocasionando marcas visibles de inmediato. Se intervino para separarlos a los niños, se brinda consuelo y atencion a thiago y contener a el nino Jaime.	Ana Jotaloza LOPE	

38 RV

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Thiago Romo **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulo 7. **AGENTE EDUCATIVO:** Alexandra C.

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** _____

Clasificación de la Información:
CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
	En el dia de hoy el niño no asiste al CDI. por terapias.	La madre informa de forma personal, que el niño no asiste al CDI. en el dia de hoy motivo por el cual tiene terapi del brazo. a las. 9:40 am.	Alexandra Criollo	Jessica chaca

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

39 RV

ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA
Codigo de habilitacion 867570002101 NIT: 846002309-9
Dir. Barrio El Paraiso Tel. 3134821413.
HISTORIA CLINICA DE NUTRICION.

Admision No: 1454784
FECHA ATENCION: 27/06/2025 09:06 a. m.

Folio No: 1507319

PACIENTE: ROMO CHACUA THIAGO BENYAMIN
IDENTIFICACION: RC1122344264
No HISTORIA: 1122344264
EMPRESA: NUEVA EPS.
REGIMEN: Subsidiado

E.CIVIL: Soltero
EDAD: 2 Años
SEXO: Masculino
FEC. NAC: 17/06/2023

TELEFONO: 3214770270
MUNICIPIO: SAN MIGUEL LA DORADAPUT
DIRECCION: VEREDA NUEVA RISARALDA

Z713-CONSULTA PARA INSTRUCCION Y VIGILANCIA DE LA DIETA

ENFOQUE DIFERENCIAL:

BARRIO:. . . . . NUEVA RISARALDA ZONA: RURAL DIRECCION: VEREDA NUEVA RISARALDA
NIVEL EDUCATIVO: No definido
ORIENT SEXUAL. . No Refiere
RELIGION:. . . . Otro
CONSUMO DE SPA. No
GESTACION: . . . No
MINAS ANTI PERSONAS: . . . . .
[redacted]E-MUNICION SIN EXPLOTAR:. .
[redacted]V-REGISTRO UNICO VICTIMA:. .
HABITANTE DE CALLE:. . . . . No
ORIENT SEXUAL: . . . No Refiere
OCUPACION: . . . . . No se tiene Informacion
ETNIA: . . . . . Ninguno de los anteriores
RESGUARDO INDIGENA . NO REFIERE
ACOMPAÑANTE: . . . . MADRE

VIC CONFLICTO ARMADO:.No
DESPLAZADO:. . . . . .No
VIC.MALTRATO:. . . . .No
ABANDONO SOCIAL: . . .No
DESESCOLARIZADO: . . .No

DESEMPLEADO:. . . . No
CARCELARIO: . . . . No
MIGRANTE: . . . . . No
TRABAJADORA SEXUAL: No
POBLACION LGTBI:. . No

MOTIVO DE CONSULTA:

ASISTE A CONSULTA DE NUTRICION POR PRIMERA VEZ , REMITIDO POR MEDICO GENERAL PARA CAMBIOS ALIMENTARIOS DEBIDO A ANTECEDENTES PERIDA DE PESO.

ENFERMEDAD ACTUAL:

PACIENTE PEDIATRIO DE 2 AÑOS DE EDAD, PROCEDENTE DE LA VEREDA LA Y, ACUDE A CONSULTA POR PRIMERA VEZ A NUTRICIÒN EN BRAZO DE SU MADRE YESIKA CHACUA QUIEN APORTA CONTACTO: 3214770270,PERTENECE AL PROMAGAMA DE PRIMERA INFIANCIA - ICBF MODALIDAD INSTITUCIONAL - CDI, NIEGA PERTENECER A COMUNIDAD AFRO O INDÍGENA,REFIERE SER DESPLAZADO, ACUDE A CONTROL POR REMISION DEL MEDICO GENERAL VALORACIÓN POR NUTRICIÓN PARA CAMBIOS EN LA ALIMENTACIÓN REFIERE ANTECEDENTES DE BAJO PESO DESDE LOS 4 MESES DE EDAD, ACTUALMENTE NO SE ENCUENTRA TOMANDO MEDICAMENTO, SE ENCUNETRA SUPLE,EMTNADO CON BINEESTARINA, MADRE REFIERE BUEN ESTADO DE SALUD EN EL PACIENTE, HABITOS INTESTINALES NORMALES.

EVALUACION NUTRICIONAL:

EN LA ANAMNESIS ALIMENTARIA SE LOGRA EVIDENCIAR CORRECTA ADAPTABILIDAD AL TRARTAMIENTO SU PATRÓN ALIMENTARIO ESTÁ CONFORMADO POR 5 TIEMPOS DE COMIDA DISTRIBUIDOS EN 3 PRINCIPALES (DESAYUNO, ALMUERZO Y CENA) Y DOS REFRIGERIOS. ADEMÁS, SE ENCUENTRA QUE SU ALIMENTACIÓN ES ADECUADA EN CUANTO A CALIDAD Y CANTIDAD. EL CONSUMO DE VERDURAS Y FRUTAS SE REFLEJA EN LOS TIEMPOS DE COMIDA, LO CUAL PUEDE DESTACAR QUE CUENTA CON UN APORTE DE VITAMINAS, FIBRA Y [redacted]ERALES. ASIMISMO, EL CONSUMO DE ALIMENTOS FUENTE DE PROTEÍNA CUMPLE CON EL REQUIRIMIENTO DIARIO INDISPENSABLE [redacted]RA EL FORTALECIMIENTO DE HUESOS, DIENTES, MÚSCULOS Y EL ADECUADO CRECIMIENTO Y DISARROLLO.

AL MOMENTO DEL EXAMEN FÍSICO NUTRICIONAL, SE OBSERVA ADEUCADAS RESERVAS DE MASA GRASA Y MASA MUSCULAR, CON CONSERVACIÓN PARCIAL DE LA GRASA FACIAL (REGIÓN MALAR) Y PERIORBITARIA. NO SE EVIDENCIA PALIDEZ CUTÁNEO-MUCOSA. EL LACTANTE SE ENCUENTRA ALERTA Y REACTIVO AL ESTÍMULO EDUCACIÓN NUTRICIONAL CON LA PACIENTE Y SE ENTREGARON RECOMENDACIONES DIETÉTICAS INDIVIDUALIZADAS DE ACUERDO A SU PATOLOGÍA PARA MEJORAR SU ESTADO NUTRICIONAL.

SIGNOS VITALES:

PESO:. . . . . .10.2 Klg.
TALLA: . . . . . .80 cm.
IMC: 15.9
OBSERVACIONES: . . .PARA LA DETERMINACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL SE TOMA COMO REFERENCIA LOS DATOS DE PESO Y TALLA REGISTRADOS EN LA VALORACIÓN ACTUAL, ARROJANDO COMO RESULTADO LA SIGUIENTE CLASICACIÓN ANTROPOMÉTRICA UN IMC/E: Z-0.55 PESO ADECUADO PARA LA EDAD, T/E: Z -2.13 TALLA BAJA PARA LA EDAD

RECORDATORIO DE 24 HORAS

DESAYUNO. . . . TORTILLA DE HUEVO + PAN + CHOCOLATE CON LECHE
MEDIA MAÑANA. . HUEVO COCIDO + AREPAS + MANGO + COLADA DE BIENESTARINA
ALMUERZO. . . . POLLO GUISADO + LENTEJAS+ ARROZ + PAPA+ ENSALADA + JUGO NATURAL
MEDIA TARDE . . GALLETAS + YOGURT + FRUTAS
COMIDA. . . . . JUGO NATURAL
CENA. . . . . SUDADO DE CARNE + AERROZ + TAJADAS ACOMPAÑADO DE JUGO

RESULTADOS DE AYUDAS DIAGNOSTICAS

.

TRATAMIENTO:

FRACCIONAMIENTO EN 5 TIEMPOS DE COMIDA. UNA ALIMENTACIÓN ADECUADA DEBE INCLUIR TODOS GRUPOS DE ALIMENTOS DE LA SIGUIENTE MANERA:

Fec Impres 2025 10:41:16 a. m. Usuario: LEIDY Infosalud Net

E.S.E. Hospital Fronterizo LA DORADA

ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA
Codigo de habilitacion 867570002101 NIT: 846002309-9
Dir. Barrio El Paraiso Tel. 3134821413.
HISTORIA CLINICA DE NUTRICION.

Folio No: 1507319

PACIENTE: ROMO CHACUA THIAGO BENYAMIN
IDENTIFICACION: RC1122344264
No HISTORIA: 1122344264
EMPRESA: NUEVA EPS.
REGIMEN: Subsidiado
E.CIVIL: Soltero
EDAD: 2 Años
SEXO: Masculino
FEC. NAC: 17/06/2023

Admision No: 1454784
FECHA ATENCION: 27/06/2025 09:06 a. m.
TELEFONO: 3214770270
MUNICIPIO: SAN MIGUEL LA DORADAPUT
DIRECCION: VEREDA NUEVA RISARALDA

Z713-CONSULTA PARA INSTRUCCION Y VIGILANCIA DE LA DIETA

DESAYUNO: PROTEINA (HUEVO, QUESO, POLLO, CARNES) + CEREALES (AREPA, AVENA, TORTILLAS GALLETAS PREFERIBLEMENTE INTEGRAL) + BEBIDAS AL GUSTO (CAFE, AROMATICA, AGUAPANELA, CHOCOLATE). + FRUTA AL GUSTO.
EJEMPLO: AREPA ASADA + HUEVOS REVUELTOS + CAFE SIN AZUCAR + PAPAYA
GALLETAS INTEGRALES + HUEVOS COCIDOS 2 + CAFE SIN AZUCAR + PERA

EDIA MAÑANA: MEZCLA DE FRUTAS PICADA CON QUESO RAYADO, FRUTAS PICADAS CON YOGURT GRIEGO O LITH (BAJO EN AZUCAR NTRE 8G-10G DE AZUCAR) AÑADIR NUECES O ALMENDRAS, AVENA EN HOJUELAS CON LECHE FRESAS Y BANANO. PAN INTEGRAL CON GUACATE Y HUEVO COCINADO, BATIDO DE LECHE BANANO Y FRESA, MANZANA CON MANTEQUILLA DE ALMENDRA O MANÍ. GRANOLA AJA EN AZUCAR CON YOGURT GRIEGO O BAJO EN AZUCAR

LMUERZO: PROTEINA (HUEVO, POLLO, CARNES) + CEREALES (TORTILLA, PASTA, ARROZ INTEGRAL PREFERIBLEMENTE,) TUBERCULOS (PAPA, PLÁTANO, YUCA, ÑAME, CHIRO, YOTA) + LEGUMINOSAS (LENTEJA, FRIJOL, GARBANZO, ARVEJA) + VEGETALES N ENSALADAS O VEGETALES SALTEADOS + BEBIDA.

DIA TARDE: MEZCLA DE FRUTAS PICADA CON QUESO RAYADO, FRUTAS PICADAS CON YOGURT GRIEGO O LITH (BAJO EN AZUCAR NTRE 8G-10G DE AZUCAR) AÑADIR NUECES O ALMENDRAS, AVENA EN HOJUELAS CON LECHE FRESAS Y BANANO. PAN INTEGRAL CON GUACATE Y HUEVO COCINADO, BATIDO DE LECHE BANANO Y FRESA, MANZANA CON MANTEQUILLA DE ALMENDRA O MANÍ.

NA: PROTEINA (HUEVO, QUESO, POLLO, CARNES) + CEREALES (AREPA, ARROZ, AVENA, GALLETAS+ PREFERIBLEMENTE INTEGRAL) ELEGIR 1 TUBERCULO 1 UNIDAD (YUCA,PAPA,YOTA,PLATANO,ÑAME,CHIRO) + BEBIDA (AROMATICA, AGUAPANELA, CHOCOLATE). + RDURA GUISADA O ENSALADA.

NSUMA VÍSCERAS UNA VEZ POR SEMANA PARA PREVENIR LA ANEMIA, VÍSCERAS COMO (HIGADO, PAJARILLA , RIÑON,CORAZÓN) OPAÑAR ESTOS ALIMENTOS RICOS EN HIERRO CON ALIMENTOS RICOS EN VITAMINA C (COMO NARANJAS, FRESAS, GUAYABA, LIMÓN, RAS) VEGETALES DE HOJA VERDE CMO LA ESPINACA, EL BROCOLI .PARA MEJORAR LA ABSORCIÓN DEL HIERRO EN NUESTRO ERPO.

ANEJO NUTRICIONAL:

RTALECIMIENTO DE LOS BUENOS HABITOS ALIMENTARIOS, REALIZACIÒN DE EJERCICIO Y ADECUDO CONSUMO DE AGUA.
EGIR PREPARACIONES: ASADAS, A LA PLANCHA,SUDADAS, COCINADAS Y NOO FRITAS.

SONAR LAS COMIDAS CON HIERBAS NATURALES COMO OREGANO, TOMILLO,LAUREL AJO, ETC

RA DAR COLOR A LAS COMIDAS ELEIGA CURCUMA, PAPIKRA, ACHIOTE. NO COLOR REY NI MAGGI DADO QUE CONTIENE SODIO Y LORANTES PERJUDICIALES PARA LA SALUD.

ER ETIQUTAS ALTO EN SODIO, ALTO EN GRASAS SATURADAS, EXCESOS DE AZUCARES NO COMPRAR ESO ALIMENTOS, SE DEBEN SUMIR 1 VEZ CADA 2 MESES, NO FRECUENTEMENTE. PARA CONSUMIR A DIARIO LLEVA PRODUCTOS QUE NO TENGA ESTOS SELLOS GROS.

EGIR QUESO BAJO EN GRASA, LECHE DESCREMADA O BEBIDAS VEGETALES DE SOYA,ALMENDRAS,COCO.
IMITAR EL CONSUMO DE AZUCARES SIMPES COMO AZUCAR DE MESA, PANELA, MIEL. Y BEBIDAS AZUCARADAS.

MITAR EL CONSUMO DE: LIMITAR EL SO DE SAL EN LAS COMIDAS, LA NATA DE LA LECHE, SANCHO CON HUESOS DE CARNE, MIDAS RAPIDAS, BEBIDAS AZUCARADA, FRITURAS, PRODUCTOS DE PANADERIA, PASTELES, LA MANTEQUILLA, LA PIEL DEL LLO, EMBUTIDOS COMO SALCHICHAS, MÓN, MORTADELA. YA QUE ESTOS ALIMENTOS SON ALTOS EN GRASAS SATURADAS QUE SON ÑINAS PARA NUESTRA SALUD NOS ELE COLESTEROL Y TRIGLICERDIOS.

ONDUCTA:

SE SOLICITA UNA CITA PARA CONTRO VIGILANCIA DEL ESTADO NUTRICIONAL EN 2 MESES. ESTO ES CRUCIAL PARA MONITOREAR A RESPUESTA DEL PACIENTE A LA INTERVENCIONES NUTRICIONALES Y REALIZAR AJUSTES NECESARIOS PARA ASEGURAR UN DECUADO ESTADO NUTRICIONAL.

ORDEN MEDICA

No	CODIGO	DESCRIPCIO	CANTIDAD:	DURACION
1	890306	CONSULTA DE ROL O DE SEGUIMIENTO POR NUTRICION Y DIETETICA	1	CONTROL EN 2 MESES 28-07-2025

Fec Impresion: 27/06/2025 10:41:16 a. m. Usuario: LEIDY Infosalud Net

E.S.E. Hospital Fronterizo LA DORADA

ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA
Codigo de habilitacion 867570002101 NIT: 846002309-9
Dir. Barrio El Paraiso Tel. 3134821413.
HISTORIA CLINICA DE NUTRICION.

Folio No: 1507319

PACIENTE: ROMO CHACUA THIAGO BENYAMIN
IDENTIFICACION: RC1122344264
No HISTORIA: 1122344264
EMPRESA: NUEVA EPS.
REGIMEN: Subsidiado
E.CIVIL: Soltero
EDAD: 2 Años
SEXO: Masculino
FEC. NAC: 17/06/2023

Admision No: 1454784
FECHA ATENCION: 27/06/2025 09:06 a. m.

TELEFONO: 3214770270
MUNICIPIO: SAN MIGUEL LA DORADAPUT
DIRECCION: VEREDA NUEVA RISARALDA

Z713-CONSULTA PARA INSTRUCCION Y VIGILANCIA DE LA DIETA

JESSICA MORA LOPEZ
NUTRICIONISTA DIETISTA
T.P 1121220456
Jessica Mora L.

PROFESIONAL: MORA LOPEZ JESSICA NORIELA
ESPECIALIDAD: NUTRICION Y DIETETICA
REGISTRO: 1121220456

Fec Impresion: 27/06/2025 10:41:16 a. m. Usuario: LEIDY Infosalud Net

(310

41

IDENTIFICACION

Paciente : THIAGO BEMYAMIN ROMO CHACUA
Historia Clínica : 1122344264 Tipo Documento: RC Sexo: Masculino Edad: 1 AÑOS
Fecha Hora de Ingreso : 21/03/2025 06:05:48 Fecha Hora de Egreso : 23/03/2025 12:14:25

Sede de Atención:

INGRESO

Motivo de la Solicitud de Servicio
"SE FRACTURÓ"

Estado General al Ingreso
ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES

Enfermedad Actual
CUADRO CLÍNICO DE 24 HORAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN CAIDA DESDE CAMA DE APROXIMADAMENTE 50 CM CON POSTERIO CONTUSION EN CODO DERECHO, EDEMA Y LIMITACION FUNCIONAL, CONSULTA EN LA DORADA, PUTUMAYO DONDE TOMAN RX DE CODO DERECHO CON REPORTE DE FRACTURA SUPRACONDILEA Y LUXACION DE CODO POSTERIOR, RAZON POR LA QUE INMOVILIZA CON FERULA DE YESO POSTERIOR Y REMITEN PARA VALORACION POR ESPECIALIDAD.

Antecedentes
PRODUCTO DE TERCER EMBARAZO, PARTO POR CESAREA, A TERMINO DE 38 SEMANAS, PESO Y TALLA AL NACER NO REFIRERE
LACTANCIA MATERNA YO ALIMENTACION COMPLEMENTARIA DESDE LOS 6 MESES
PATOLÓGICOS: NO REFIERE
ALERGIAS: NO REFIERE
HOSPITALIZACIÓN: NO REFIERE
QUIRÚRGICOS: NO REFIERE
VACUNACIÓN: COMPLETA PARA LA EDAD - NO PRESENTA CARNET
FARMACOLÓGICOS: NO REFIERE
TÓXICOS: NO REFIERE EXPOSICIÓN A BIOMASA, FUMIGANTES, AEROSOLES, CIGARRILLO, SPA, ALCOHOL.
GINECOLÓGICOS: NO APLICA
TRANSFUSIONES: NO REFIERE
FAMILIARES: NO REFIERE
ESCOLARIDAD: NO REFIERE

Revisión por Sistemas (Relacionada con el motivo que originó el servicio)
NO SÍNTOMAS URINARIOS NI GASTROINTESTINALES Y PECCOSTORESPIRATORIOS
NO REFIERE CONTACTO CON PERSONAS SINTOMÁTICAS RESPIRATORIAS , NI SOSPECHOSAS O POSITIVAS PARA SARS COV 2, NI VIAJES EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS

Hallazgos del Exámen Físico
FREUENCIA CARCDIACA: 153
FRECUENCIA RESPIRATORIA: 20
SATURACION: 91
TEMPERATURA: 37.3
PESO: 10
TALLA: 82

SE REALIZA HIGIENIZACIÓN DE MANOS PREVIA VALORACIÓN DEL PACIENTE, PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, PIEL ÍNTEGRA SIN LESIONES, CABEZA NORMOCÉFALO, SIN LESIONES NI DEFORMIDADES CRANEALES, OJOS PUPILAS ISOCÓRICAS NORMORREACTIVAS, CONJUNTIVAS ROSADAS, ESCLERAS ANICTÉRICAS, MUCOSAS ROSADAS Y HÚMEDAS, OTOSCOPIA NORMAL BILATERAL CON MEMBRANA TIMPANICA PERLADA Y MOVIL, FARINGE Y AMÍGDALAS SIN ALTERACIONES, CUELLO MÓVIL SIMÉTRICO SIN PRESENCIA DE MASAS NI ADENOPATÍAS, TÓRAX NORMOEXPANSIBLE, MURMULLO VESICULAR AUDIBLE EN AMBOS CAMPOS PULMONARES SIN PRESENCIA DE SOBREAGREGADOS PATOLÓGICOS, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN, NO MASAS NI MEGALIAS, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, RUIDOS PERISTÁLTICOS PRESENTES, GENITOURINARIO SE OMITE. DIURESIS POSITIVA ESPONTÁNEA, PUÑO PERCUSIÓN BILATERAL NEGATIVA, EXTREMIDADES CON FERULA DE YESO POSTERIO RN MIEMBRO SUPERIOR DERECHO, LLENADO CAPILAR MENOR A 2SG, PULSOS DISTALES PRESENTES REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS CONSERVADOS, NEUROLÓGICO CONSCIENTE, ALERTA ORIENTADO, GLASGOW 15/15 NO DÉFICIT MOTOR NI SENSITIVO, SIN SIGNOS MENÍNGEOS

DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
PESO PARA LA TALLA DESVIACIÓN ESTÁNDAR: -0.98 NORMAL
PESO PARA LA EDAD DESVIACIÓN ESTÁNDAR: -1.30 NORMAL
TALLA PARA LA EDAD DESVIACIÓN ESTÁNDAR: -1.13 NORMAL
IMC DESVIACIÓN ESTÁNDAR: -0.87 NORMAL

Diagnósticos (Incluir los presuntivos, confirmados y relacionados)

S424 FRACTURA EPIFISIS INFERIOR HUMERO
1. FRACTURA SURACONDILEA CON LUXACION POSTERIO E CODO DERECHO
2. ESTADO NUTRICIONAL ADECUADO

Conducta (Incluye la solucitud de procedimientos diagnósticos y el plan de manejo)

HOSPITALIZAR EN OBSERVACIÓN
NADA VÍA ORAL
LIQUIDOS ENDOVENOSOS
ACETAMINOFEN
INTERCONSULTA POR ORTOPEDIA
BARANDAS ALTAS
CUIDADOS DE ENFERMERÍA
ACOMPAÑAMIENTO CONTINUO
CONTROL DE SIGNOS VITALES CADA 6 HORAS E INFORMAR CAMBIOS

EVOLUCION

Resumen de Evolución (Incluir complicaciones, accidentes y otros eventos surgidos durante la estancia)

PACIENTE DE 1 AÑO Y 9 MESES DE EDAD EN COMPAÑIA DE MADRE, SIN ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA, EN EL MOMENTO AFEBRIL, SIN SIRS, SIN SIGNOS DE BAJO GASTO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, LUCE BIEN. AL EXAMEN FISICO CON FERULA DE YESO POSTERIOR EN EXTREMIDAD SUPERIOR DERECHA, NO SE APRECIAN LESIONES O CONTUSIONES EN RESTO DE EXTREMIDADES, NEUROLOGICAMENTE ALERTA, SIN FOCALIZACIONES. PACIENTE CON REPORTE DE LUGAR DE REMISION DE FRACTURA DE HUMERO DISTAL SUPRACONDILEA Y LUXACION POSTERIOR. EN EL MOMENTO ADECUADA MODULACION DE DOLOR SE COMENTA CON PEDIATRA DE TURNO DR ARCOS, SE INGRESA PARA MANEJO POR ESPECIALIDAD. SE EXPLICA CONDUCTA A MADRE QUIEN ENTIENDE Y ACEPTA. FUE VALORADO POR ORTOPEDIA QUIEN REVISIO ESTUDIOS EXTRAINSTITUCIONALES Y DETERMINO PROGRAMAR PARA CIRUGIA Y SOLICITA MATERIALES Y SE HOSPITALIZA EN HOSPITALIZACION CIRUGIA.

22/03/2025 SE LE PRACTICO REDUCCION ABIERTA MAS OSTEOSINTESIS DE FRACTURA SUPRACONDILEA DE HUMERO DERECHO DANDO EGRESO POR PARTE DEL SERVICIO DE ORTOPEDIA DAR SALIDA, PERO ANTE CONGESTION NASAL SE INDICA DE PARTE DE ANESTESIOLOGIA VALORACION POR PEDIATRIA.

23/03/2025: PACIENTE CON EVOLUCIÓN SATISFACTORIA, TOLERANDO VÍA ORAL ADECUADAMENTE, SIN SIGNOS DE SIRS, CON DOLOR CONTROLADO, SIN SIGNOS DE DETERIORO CLÍNICO ALGUNO. FUE VALORADO POR PEDIATRIA QUIEN INDICA DAR SALIDA.

Resultados de Procedimientos Diagnósticos

RX DE CODO: FRACTURA EN LA EPÍFISIS DISTAL DEL HUMERO CON COMPROMISO DEL OLECRANON DESPLAZADA, ALINEADA MEDIANTE ELEMENTO
DE OSTEOSÍNTESIS TIPO TORNILLOS SIN SIGNOS DE DESADAPTACIÓN. EDEMA DE TEJIDOS BLANDOS PERILESIONAL CON AUMENTO DE LA DENSIDAD INTRA-ARTICULAR PROBABLEMENTE POR PRESENCIA DE LÍQUIDO.

Manejo y / o procedimientos Terapéuticos

MANEJO MEDICO:
LIQUIDOS ENDOVENOSOS: DEXTROSA EN SOLUCION SALINA + KATROL
ANALGESICOS: ACETAMINOFEN
ANTIHISTAMINICO: DIFENHIDRAMINA.

MANEJO QUIRURGICO:
REDUCCION ABIERTA MAS OSTEOSINTESIS DE FRACTURA SUPRACONDILEA DE HUMERO DERECHO

DEL EGRESO

Diagnósticos Presuntivos, Principales y Relacionados Confirmados

S424 FRACTURA EPIFISIS INFERIOR HUMERO

HOSPITAL INFANTIL LOS ANGELES CRA 32 #21 A 30 [REpiMan]

891200240

Fecha: 23/03/25
Hora: 12:24:37
Página: 3

EPICRISIS

J00X RINOFARINGITIS VIRAL (RESFRIADO COMUN)
Z540 CONVALECENCIA CONSECUTIVA A CIRUGIA
- FRACTURA SUPRACONDILEA DE HUMERO DERECHO CONT RATAMIENTO QUIRURUGICO DE REDUCCION ABIERTA MAS OSTEOSINTE DE FRACTURA SUPRACONDILEA DE HUMERO DERECHO.
- RESFRIADO COMUN.

Condiciones Generales del Egreso que incluya Incapacidad funcional si la hubiera

PACIENTE CON EVOLUCIÓN SATISFACTORIA, TOLERANDO VÍA ORAL ADECUADAMENTE, SIN SIGNOS DE SIRS, CON DOLOR CONTROLADO, SIN SIGNOS DE DETERIORO CLÍNICO ALGUNO.

Plan de Manejo Ambulatorio

SALIDA CON FORMULA MEDICA, RECOMENDACIONES GENERALES, SIGNOS DE ALARMA Y CONTROL EN CONSULTA EXTERNA CON MEDICO TRATANTE.

Profesional

MARIO FERNANDO JURADO CARDENAS
Reg. MD. 1566-04 MEDICINA GENERAL

23/03/2025 *** FIN DEL REPORTE *** 12:24:37