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: 02 | 05 | 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: parvulos

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: 1.176.461.418

Fecha nacimiento: 22 | 09 | 2022

Nombres: jacob alejandro

Apellidos: Fernandez Rostro

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 negra ( ) Rom / Gitano ( ) Palenquero (a) ( ) Raizal

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

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

Departamento residencia: Risaralda

Municipio de residencia: Sin Miguel

Zona: Urbana

Barrio: Marfil

Vereda:

Sector: N/A

Dirección: Al rededor del edificio del barrio

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: 1087201100

Nombres: Jeimy Xiomara

Apellidos: Rosero Sanchez

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 17 | 09 | 1994

Correo electrónico:

Número de celular: 3235402489

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: Xiomara R.

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Ana Julia Lopez

Observaciones:

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:

jeicob Alejandro Fernandez Rosero

N° DOCUMENTO: 1.126.461.418 **TIPO DOCUMENTO:** RC X CC ___ OTRO ___

FECHA DE NACIMIENTO: 22-04-2022 **EDAD:** 2, 11 m

LUGAR DE NACIMIENTO: Puerto Asis.

NOMBRE DE LA UDS: CDI Fronteras de mi.

CODIGO UDS: 867571126972 **BARRIO/VEREDA:** 7 de Agosto

FECHA DE INGRESO: 02-05-2025 **FECHA DE RETIRO:** _____

SISBEN: _____ **EPS:** Nueva EPS **RÉGIMEN (C)**___ **(S)** X

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

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

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

NOMBRE DE LA MADRE: Xiomara Rosero Sanchez

N° CÉDULA: 1087201100 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Pomeko

NOMBRE DEL PADRE: Juan Jose. Fernandez Trujillo

N° CÉDULA: 1042347441 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Sabana Grande.

N° DE CELULAR: 3235402484.

NOMBRE DEL ACUDIENTE: _____

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

DIRECCIÓN VIVIENDA: _____ **ZONA POBLACIONAL: (R)**___ **(U)**___

NUMERO DE CELULAR _____

Xiomara R. — **FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE**

Yurany Galindez — **NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO**

Yasleni
3

ENTREGADO 2023

ENTREGADO 2023

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL 33438227-5

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.126.461.418

Indicativo Serial 63694857

63694857

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código Y 7 A

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

REGISTRADURIA DE VALLE DEL GUAMUEZ - COLOMBIA - PUTUMAYO - VALLE DEL

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
FERNANDEZ	ROSERO

Nombre(s)

JEICOB ALEJANDRO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes SEP Día 22	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA PUTUMAYO PUERTO ASIS

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	NO 220916101061 63

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

ROSERO SANCHEZ JEIMY XIOMARA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.087.201.100	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

FERNANDEZ TRUJILLO JUAN JOSE

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.042.347.442	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

FERNANDEZ TRUJILLO JUAN JOSE

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.042.347.442	Juan Jose Fernandez

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 ENE Día 27	CARMEN PATRICIA CASANOVA YANDI Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

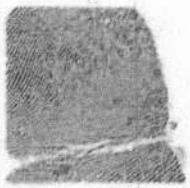
NUMERO 1.087.201.100
ROSERO SANCHEZ

APELLIDOS

JEIMY XIOMARA

NOMBRES





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 17-SEP-1994
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

19-OCT-2012 TUMACO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-2306700-01044269-F-1087201100-20181107 0063122739A 1 9990886758

5

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



NUIP 1.042.347.442

Apellidos
FERNANDEZ TRUJILLO

Nombres
JUAN JOSE

Nacionalidad
COL

Estatura
1.70

Sexo
M

Fecha de nacimiento
26 JUN 1987

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
SABANAGRANDE (ATLANTICO)

Fecha y lugar de expedición
15 JUL 2005, SABANAGRANDE

Firma

Fecha de expiración
15 JUL 2033

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

6

Registro válido

Fecha de consulta: **23/06/2025**

Ficha: **86757674952700002055**

A4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: JEICOB ALEJANDRO

Apellidos: FERNANDEZ ROSERO

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1126461418

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **22/02/2022**

Última actualización ciudadano: **05/05/2025**

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**

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	1126461418
NOMBRES	JEICOB ALEJANDRO
APELLIDOS	FERNANDEZ ROSERO
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	24/09/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/25/2025 09:11:34	**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

8

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS EMSSANAR EPS SAS
Régimen Subsidiado

EMSSANAR EPS SAS, CERTIFICA que el afiliado relacionado a continuación, presenta la siguiente información a la fecha de su expedición:

Tipo y Número de identificación:	RC 1126461418
Apellidos:	FERNANDEZ ROSERO
Nombres:	JEICOB ALEJANDRO
Tipo de discapacidad:	Ninguna
Plan de salud:	Régimen Subsidiado
Estado de servicio:	Vigente
Fecha de Afiliación:	22/09/2022
Departamento de Afiliación:	PUTUMAYO
Municipio de Afiliación:	SAN MIGUEL
Zona:	Urbana - Cabecera Municipal

N - El afiliado no requiere encuesta SISBEN debido al grupo poblacional que tiene.

IPS de atención de primer nivel

IPS	Direccion	Servicio
ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA - SAN MIGUEL (PUTUMAYO)	KR 7 # 1 - 36	MEDICINA GENERAL

Tiene derecho a recibir los servicios contemplados en el Plan de Beneficios en Salud.
Válida únicamente para comprobación de derechos de la red prestadora, en la fecha de expedición. No es válido para aclarar multiafiliación ni para traslados (Decreto 806 Artículo 55 y 56).

Señores Prestadores: Esta certificación es válida únicamente para corroborar el estado del afiliado en el momento de la prestación del servicio, de la población contratada y remitida periódicamente por la institución según normatividad. En ningún momento esta certificación puede ser empleada para reemplazar las autorizaciones necesarias para la prestación de servicios en los niveles superiores de complejidad

En constancia se firma el 28 de Abril de 2025 a solicitud del interesado.

JEFE COMERCIAL
EMSSANAR EPS SAS

Toda certificación generada es almacenada en base de datos para su verificación, la modificación parcial o total de este documento puede incurrir en un delito.

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...Sanos



E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

Nombres: Jacob Alejandro	Apellidos: Fernandez Rosero
Fecha de nacimiento: 22 | 04 | 2022	Historia Clínica: 1126461418
Barrio/Vereda: Bl San Felipe	Responsable del niño: Jenny Rosero
Teléfono: 3235902459	EPS: 118.



IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)

10

22
21
20
19
18
17
16
15
14
13
12

+3
+2
+1
0
-1
-2

IMC 15,3 2-5-25

14,2

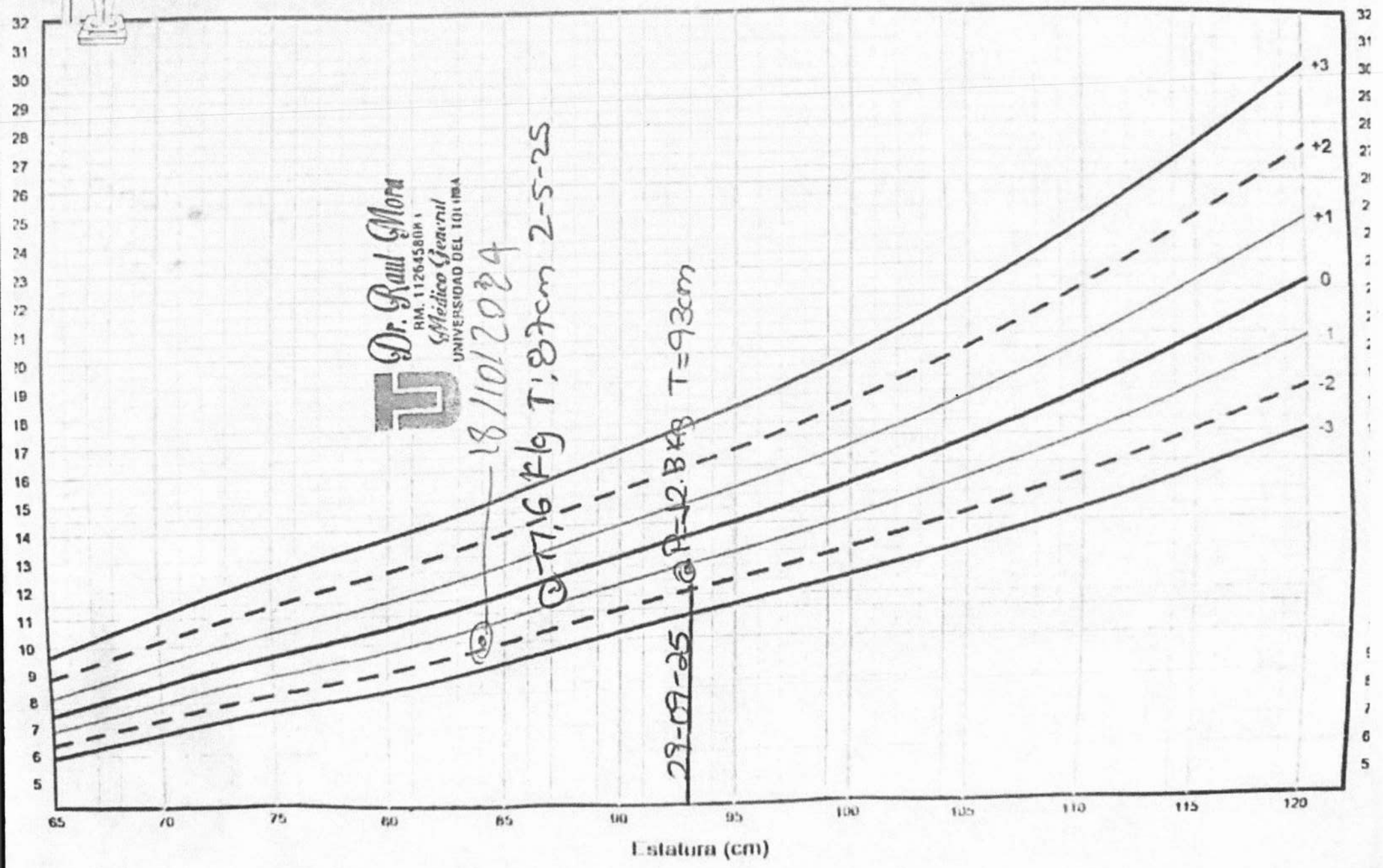
29-09-25

2 años | 3 años | 4 años | 5 años

Edad (en meses y años cumplidos)

Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5años)

12



125
120
115
110
105
100
95
90
85
80

+2
+1
0
-1
-2

18/10/2029

T: 87 cm 2-5-25

09-08-25 93 cm

Medico General
UNIVERSIDAD DEL TOLIMA

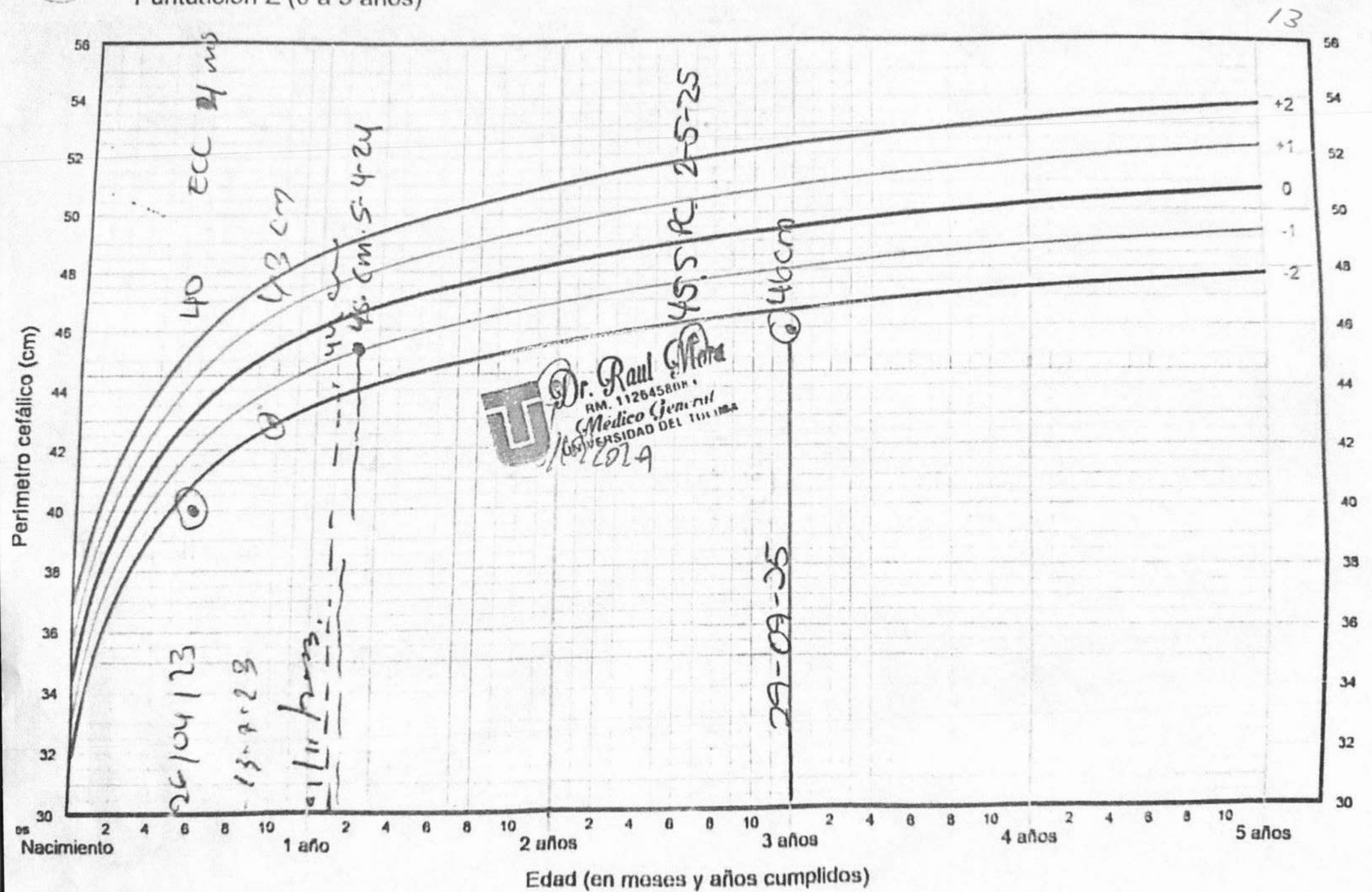
2 años | 3 años | 4 años | 5 años

2 4 6 8 10 2 4 6 8 10 2 4 6 8 10

Edad (en meses y años cumplidos)

Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)



Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
26/04/23	5,8	67	40	11		26/06/23	
13/07/2023	6,8	68	43	12,5	15,1	22/09/23	
01/11/2023.	7,5	72	44.	13.	14,5	22/07/2024	
05- Abril-2024	9.23	78	45		15.2	22/9/2024	Dr. Raul [illegible]
18/10/2024	10 kg	84 cm	45 cm	12.9	—	en 6 meses	[illegible]
02-05-2025	11,6	97	45,5	13,5	15,3	22-09-2025	[illegible]
09-09-2025	12.3	93	46	13	14.2	22-09-2026	

Carné de vacunación

CALENDARIO DE VACUNACIONES

	Vacunas	Fecha	Próxima cita	Laboratorio	Lote No.	Vacunador	I.P.S.	Observaciones
R.N.	POLIO *							
	HEPATITIS B **	24/09/2022						
	BCG ***	26/11/2022						
2 MESES	DIFTERIA TÉTANOS TOS FERINA Pentavalente.	10 Enero/2023	10 Marzo 2023	Serum Biotharma	2851X040E 219003F	Leidy Leidy	Hlq Hlq	
	POLIO	10 Enero/2023		Pfizer	FR4091	Leidy	Hlq	
	~~H.INFLUENZAE B~~ Neumococo 13	10 Enero/2023		GSK	AHDL0941AD	Leidy	Hlq	
	~~HEPATITIS B~~ Rotavirus.	10 Enero/2023						
4 MESES	DIFTERIA TÉTANOS TOS FERINA Pentavalente	16 marzo 2023	16 JUNIO 2023.	Serum.	2851 X040C	Quen Ceron.	HSCJ.	
	POLIO	16 marzo 2023		Biologicals	22080U2	Quen C	HSCJ.	
	~~H.INFLUENZAE B~~ Neumococo	16 marzo 2023		Pfizer	FR8589	Quen C	HSCJ.	
	~~HEPATITIS B~~ Rotavirus.	16 marzo 2023.		GSK	AHDL0934A	Quen C	HSCJ.	
6 MESES	DIFTERIA TÉTANOS TOS FERINA Pentavalente	27 - Junio. 23		Serum	2851X040C		ESE HSCJ	
	POLIO VIP.	27 - Junio 23	22080076	Biological	22080U6		ESE HSCJ	
	HEPATITIS B INF	27 Junio 23	VSO5B001	Green class	VS0522		ESE HSCJ	
	H.INFLUENZAE B INF	26 Sep 23	[illegible]	sanofi			ESE HSCJ	
12 MESES	SARAMPIÓN RUBEOLA PAROTIDITIS TV	26 Sep 23	0132N04BB	Serum	0132N HBB			
	FIEBRE AMARILLA	26 Sep 2023	[illegible] 3D-0	Sanofi			HSCJ	Eugenia Velasco
18 MESES	DIFTERIA TÉTANOS TOS FERINA	09 julio 24		Serum	2852X0 HB	Eugenia Velasco C.C 27 167 321	ESE Hscj ESE Hscj	
	POLIO	09.07.24	22 Sep 2022	Biológicas	923Y001	Enfermera	ESE Hscj	
5 AÑOS	TOS FERINA DIFTERIA TÉTANOS							
	POLIO				0132N04B	Eugenia Velasco		cuando cumpla 5 años 2RF.
	SARAMPIÓN RUBEOLA PAPERAS	09-7-24		Serum			ESE Hscj	
	VACUNA CONTRA EL MALTRATO							

Aljandro Salda
Aux. Enfermería
ESE HSC

* La vacuna Polio oral está contraindicada en niños o niñas inmunosuprimidos o que vivan con personas HIV + o con SIDA.
** La vacunación contra Hepatitis B se debe posponer en niños o niñas con peso inferior a 2000 grs.
*** La aplicación de la vacuna BCG se debe posponer en niños o niñas con peso inferior a 2500 grs y esta contraindicada en niños o niñas infectados con HIV.
**** Las vacunas polivalentes (por ej. HB-Hib-DPT) se deben registrar por antígeno.

C 20 S 1

1 Varicela – 26-sep-23 X00G537 HSJ
Neumo 26-Sep 23 FY9925 Pfizer
HA 26-Sep 23 VJ0027736 Sanofi
TV. 26-Sep 23 · 0132N0118B Serum

Influenza ESE HSCJ
Hepa 2 6024 ESE HSCJ
ESE HSCJ
ESE HSCJ

C 21 S 1
Eugenia Velasco
Eugenia Velasco
Eugenia Velasco

Carné Digital de Vacunación Colombia

Salud

Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 8835fef3-3935-4770-9191-c8228e6dfc7a

Nombres y apellidos / Full name: **JEICOB ALEJANDRO FERNANDEZ ROSERO**

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

Número de identificación / ID Number: **1 1 2 6 4 6 1 4 1 8**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **22/09/2022**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3235902489**

Correo electrónico / e-mail:

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Edad / Age	Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination: Dia / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
Recién nacido	HEPATITIS B (PEDIATRICA)	Adicional	24	9	2022	Serum	0321Q013D	CLINICA PUTUMAYO	YENI CAROLINA ORTEGA MAIGUAL
Recién nacido	BCG	Única	26	11	2022	Serum	0371MA031	CLINICA PUTUMAYO	YENI CAROLINA ORTEGA MAIGUAL
4 meses	Rotavirus	Segunda	10	1	2023	Glaxo SmithKline	AROLD059AB	PASTO HOSPITAL INFANTIL LOS ANGELES	ALBA SANTACRUZ
4 meses	Pentavalente PAI	Segunda	10	1	2023	Serum	2851X028E	PASTO HOSPITAL INFANTIL LOS ANGELES	ALBA SANTACRUZ
4 meses	Antipolio Inactivo (VIP)	Segunda	10	1	2023	Bilthoven Biologicals BV	2140004A	PASTO HOSPITAL INFANTIL LOS ANGELES	ALBA SANTACRUZ
4 meses	Neumococo 13 valente	Segunda	17	1	2023	PFIZER	FY6923	PASTO HOSPITAL INFANTIL LOS ANGELES	ALBA SANTACRUZ
6 meses	Pentavalente PAI	Tercera	27	6	2023	Serum	2851X040C	ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS	PAULINO ALEJANDRO SOTELO ROSERO
6 meses	INFLUENZA TRIVALENTE PEDIÁTRICA	Primera	27	6	2023	Green Cross	V50523001	ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS	PAULINO ALEJANDRO SOTELO ROSERO
6 meses	Antipolio Inactivo (VIP)	Tercera	27	6	2023	Bilthoven Biologicals BV	2208016A	ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS	PAULINO ALEJANDRO SOTELO ROSERO
7 meses	INFLUENZA TRIVALENTE PEDIÁTRICA	Segunda	26	9	2023	Green Cross	V50523001	ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS	EUGENIA CONCEPCION VELASCO CERON
12 meses	Varicela	Primera	26	9	2023	MSD	X006537	ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS	EUGENIA CONCEPCION VELASCO CERON
12 meses	Neumococo 13 valente	Refuerzo	26	9	2023	PFIZER	FY6925	ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS	EUGENIA CONCEPCION VELASCO CERON
12 meses	Triple Viral	Primera	26	9	2023	Serum	0132N048B	ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS	EUGENIA CONCEPCION VELASCO CERON
12 meses	Hepatitis A Pediátrica	Única	26	9	2023	Fabricante	W027736	ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS	EUGENIA CONCEPCION VELASCO CERON

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

The Ministery of Health and Social Protection certifiesthat the informatión in this documentwas extractedfrom **PAIWEB**, accordingto the Wide **Program ofInmunization - PAI** (byits acronym in spanish: ProgramaAmpliado de Inmunización)

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

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder ofthis document has received the doses of the vaccination schedu-le as it is described here.

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

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



18

17

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 68375e03-3935-4770-9191-c622ba5dfc7a

Nombres y apellidos / Full name

JEICOB ALEJANDRO FERNANDEZ ROSERO

Tipo de identificación / ID Type

REGISTRO CIVIL

Número de identificación / ID Number

1 1 2 6 4 6 1 4 1 8

Fecha de nacimiento / Date of birth

22/09/2022

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

3235902489

Correo electrónico / e-mail

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Edad / Age	Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
			Dia / Day	Mes / Month	Año / Year				
12 meses	Fiebre amarilla	Única	26	9	2023	Sanofi Pasteur	W3D501V	ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS	EUGENIA CONCEPCION VELASCO CERON
18 meses	Antipolio Inactivo (VIP)	Primer Refuerzo	9	7	2024	Fabricante	2239001A	ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS	EUGENIA CONCEPCION VELASCO CERON
18 meses	Pentavalente PAI	Primer Refuerzo	9	7	2024	Fabricante	2852X014B	ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS	EUGENIA CONCEPCION VELASCO CERON
18 meses	Triple Viral	Refuerzo	9	7	2024	Serum	0132N074A	ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS	EUGENIA CONCEPCION VELASCO CERON

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

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

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

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

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

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

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

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

NOMBRE DE LA UDS: Fronteras de Paz

NOMBRES Y APELLIDOS	PESO	TALLA	PERIMETRO BRAQUIAL	CLASIFICACION NUTRICIONAL	FECHA	REMITIDO SI/NO	OBSERVACIONES	FIRMA DEL RESPONSABLE
Jeicob Alexandru Fernandez	12,1	91,5		Riesgo de desnutrición Aguda	23/9/25		Sin signos clinicos de desnutrición	
Jeicob Alejandru Fernandez	12	91,6	13,1	Riesgo de desnutrición Aguda	4/10/25		Sin signos clinicos de desnutrición	
Jeicob Alejandro Fernandez	12	91,8	13	Riesgo de desnutrición Aguda	15/10/25		Sin signos clinicos de desnutrición	
Jeicob Alejandro Fernadez	12,3	92	13	Riesgo de desnutrición Aguda	29/10/25		Sin signos clinicos de desnutrición	
Jeicob Alejandro Fernandez	12,4	92	14,5	Riesgo de desnutrición Aguda	12/11/25		Sin signos clinicos de desnutrición	
Jeicob Alejandro Fernandez	13	98	15	Riesgo de desnutrición Aguda	25/11/25		Sin signos clinicos de desnutrición	
Jeicob Alejandro Fernandez					9/12/25		Sin signos clinicos de desnutrición	

FIRMA DEL PROFESIONAL RESPONSABLE: _____

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

20 Rv

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

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

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL

La salud es de todos — Minsalud

CIUDAD San Miguel. FECHA: DÍA 05 MES 05 AÑO 2025 HORA: 3:13 PM.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Jeicob Alejandro APELLIDOS Fernandez Rosero

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1126461418.

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 22 MES: 09 AÑO: 2022/ EDAD: 2 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Emssanar Tel: 3235902489.

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) Me da miedo la reacción que le pueda causar porque es prematuro

¿CÓMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides).
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar Ninguna. 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 (linfadenopatia); 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: Xiomara Rosero

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

Nombres Xiomara Apellidos Rosero

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1087201100

Firma: Xiomara Rosero

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:

Sanly Martinez
Tec. Aux. en Enfermeria
CC. No. 1122336822

Firma

Sanly Martinez
Tec. Aux. en Enfermeria
CC. No. 1122336822

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

Sanly Martinez
Tec. Aux. en Enfermeria
CC. No. 1122336822

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFLD.

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Putumayo MUNICIPIO: San Miguel.

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

22 Rv

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 Jeicob Alejandro Fernandez Rosero, identificado (a) con documento de identidad número 1.126.461418, 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, Jeimy Alomara Rosero Sanchez quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1087201100, 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 Fundacion alma de cuida 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: Alomara R.
Nombre: Alomara Rosero
Calidad - Titular: ____ Representante legal: ____
Teléfono de contacto: 3235402489.
Fecha: 05-05-2025.
Municipio: San Miguel.

CLASIFICADA

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

Xiomara R.
Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Ana Julia Lopez
Agente educativa

Huella del niño/niña

EMPRESA DE ENERGÍA DEL BAJO PUTUMAYO S.A. E.S.P.
NIT: 846.000.583-0 - NUIR: 2-86586000-7
Autoretenedores Res. 347 de 2001-2002
Responsables de IVA

"Generamos Desarrollo con Energía"

Vigilado Superservicios

Código de Suscripción	SM 10985	Pago oportuno hasta:	07-MAY-2025	Mes Facturado
Factura Nro.	2037112639	Suspensión a partir de:	08-MAY-2025	ABRIL 2025

1. Información General

Nombre:	DOMINGO AGREDA	07-Abr-2025	Último pago $
Direccion:	BR SAN FELIPE	Tuvo servicio de energía entre:	25-ABR-20

Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Area	Nivel de Tension	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Tarifa	División Geopolítica
SM1	5.102	356	1	RESIDENCIAL	URBANA	1	6	AEREA	EMPRESA		SAN MIGUEL - SAN FELIPE

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	07/04/2025	25/04/2025	PAGO EN EFECTIVO	CONTADO	EEBP

2. Información Consumo Energía

Componentes del Costo (CU): Generación + Transmisión + Distribución + Comercialización + Pérdidas + Restricción = CU 1,140.50 ($/KwH)

2A. Información Medidor

Marca	Serial	Factor Multiplo
HHK	21156402	

2B. Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa	7498	7311
Reactiva		

Tipo Liquid: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs Lectura:

2C. Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	0		
Consumo Reactiva KVarh:	201200.98		
Costo del consumo $	442.2		
Tarifa (hasta 173 Kwh):	114750.89		
Subsidio: %	0	$	0
Contribución: %		$	86450.09
Sub Total $			
Meses en deuda:	1	% Tasa Interés Moratorio	.5

2D. Consumo Ultimos 6 Meses

[illegible]	33
[illegible]	59
[illegible]	56
[illegible]	38
[illegible]	5
[illegible]	3

Promedio: 28

2E. Información Calidad del Servicio

Transformador SUD113 Circuito 22
DIUG 30.24 IUG 10 Circuito C14
Cargo U 253.23 Factor 0.20
CUC 34.46
DIU 90.93 FIU 125.00
MC 13.48 VC 10.00

Valor a compensar 3,389.35

Información de Créditos EEBP

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

Gerente General

4. Detalle Conceptos del Servicio de Energía

Conceptos EEBP	Valor Liquidado	Saldo Anterior	Saldo a Favor o Anticipado	TOTAL
ACTIVA SUBSIDIO A ARMONIA	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
SUBSIDIO	114,750.89	0	0.00	114,751
AJUSTE A SUBSIDIO	1,547.23	0	0.00	1,547
COMPENSACION RES CREG 015/2018	3,389.35	0	0.00	3,389
AJUSTE A LA DECENA	-0.93	0	0.00	-1
				85,012

Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP

Información Facturación Convenio Impuesto Alumbrado Público

Sujeto Activo	Operador A.P.	Convenio No.	Dirección PQR	Valor Periodo	Saldo Ant.	Valor Total
CONSEJO DE SAN MIGUEL	MUNICIPIO SAN MIGUEL	ACUERDO 008 31/08/20[illegible]	[illegible]	[illegible]		2,398

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
Aseo	Alcaldia San Mi	Cra 4 Cll 7 Esq B/La Liberia		[illegible]	0	0	0	0		6,000

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
85,012		2,398		6,000		0		93,410

CUFE: [illegible]

(415)7709580885332(8020)1090203711263918(3900)093009341O(96)20250507

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

www.eebpsa.com.co @eebpsaesp /eebpsa

Fac. Electronica: EEBP 222368

Resolución de facturación electrónica DIAN No [illegible]
de fecha 30/01/2024 desde No. 1 hasta No. 100000000
Vigencia: 30/01/2024

Art. 130

Esta Factura presta Mérito Ejecutivo de ac[illegible]

Proveedor Tecnológico: [illegible] S.A.S. NIT: 800029580-2 Software: factel

25 Rv

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: FERNANDEZ ROSERO JEICOB ALEJANDRO
No HISTORIA: 1126461418
IDENTIFICACION: RC1126461418
EMPRESA: EMSSANAR E.P.S S.A.S.
REGIMEN: Subsidiado

EDAD: 2 Años 8 Meses
SEXO: Masculino
FEC. NAC: 22/09/2022

FOLIO No: 63422 **FECHA:** 21/06/2025 3:48 p.m.
ADMIN No: 101124
TELEFONO: 323 5902489
MUNICIPIO: VALLE GUAMUEZ PUT
DIRECCION: VALLE DEL GUAMUEZ

DIAGNOSTICO

P073 OTROS RECIEN NACIDOS PRETERMINO
R620 RETARDO DEL DESARROLLO
R011 SOPLO CARDIACO. NO ESPECIFICADO
R634 PERDIDA ANORMAL DE PESO

No.	CODIGO	DESCRIPCION	CANT.
1	890383	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR PEDIATRIA Observaciones: CONTROL CON REPORTES	1
2	902209	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA. HEMATOCRITO. RECUENTO DE ERITROCITOS. iNDICES ERITROCITARIOS. LEUCOGRAMA. RECUENTO DE PLAQUETAS. INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA] METODO AUTOMATICO	1
3	903016	FERRITINA	1
4	907106	UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA	1
5	904902	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH]	1
6	904921	TIROXINA LIBRE [T4L]	1
7	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1
8	903856	NITROGENO UREICO [BUN] *	1
9	907014	COPROSCOPICO SERIADO TRES MUESTRAS	3
10	890275	CONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA	1
11	890229	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA	1
12	890272	CONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA	1
13	890276	CONSULTA ESPECIALIZADA DE OFTALMOLOGIA	1
14	890208	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGÍA	1
15	890206	CONSULTA ESPECIALIZADA DE NUTRICION Y DIETETICA	1
16	883101	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CEREBRO Observaciones: BAJO SEDACION	1
17	890226	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA	1
18	881301	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE PARED ABDOMINAL Y DE PELVIS Observaciones: REGION INGUINLA IZQUIERDA	1

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

Firma Paciente:

Fecha Impresion: 21/06/2025

InfoSalud Net

Medic Laser...

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: 87916 Admision No: 101124

PACIENTE: FERNANDEZ ROSERO JEICOB ALEJANDR(**E.CIVIL:** FECHA ATENCION: 21/06/2025 03:12 p. m.
IDENTIFICACION: RC1126461418 **EDAD:** 2 Años 8 Meses
No HISTORIA: 1126461418 **SEXO:** Masculino **TELEFONO:** 323 5902489
EMPRESA: EMSSANAR E.P.S S.A.S.. **FEC. NAC:** 22/09/2022 **MUNICIPIO:** ORITO PUT
REGIMEN: Subsidiado **DIRECCION:** VALLE DEL GUAMUEZ

P073-OTROS RECIEN NACIDOS PRETERMINO

NOMBRE DEL PADRE: JUAN JOSE FERNANDEZ **NOMBRE DE LA MADRE:** XIOMARA ROSERO

DATOS DEL ACOMPAÑANTE:

NOMBRE: XIOMARA ROSERO DIRECCION: 1
TELEFONO: PARENTESCO: MADRE

ENFOQUE DIFERENCIAL:

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

MOTIVO DE CONSULTA:

VALORACION

ENFERMEDAD ACTUAL:

Se trata de preescolar de 2 años y 8 meses de edad, antecedente de prematuridad extrema de 24 ss (FN 22/09/23) PAN 860grs, con retraso global en el neurodesarrollo + soplo cardiaco + displasia pulmonar + displasia de cadera sin seguimiento por neurologia, cardiologia ni neumologia, esta en terapias integrales.
Esta en jardin infantil, con problemas de comportamiento con irritabilidad, agresividad , impulsivo.
Actualmente la madre refiere con buen estado general, no sintomas respiratorios, afebril, niega vómitos diarreas u otros.
Retraso en el Neurodesarrollo: sosten cefalico 12 meses/rolado 12 meses/sedestación 22 meses/ gateo 17 meses/ marcha 2años y 5 meses/ lenguaje solo dice mama/ saluda con gestos chao, hola, responde al nombre, no corre.

ANTECEDENTES PERSONALES:

GENERAL: Antecedentes:
* patologicos: Retraso global en el Neurodesarrollo.
* alérgico: Niega
* quirúrgicos: hernia inguinoescrotal izq.
* familiares: niega
* farmacológicos: niega
* transfusionales: niega
* traumatológicos: niega
* hospitalarios: al nacer y al año por neumonia bacteriana.
* vacunación: PAI completo para la edad (trae carné de vacunación).
* perinatales: producto de 3er embarazo, obtenido pretermino extremo de 24 ss, parto via cesarea por embarazo gemelar, con fallecimiento del 2do mellizo, peso al nacer 860 grs y talla al nacer 35 cm, ingreso a UCIN 4 mes y medio por prematuridad extrema + Asfixia perinatal + displasia broncopulmonar, IOT 3 meses con oxigeno domiciliario . No consanguinidad. TORCH normal. GS: O+.

REVISION POR SISTEMA

No Refiere
CABEZA:. . . . . No Refiere
OJOS:. . . . . No Refiere
NARIZ: . . . . . No Refiere
OIDOS::. . . . . No Refiere
OROFAFINGE:. . . . . No Refiere
CUELLO:NARIZ:. . . . No Refiere
RESPIRATORIO:, . . . No Refiere
NEUROLOGICO: . . . . No Refiere
ENDOCRINO: . . . . . No Refiere
MUSCULO(ESQUELETICO: No Refiere
HEMATOPOYETICO:. . . No Refiere

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: 87916 Admision No: 101124

PACIENTE: FERNANDEZ ROSERO JEICOB ALEJANDRO **E.CIVIL:** FECHA ATENCION: 21/06/2025 03:12 p. m.
IDENTIFICACION: RC1126461418 **EDAD:** 2 Años 8 Meses
No HISTORIA: 1126461418 **SEXO:** Masculino **TELEFONO:** 323 5902489
EMPRESA: EMSSANAR E.P.S S.A.S.. **FEC. NAC:** 22/09/2022 **MUNICIPIO:** ORITO PUT
REGIMEN: Subsidiado **DIRECCION:** VALLE DEL GUAMUEZ
P073-OTROS RECIEN NACIDOS PRETERMINO
NOMBRE DEL PADRE: JUAN JOSE FERNANDEZ **NOMBRE DE LA MADRE:** XIOMARA ROSERO

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
OTROS: . . . . . No Refiere

SIGNOS VITALES:

FREC CARDIACA: . . .88 Latidos por Min.
FREC RESPIRATORIA: .20 Resp. por Min.
TEMPERATURA: . . . .36.6 C.
TENSION ART: . . . .70/40 mmHg
PRESION ART. MEDIA:.50
SAT. DE OXIGENO: . .98 %
PESO:. . . . . .11.4 Klg.
TALLA: . . . . . .90 cm.
PC: 14.1

PLAN DE CUIDADO:

Se trata de preescolar de 2 años y 8 meses de edad, antecedente de prematuridad extrema de 24 ss (FN 22/09/23) PAN 860grs, con retraso global en el neurodesarrollo + soplo cardiaco + displasia pulmonar + displasia de cadera , solo seguimiento con ortopedia, se da valoracion con neurologia, cardiologia, neumologia, oftalmologia y psicologia. Continuar con terapias.
EF: microcefalia + retraso global en el Neurodesarrollo y problemas de comportamiento, por sospecha de hernia inguino escrotal derecha se solicita ecografia de tejidos blandos.
Actualmente la madre refiere con buen estado general, no sintomas respiratorios, afebril, niega vómitos diarreas u otros
Antopometria:
21/06/25 peso: 11.4 kg talla: 90 cm pc 45 cm Percentiles P/T:-1.56 DS, T/E -0.96 DS, PC:-2.94 DS Con riesgo de desnutrición aguda, talla adecuado para su edad, microcefalia.

Plan:
-Control con pediatria con reportes.
-ss// hemograma, ferritina, uroanalisis, TSH, T4L, creatinina, BUN , coproscopico seriado (numero 3).
-valoracion con neurologia, cardiologia, neumologia, oftalmologia, anestesiologia y psicologia
-valoracion nutricion.
-SS resonancia cerebral simple bajo sedación.
-ecografia de tejidos blandos (region inguinal izquierda).
-ya desparasitado + micronutrientes.
-Control de crecimiento y desarrollo.
-PAI al dia.
-Recomendaciones nutricionales
-Se educa en habitos de vida saludable.
Se educa sobre higiene personal, cuidados en el hogar, pautas de crianza y alimentacion saludable.
Se da educacion acerca de la estimulacion para el adecuado desarrollo del niño.
Se brindan recomendaciones generales y signos de alarma: diarrea, fiebre, vomito, dificultad para respirar, cianosis o que "el niño se pone morado", somnolencia, convulsiones.

DIAGNOSTICO:

P073: OTROS RECIEN NACIDOS PRETERMINO
R620: RETARDO DEL DESARROLLO
R011: SOPLO CARDIACO. NO ESPECIFICADO
R634: PERDIDA ANORMAL DE PESO

TIPO DE DIAGNOSTICO: Impresion Diagnostica

Medic Laser

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: 87916 Admision No: 101124

PACIENTE: FERNANDEZ ROSERO JEICOB ALEJANDR(**E.CIVIL:** FECHA ATENCION: 21/06/2025 03:12 p. m.

IDENTIFICACION: RC1126461418 **EDAD:** 2 Años 8 Meses

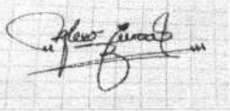
No HISTORIA: 1126461418 **SEXO:** Masculino **TELEFONO:** 323 5902489

EMPRESA: EMSSANAR E.P.S S.A.S.. **FEC. NAC:** 22/09/2022 **MUNICIPIO:** ORITO PUT

REGIMEN: Subsidiado **DIRECCION:** VALLE DEL GUAMUEZ

P073-OTROS RECIEN NACIDOS PRETERMINO

NOMBRE DEL PADRE: JUAN JOSE FERNANDEZ **NOMBRE DE LA MADRE:** XIOMARA ROSERO



PROFESIONAL: FIGUEROA GALVIS ALEXANDRA JHAQUELINE

ESPECIALIDAD: PEDIATRIA

REGISTRO: 1107045818

CLINICA CREAR VISION SAS

codigo de habilitacion 860010010501 Nit: 846003067

Dir:Barrio Villa Natalia – Cra 8 #17 56 Mocoa Tel: (602) 733 21 25 Ext 1101

ORDEN MEDICA CONSULTA EXTERNA.

FOLIO No: 321223 FECHA: 07/09/2025 10:55 a.m.

PACIENTE: FERNANDEZ ROSERO JEICOB ALEJANDRO
No HISTORIA: 1126461418
IDENTIFICACION: RC1126461418
EMPRESA: EMSSANAR E.P.S S.A.S
REGIMEN: Subsidiado

EDAD: 2 Años 11 Meses
SEXO: Masculino
FEC. NAC: 22/09/2022

ADMIN No: 530547
TELEFONO: 3235902489 3214749298
MUNICIPIO: SAN MIGUEL
DIRECCION: LA DORADA B METROPOLITANO

DIAGNOSTICO

H527 TRASTORNO DE LA REFRACCION, NO ESPECIFICADO
H509 ESTRABISMO, NO ESPECIFICADO

No.	CODIGO	DESCRIPCION	CANT.
1	890276	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA Observaciones: SE REMITE PARA VALORACION POR OFTALMOLOGIA PEDIATRICA	1
2	890207	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA	1

CREAR VISIÓN S.A.S
Juan Carlos Valderrama Roa
OFTALMOLOGO
R.M. 01 - 7226 - 97
CC. 80.408.651

PROFESIONAL: VALDERRAMA ROA JUAN CARLOS
REG MEDICO: 01-7226-97
ESPECIALIDAD: OFTALMOLOGIA
IDENTIFICACION: 80408651

Firma Paciente:

Fecha Impresion: 07/09/2025

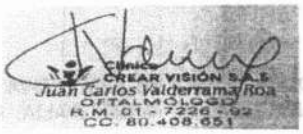
InfoSalud Ne

CLINICA CREAR VISION SAS
codigo de habilitacion 860010010501 Nit: 846003067-6
Dir. Barrio Villa Natalia – Cra 8 #17 56 Mocoa Tel. (602) 733 21 25 Ext 1101.

HISTORIA CLINICA DE OFTALMOLOGIA.

Folio No: 830128

PACIENTE:	FERNANDEZ ROSERO JEICOB ALEJANDR(	**E.CIVIL:**	Soltero(a)	FECHA ATENCION:	07/09/2025 10:48 a. m.
IDENTIFICACION:	RC1126461418	**EDAD:**	2 Años 11 Meses		
No HISTORIA:	1126461418	**SEXO:**	Masculino	**TELEFONO:**	3235902489 3214749298
EMPRESA:	EMSSANAR E.P.S S.A.S.	**FEC. NAC:**	22/09/2022	**MUNICIPIO:**	MOCOA
DIAGNOSTICO:	H527-TRASTORNO DE LA REFRACCION. NO ESPECIFICADO			**DIRECCION:**	LA DORADA B METROPOLITANO



MEDICO: VALDERRAMA ROA JUAN CARLOS
ESPECIALIDAD: OFTALMOLOGIA
REG MEDICO: 01-7226-92

29
RV

CARDIODIAGNOSTICO PEDIATRICO IPS SAS
Codigo de habilitacion 520010335501 NIT: 901558246-9
Dir. CARRERA 39 No. 19-120 Palermo Tel. 3233697901.
HISTORIA CLINICA CARDIOLOGIA PEDIATRICA. (CARDIOLOGIA PEDIATRICA)

Folio No: 116353 Admision No: 30762

PACIENTE: FERNANDEZ ROSERO JEICOB ALEJANDR(**E.CIVIL:** FECHA ATENCION: 17/09/2025 02:41 p. m.
IDENTIFICACION: RC1126461418 **EDAD:** 2 Años 11 Meses
No HISTORIA: 1126461418 **SEXO:** Masculino **TELEFONO:** 3235902489
EMPRESA: EMSSANAR EPS SAS. **FEC. NAC:** 22/09/2022 **MUNICIPIO:** SAN MIGUEL
REGIMEN: Subsidiado **DIRECCION:** METROPOLITANO
P073-OTROS RECIEN NACIDOS PRETERMINO

MOTIVO DE CONSULTA:

ANT DE RNPT 29 SEM

ENFERMEDAD ACTUAL:

O/P: LA DORADA PUTUMAYO
MAMA: 31 AÑOS
PAPA: 36 AÑOS
HERMANOS: # 5 (13/7/5) PATOLOGIA CARDIOVASCULAR: GEMELOS # 2 FALLECIERON POR PREMATUREZ EXTREMA CON PATOLOGIAS ASOCIADAS
CONSANGUINIDAD: NO.

PACIENTE DE 2 AÑOS 11 MESES REMITIDO POR PEDIATRIA CON DIAGNOSTICO DE SOPLO A ESTUDIO, ACUDE A VALORACIÓN POR CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA, CLASE FUNCIONAL 1 DE ROSS MODIFICADO, NO SINCOPES, NO CIANOSIS, ACTUALMENTE SIN DATOS CLÍNICOS DE FALLA CARDIACA. SIN DETERIORO CLÍNICO, SIN PALPI-TACIONES NI DOLOR TORACICO. ADECUADA GANANCIA DE PESO. NO TOMA MEDICAMENTOS. HOY CON EVENTO DE ESPASMO DEL SOLLOZO.

ANTECEDENTES PERSONALES:

GRUPO SANGUINEO: O FACTOR RH: +

REVISION POR SISTEMA

CARDIOVASCULAR:. . . PALIDEZ BRADICARDIA

SIGNOS VITALES

FREC CARDIACA: . . .70 Latidos por Min.
FREC RESPIRATORIA: .26 Resp. por Min.
TEMPERATURA: . . . .36.5 C.
SAT. DE OXIGENO: . .97 %
PESO:. . . . . .12.2 Klg.
TALLA:. . . . . .92 cm.
IMC: 14.4

EXAMEN FISICO

APARENTEMENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES
SINTOMATICO DE PIEL:. . . . No
SINTOMATICO RESPIRATORIO: . No
SINDROME FEBRIL:. . . . . No
SINTOMATICO NERV. PERIF:. . NO
CABEZA: . . . . . NORMOCEFALA, SIN DEFORMIDADES
OJOS: . . . . . PUPILAS ISOCORICAS NORMORECTIVAS
OIDOS:. . . . . OTOSCOPIA BILATERAL DENTRO DE LIMITES NORMALES
NARIZ:. . . . . TABIQUE CENTRAL, FOSAS NASALES PERMEABLES
BOCA: . . . . . HUMEDA, ROSADA SIN ALTERACION EVIDENTES
OTORRINOLARINGOLOGIA: . . . MUCOSA ORAL HUMEDA ROSADA, SIN ALTERACIONES
CUELLO: . . . . . CENTRAL, SIN ADENOPATIAS, NO DEFORMACIONES, NI MASAS
TORAX: . . . . . NO DEFORMIDADES DE TORAX, NORMOEXPANSIBLE
PULMONAR: . . . . . CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS SIN PRESENCIA DE RUIDOS SOBREAGREGADOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO
CARDIOVASCULAR: . . . . . SOPLO SISTOLICO G 2/6, RITMICO
ABDOMEN:. . . . . blando, depresible, no masas ni megalias, peristaltismo normal, no signos de irritacion peritoneal
EXTREMIDADES: . . . . . EXTREMIDADES SIMETRICAS, NO DOLOROSAS A LA MOVILIZACIÓN, NO EDEMAS, PULSOS POSITIVOS, LLENADO CAPILAR ADECUADO
CADERA: 0
TACTO RECTAL (Hombres): . . SE DIFIERE
EXAMEN GENITAL EN MUJERES:. SE DIFIERE
ESFERA MENTAL:. . . . . NORMAL
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL . NO REFIERE
SISTEMA MUSCULOESQUELETICO: SIN ALTERACIONES
GENITOURINARIO. . . . . NO VALORADO
NEUROLOGICO:. . . . . sin deficit aparente, ubicado en persona espacio y tiempo,no hay deficit motor o sensitivo, no signos meningeos o de focalizacion
PIEL: . . . . . EUTERMICA SIN LESIONES

CARDIODIAGNOSTICO PEDIATRICO IPS SAS
Codigo de habilitacion 520010335501 NIT: 901558246-9
Dir. CARRERA 39 No. 19-120 Palermo Tel. 3233697901.
HISTORIA CLINICA CARDIOLOGIA PEDIATRICA. (CARDIOLOGIA PEDIATRICA)

Folio No: 116353
Admision No: 30762

PACIENTE: FERNANDEZ ROSERO JEICOB ALEJANDR(**E.CIVIL:**
IDENTIFICACION: RC1126461418
No HISTORIA: 1126461418
EMPRESA: EMSSANAR EPS SAS.
REGIMEN: Subsidiado
EDAD: 2 Años 11 Meses
SEXO: Masculino
FEC. NAC: 22/09/2022

FECHA ATENCION: 17/09/2025 02:41 p. m.

TELEFONO: 3235902489
MUNICIPIO: SAN MIGUEL
DIRECCION: METROPOLITANO

P073-OTROS RECIEN NACIDOS PRETERMINO

DIAGNOSTICO:

P073: OTROS RECIEN NACIDOS PRETERMINO
P298: OTROS TRASTORNOS CARDIOVASCULARES ORIGINADOS EN EL PERIODO PERINATAL
Z136: EXAMEN DE PESQUISA ESPECIAL PARA TRASTORNOS CARDIOVASCULARES

TIPO DE DIAGNOSTICO: Confirmado Nuevo

ANALISIS:

POR AHORA NO NECESITA MEDICAMENTOS, NO TIENE RESTRICCIONES, NO REQUIERE PROFILAXIS DE ENDO-CARDITIS, SE CITA A ECOCARDIOGRAMA PEDIATRICO DE CONTROL PARA REEVALUACION DE ECO ESTRUCTU-RA Y MEDICIÓN DE PRESIONES PULMONARES Y EKG 12 DERIVACIONES PARA EVALUACION DE RITMO CAR-DÍACO, Y CONSULTA POR CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA DE CONTROL EN 3 MESES (SEP 2025), EN CARDIODIAG-NOSTICO PEDIATRICO IPS - SAS. SE GENERAN ORDENES, EXPLICA A LA MADRE Y SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES Y DE COVID 19 Y SIGNOS DE ALARMA PARA RE CONSULTA POR URGENCIAS EN CASO DE PRESEN-TARSE. CONTINUAR CONTROLES PERIÓDICOS POR PEDIATRÍA, SE INDICAN DATOS DE PUERICULTURA GENERAL, MANTENER VACUNACIÓN AL DIA. EN CASO DE PRESENTAR: PALIDEZ, CAMBIOS DE COLORACIÓN EN UÑAS O LABIOS (COLOR AZULADO), DIFICULTAD PARA RESPIRAR, VÓMITOS A REPETICIÓN, DEJA DE COMER, DEJA DE GANAR PESO, PRESENTA DESMAYOS O DOLOR EN EL PECHO ACUDIR AL SERVICIO DE URGENCIAS MAS CER-CANO. LLEVAR SIEMPRE HISTORIA CLINICA Y RESULTADOS DE EXAMENES DE CARDIOLOGÍA PEDIATRICA.
RX: HOLTER, RX DE TORAX, LABORATORIOS: HEMOGRMAA, TSH, T4L, FERRITINA, VITAMINA D, PERFIL LIPIDICO, GLI-CEMIA.

RE VAL POR GENETICA, ENDOCRINOLOGIA, NEFROLOGIA, GASTREONTEROLOGIA.

PLAN DE TRATAMIENTO

PARA TENER EN CUENTA:
LAS ENFERMEDADES CARDIACAS EN EL NIÑO SON DIFERENTES DE LAS DEL ADULTO. Con frecuencia son en-fermedades congénitas que se diagnostican durante el embarazo o tras el nacimiento, de ahi la importancia de saber cómo hay que actuar cuando se presentan.
Entre las patologias que con mayor frecuencia son motivo de consulta y seguimiento de cardiologia pediátri-ca se incluyen los soplos cardiacos, la dificultad respiratoria, el dolor torácico, las arritmias y los sincopes, se encuentran entre los motivos mas frecuentes. El cardiólogo pediatria es quien realiza tanto los procedi-miento diagnósticos en niños como su debida interpretación, tratamiento y derivación a supra especialida-des para poder tratar de manera invasiva o no invasiva ciertas patologias que asi lo ameriten. Es quien se encarga de la atención tanto ambulatoria como intrahospitalaria de pacientes con estas afecciones, inclu-yendo paciente en condición critica, en hospitalización, y en consulta externa. Se lleva a cabo seguimiento por diferentes patologias crónicas y agudas, incluyendo falla cardiaca tanto derecho como izquierda, hiper-tensión pulmonar, arritmias, y muchas mas patologias extra cardiacas que afecten directa o indirectamente la funcion y estructura cardiacas. Además de estos motivos, es cada vez más frecuente la Cardiología Infantil Preventiva, que se realiza, mediante seguimiento periódico, en enfermedades genéticas de cualquier índole que puedan afectar al corazón. Antecedentes familiares de cardiopatias posiblemente hereditarias y de muertes subitas tempranas, obesidad, hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia, Hipertensión arterial sis-témica y pulmonar, trastornos de la conducta alimentaria y por supuesto, de los deportistas, sobre todo aquellos con alto nivel de exigencia en sus entrenamientos. La atención se realiza desde la etapa fetal, neo-natal, hasta 18 años e incluso pacientes adultos con diagnósticos previos de cardiopatias congénitas con el fin de seguir su evolucion y poder ayudar en conjunto las mejores opciones terapéuticas.

RESULTADOS DE LABORATORIO

ORDEN MEDICA

No	CODIGO	DESCRIPCION:	CANTIDAD:	DURACION
1	890329	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA PEDIATRICA	1	1 MES
2	881202	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO	1	.
3	895101	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	1	.
4	895001	MONITOREO ELECTROCARDIOGRAFICO CONTINUO (HOLTER)	1	.
5	871121	RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A O A.P LATERAL DECUBITO LATERAL OBLICUAS O LATERAL CON BARIO)	1	.
6	881302	ECOGRAFIA ABDOMEN TOTAL	1	.

30 Rv

CARDIODIAGNOSTICO PEDIATRICO IPS SAS

Codigo de habilitacion 520010335501 NIT: 901558246-9

Dir. CARRERA 39 No. 19-120 Palermo Tel. 3233697901.

HISTORIA CLINICA CARDIOLOGIA PEDIATRICA. (CARDIOLOGIA PEDIATRICA)

6353

Admision No: 30762

É: FERNANDEZ ROSERO JEICOB ALEJANDR(**E.CIVIL:** FECHA ATENCION: 17/09/2025 02:41 p. m.

IFICACION: RC1126461418 **EDAD:** 2 Años 11 Meses

ISTORIA: 1126461418 **SEXO:** Masculino **TELEFONO:** 3235902489

MPRESA: EMSSANAR EPS SAS. **FEC. NAC:** 22/09/2022 **MUNICIPIO:** SAN MIGUEL

REGIMEN: Subsidiado **DIRECCION:** METROPOLITANO

P073-OTROS RECIEN NACIDOS PRETERMINO

7	890248	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GENETICA	1		1 MES
8	890247	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA	1		
9	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGIA PEDIATRICA	1		
10	890245	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA	1		
11	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA - HEMATOCRITO - RECU	1		
12	904902	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES	1		
13	904921	TIROXINA LIBRE	1		
14	903016	FERRITINA	1		
15	903706	VITAMINA D 25 HIDROXI TOTAL [D2-D3] [CALCIFEROL]	1		
16	903841	GLUCOSA (EN SUERO. LCR. OTROS FLUIDOS)	1		
17	907106	UROANALISIS	1		

PROFESIONAL: PONCE BRAVO LUIS ERNESTO
ESPECIALIDAD: CARDIOLOGIA PEDIATRICA
REGISTRO: 52122-2004
IDENTIFICACION: CC 98135570

CARDIODIAGNOSTICO PEDIATRICO IPS SAS

codigo de habilitacion 520010335501 Nit: 901558246

Dir:CARRERA 39 No. 19-120 Palermo Tel: 3233697901

ORDEN MEDICA CONSULTA EXTERNA.

FOLIO No: 51588 **FECHA:** 17/09/2025 2:48 p.m.

ADMIN No: 30762

FERNANDEZ ROSERO JEICOB ALEJANDRO

IA: 1126461418 **EDAD:** 2 Años 11 Meses

ICACION: RC1126461418 **SEXO:** Masculino

ESA: EMSSANAR EPS SAS **FEC. NAC:** 22/09/2022

GIMEN: Subsidiado

TELEFONO: 3235902489

MUNICIPIO: VALLE GUAMUEZ PUT

DIRECCION: METROPOLITANO

IAGNOSTICO

P073 OTROS RECIEN NACIDOS PRETERMINO
P298 OTROS TRASTORNOS CARDIOVASCULARES ORIGINADOS EN EL PERIODO PERINATAL
Z136 EXAMEN DE PESQUISA ESPECIAL PARA TRASTORNOS CARDIOVASCULARES

No.	CODIGO	DESCRIPCION	CANT.
1	890248	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GENETICA Observaciones: 1 MES	1
2	890247	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA PEDIATRICA	1
3	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGIA PEDIATRICA	1
4	890245	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA	1
5	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA - HEMATOCRITO - RECU	1
6	904902	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES	1
7	904921	TIROXINA LIBRE	1
8	903016	FERRITINA	1
9	903706	VITAMINA D 25 HIDROXI TOTAL [D2-D3] [CALCIFEROL]	1
10	903841	GLUCOSA (EN SUERO. LCR. OTROS FLUIDOS)	1
11	907106	UROANALISIS	1

PROFESIONAL: PONCE BRAVO LUIS ERNESTO
REG MEDICO: 52122-2004
ESPECIALIDAD: CARDIOLOGÍA PEDIATRICA
IDENTIFICACION: 98135570

Firma Paciente:

Fecha Impresion: 17/09/2025

InfoSalud Ne

CARDIODIAGNOSTICO PEDIATRICO IPS SAS

codigo de habilitacion 520010335501 Nit: 901558246

Dir:CARRERA 39 No. 19-120 Palermo Tel: 3233697901

ORDEN MEDICA CONSULTA EXTERNA.

RIA: FERNANDEZ ROSERO JEICOB ALEJANDRO
FICACION: 1126461418
ESA: RC1126461418
GIMEN: EMSSANAR EPS SAS
Subsidiado

EDAD: 2 Años 11 Meses
SEXO: Masculino
FEC. NAC: 22/09/2022

FOLIO No: 51587
ADMIN No: 30762
TELEFONO: 3235902489
MUNICIPIO: VALLE GUAMUEZ PUT
DIRECCION: METROPOLITANO

FECHA: 17/09/2025 2:47 p.m.

DIAGNOSTICO

P073 OTROS RECIEN NACIDOS PRETERMINO
P298 OTROS TRASTORNOS CARDIOVASCULARES ORIGINADOS EN EL PERIODO PERINATAL
Z136 EXAMEN DE PESQUISA ESPECIAL PARA TRASTORNOS CARDIOVASCULARES.

No.	CODIGO	DESCRIPCION	CANT.
1	890329	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA PEDIATRICA Observaciones: 1 MES	1
2	881202	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO	1
3	895101	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	1
4	895001	MONITOREO ELECTROCARDIOGRÁFICO CONTINUO (HOLTER)	1
5	871121	RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A O A.P LATERAL DECUBITO LATERAL OBLICUAS O LATERAL CON BARIO)	1
6	881302	ECOGRAFIA ABDOMEN TOTAL	1

ESIONAL: PONCE BRAVO LUIS ERNESTO
IEDICO: 52122-2004
IALIDAD: CARDIOLOGÍA PEDIATRICA
TIFICACION: 98135570

Firma Paciente:

Fecha Impresion: 17/09/2025

No: 1

HOSPITAL INFANTIL LOS ANGELES
891200240 - 2

HISTORIA CLÍNICA No. RC 1126461418 -- JEICOB ALEJANDRO FERNANDEZ ROSERO

Empresa: EMSSANAR EPS SAS SUBSIDIO TOTAL *C* **Afiliado:** NIVEL 1 **No. His. Cli.** NA
Fecha Nacimiento: 22/09/2022 **Edad actual :** 3 AÑOS **Sexo:** Masculino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Menor
Teléfono: 3235902489 **Dirección:** BR SAN FELIPE
Barrio: CENTRO **Departamento:** PUTUMAYO
Municipio: SAN MIGUEL (LA DORADA) **Grupo Etnico:**
Etnia: NINGUNO **Atención Especial:** NO APLICA
Nivel Educativo: NINGUNO **Grupo Poblacional:** NO APLICA
Discapacidad: NO APLICA
Ocupacion: NO APLICA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 HOSPITAL INFANTIL LOS ANGELES **Edad :** 3 AÑOS

FOLIO 2 **FECHA** 30/09/2025 10:52:49 **TIPO DE ATENCIÓN** AMBULATORIO

MOTIVO DE CONSULTA

"CONTROL POR ESPECIALIDAD"
MOTIVO DE CONSULTA SE REALIZA TRANSCRIPCION EL 30/09/2025 DE HISTORIA CLINICA DE ATENCION POR NEUROLOGIA PEDIATRICA MEDIANTE LA MODALIDAD DE TELECONSULTA SINCRONICA POR LA DRA LUISA FERNANDA LOPEZ MORA REALIZADO POR MEDICO LAURA XIMENA ORELLANA

ENFERMEDAD ACTUAL

SE SOLICITA AUTORIZACIÓN A LOS PADRES, PARA REALIZAR CONSULTA EN MODALIDAD MIXTA, DONDE SE REALIZARÁ EL DESARROLLO DE TELESALUD POR PARTE DEL SERVICIO DE NEUROPEDIATRÍA, SEGÚN LO DISPUESTO EN LA RESOLUCIÓN 2654 DE 2019, EN ARTÍCULOS 173 NUMERAL 3 DE LA LEY 100 DE 1993, NUMERAL 14 DEL DECRETO LEY 4107 DE 1011. Y EN DESARROLLO DE LA LEY 1955 DE 2019; ADEMÁS SE CONTARÁ CON UN MÉDICO Y/O ENFERMERO COMO PERSONAL ASISTENCIAL DE CARÁCTER PRESENCIAL DURANTE LA CONSULTA. FAMILIAR/ACUDIENTE ACEPTA LOS TÉRMINOS, SE DISPONE A REALIZAR LA VALORACIÓN MÉDICA. **** VALORACIÓN POR NEUROPEDIATRÍA *** NOMBRE JEICOB ALEJANDRO FERNANDEZ ROSERO EDAD 3 años
ACOMPAÑANTE MADRE XIOMARA MOTIVO DE CONSULTA: CONTROL ENFERMEDAD ACTUAL PACIENTE DE 3 AÑOS, EN SEGUIMIENTO EN NEUROPEDIATRIA, ULTIMA VALORACIÓN HACE 2 AÑOS, CON DIAGNOSTICO DE ALTO RIESGO NEUROLOGICO DADO PREMATUREZ EXTREMA DE 28 SEMANAS POR EMBARAZO GEMELAR ASOCIADO RETRASO DEL NEURODESARROLLO. EN EL MOMENTO SOLO DICE MAMA, NO HACE FRASES, HACE CONTACTO VISUAL, LE PEGA A LOS OTROS NIÑOS, ESTA EN EL JARDIN, JUEGA CON OTROS NIÑOS, "SI LO MOLESTAN LES PEGA", PEGA A LA MADRE, SABE ALGUNAS PARTES DEL CUERPO, NO RECONOCE COLORES NI VOCALES. ES IMPULSIVO, NO MIDE RIESGOS. NIEGA CRISIS EPILEPTICAS, NIEGA MOVIMIENTOS ANORMALES. LE MOLESTAN LAS TEXTURAS, NO ES SELECTIVO PARA COMER, NO HIPERSENSIBILIDAD AUDITIVA. NO RIGIDEZ COGNITIVA. NO ESTEREOTIPIAS. ESTA EN SEGUIMIENTO POR NEUMOLOGIA POR DISPLASIA BRONCOPULMONAR, CARDIOLOGIA POR (SOPLO CARDIACO), OFTALMOLOGIA (ESTRABISMO), NUTRICION (BAJO PESO). ESTA EN TERAPIAS INTEGRALES OCUPACIONAL, FISICA, PSICOTERAPIA 2 VECES A LA SEMANA. NO LE HAN AUTORIZADO TERAPIA DE FONO. ANTECEDENTES -. PERINATALES: PRODUCTO DE TERCERA GESTACION , MADRE 28 AÑOS.Y PADRE 33 AÑOS, A PRETÉRMINO 24 SEMANAS POR EMBARAZO GEMELAR, OTRO GEMELO MUERE MECONIO Y SUFRIMIENTO FETAL - ASFIXIA PERINATAL, EMBARAZO DE ALTO RIESGO , CONTROLES PRENATALES COMPLETOS, PESO AL NACER:860 GR TALLA:33. FUE HOSPITALIZADO 4 MESES Y MEDIO, VMI 2 MESES REFIERE RETIRAN TUBO SIN EMBRAGO POSTERIOR A CIRUGIA HERNIA INGUINOESCROTAL? REQUIRIO NUEVAMENTE INTUBACIÓN, ICTERICIA ?, HIPOGLUCEMIA, NO CRISIS NEONATALES POR CRISIS SINTOMATICAS MANEJADO DE MANERA AMBULATORIA. RETINITIS DEL PREMATUREZ Y ESTRABISMO. HIV GRADO I. -. PATOLOGICOS; DISPLASIA BRONCOPULMONAR , DISPLASIA DE CADERAS, HIPOXIA CEREBRAL NEONATAL -. QUIRURGICOS; HERNIA INGUINOESCROTAL? -. INMUNIZACION; PAI AL DIA, TRAE CARNET -. NEURODESARROLLO; SEDESTACIÓN 24 MESES MARCHA; 26 MESES, CONTROL DE ESFINTERES, AUN NO MESES PRIMERAS PALABRAS; 18 MESES, LENGUAJE FUNCIONAL NO BUENA SOCIALIZACION -. FAMILIARES; PRIMO TERCER GRADO MATERNO TDAH REVISON POR SISTEMAS -. SUEÑO; SE ACUESTA A LAS 9 PM SE DESPIERTA A LAS 9 AM, NO RONCA. -. ALIMENTACION; CONSUME TODOS LOS GRUPOS DE ALIMENTO -. DEPOSICIONES; DIARIAS SIN DIFICULTAD -. PANTALLAS: TV Y CELULAR 12 MINUTOS -. ACTIIVDAD FISCA; NO PRACTICA -. ESCOLARIDAD: ICBF EXAMEN NEUROLÓGICO Peso 12 kg Talla 91.8 cm ALERTA, SIN DESCUIDO EN PRESENTACIÓN PERSONAL, BUEN CONTACTO OCULAR, BUENA RECIPROCIDAD SOCIAL, NO EMITE LENGUAJE, ENTIENDE NEGATIVOS, ESCLERAS ANICTÉRICAS, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, MUCOSA ORAL HÚMEDA RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS NO AGREGADOS PULMONARES NO

HOSPITAL INFANTIL LOS ANGELES
891200240 - 2

HISTORIA CLÍNICA No. RC 1126461418 -- JEICOB ALEJANDRO FERNANDEZ ROSERO

Empresa:	EMSSANAR EPS SAS SUBSIDIO TOTAL *C*	**Afiliado:**	NIVEL 1	**No. His. Cli.**	NA
Fecha Nacimiento:	22/09/2022 **Edad actual :** 3 AÑOS	**Sexo:**	Masculino **Grupo Sanguíneo:**	**Estado Civil:**	Menor
Teléfono:	3235902489	**Dirección:**	BR SAN FELIPE		
Barrio:	CENTRO	**Departamento:**	PUTUMAYO		
Municipio:	SAN MIGUEL (LA DORADA)	**Grupo Etnico:**			
Etnia:	NINGUNO	**Atención Especial:**	NO APLICA		
Nivel Educativo:	NINGUNO	**Grupo Poblacional:**	NO APLICA		
Discapacidad:	NO APLICA				
Ocupacion:	NO APLICA				

VISCEROMEGALIAS NO LESIONES NEUROCUTÁNEAS. NORMOCÉFALO, ISOCORIA FOTOREACTIVIDAD, REFLEJO ROJO BILATERAL PRESENTE, FONDO DE OJO BILATERAL NORMAL, SEGUIMIENTO VISUAL ADECUADO, MOVIMIENTOS OCULOMOTORES SIN ALTERACIÓN, NO DEBILIDAD DE MÚSCULOS EXTRAOCULARES, SIMETRÍA FACIAL, EUTÓNICO, EUTRÓFICO, FUERZA 5/5 EN 4 EXTREMIDADES, RMT ++/++++ EN 4 EXTREMIDADES, SENSIBILIDAD SUPERFICIAL Y PROFUNDA CONSERVADA, SIN DISMETRÍA, DISDIADOCOCINESIA CONSERVADA, MARCHA INDEPENDIENTE SIN DÉFICIT.

EXAMEN FÍSICO

CABEZA Y ORAL: Cabeza:
Normocefalo, escleras anictericas conjuntivas normocromicas mucosa oral húmeda no escurrimiento posterior, no eritema ni hipertrofia amigdalina.

Cuello:
Móvil no masas no adenomegalias.

Tórax:
Simétrico, ruidos cardiacos rítmicos no soplos en todos los campos de auscultación, ruidos respiratorios conservados sin agregados, murmullo vesicular normal.

Abdomen:
Blando, depresible, no doloroso a la palpación, no signos de irritación peritoneal, no masas no megaleas, ruidos intestinales presentes, puño percusión lumbar negativa.

Genitales:
N/A

Extremidades:
Eutróficas, no edemas, no dolor, no limitación de arcos de movimientos perfusión menor de 2 segundos.

Neurológico:
Paciente alerta, conciente, orientado en sus tres esferas (espacio, tiempo y lugar), pensamiento logico, con fuerza muscular adecuada en sus cuatro extremidades, no presenta alteraciones de sensibilidad, reflejos osteotendinosos positivos, no se evidencian signos meningeos ni focalizacion

Piel y Faneras:
Piel de apariencia humectada, sin signos inflamatorios, ni cambios pigmentarios o lesiones que sugieran malignidad. Uñas y pelo sanos.

ANÁLISIS

PACIENTE DE 3 AÑOS DE EDAD, CON MULTIPLES FACTORES DE RIESGO PERINATAL POR PREMATUREZ EXTREMA ENTRE LAS QUE SE INCLUYE EHI, ICTERICIA, HIPOGLUCEMIA, HIV Y CRISIS NEONATALES, QUE CONDICIONA RETRASO DEL NEURODESARROLLO DE PREDOMINIO DEL LENGUAJE ASOCIADO A CONDUCTAS DISRUPTIVAS, NO CUMPLE CON CRITERIOS DE TEA Y TDHA, DEBE CONTINUAR CON TERAPIAS INTEGRALES, TIENE PENDIENTE DE IRM CEREBRAL SIMPLE BAJO SEDACION, SE SOLICITA ESTUDIOS AUDITIVOS POR TRASTORNO DEL LENGAUE EXPRESIVO, POSIBLE MIGRACION A DEFICIT MENATL.

HOSPITAL INFANTIL LOS ANGELES
891200240 - 2

HISTORIA CLÍNICA No. RC 1126461418 -- JEICOB ALEJANDRO FERNANDEZ ROSERO

Empresa:	EMSSANAR EPS SAS SUBSIDIO TOTAL *C*	**Afiliado:**	NIVEL 1	**No. His. Cli.**	NA
Fecha Nacimiento:	22/09/2022 **Edad actual :** 3 AÑOS	**Sexo:**	Masculino **Grupo Sanguíneo:**	**Estado Civil:**	Menor
Teléfono:	3235902489	**Dirección:**	BR SAN FELIPE		
Barrio:	CENTRO	**Departamento:**	PUTUMAYO		
Municipio:	SAN MIGUEL (LA DORADA)	**Grupo Etnico:**			
Etnia:	NINGUNO	**Atención Especial:**	NO APLICA		
Nivel Educativo:	NINGUNO	**Grupo Poblacional:**	NO APLICA		
Discapacidad:	NO APLICA				
Ocupacion:	NO APLICA				

CONTROL CON RESULTADOS.

PLAN Y MANEJO

CONTINUAR TERAPIAS INTEGRALES CON FONO, OCUPACIONAL, FISICA Y PSICOTERAPIA PENDIENTE TRAER IRM CEREBRAL SIMPLE BAJO SEDACION SS PAE, LOGOAUDIOMETRIA, INMITANCIA ACUSTICA Y AUDIOMETRIA. SS EEG CON PRIVACION DE SUEÑO

Evolución realizada por: LUISA FERNANDA LOPEZ MORA-Fecha: 30/09/25 11:39:05

DIAGNÓSTICO F801 TRASTORNO DEL LENGUAJE EXPRESIVO Tipo PRINCIPAL

DIAGNÓSTICO R620 RETARDO EN DESARROLLO Tipo RELACIONADO

ÓRDENES DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRÚRGICO

Cantidad	Descripción	
1	ELECTROENCEFALOGRAMA COMPUTARIZADO	**Pendiente**
	PRIVACION DE SUEÑO	
1	AUDIOMETRIA DE TONOS PUROS AEREOS Y OSEOS CON EMASCARAMIENTO [AUDIOMETRIA T	**Pendiente**
1	LOGOAUDIOMETRIA +	**Pendiente**
1	IMITANCIA ACUSTICA [IMPEDANCIOMETRIA] +	**Pendiente**
1	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE CORTA LATENCIA CON CURVA FUNCIÓN INTENSIDAD	**Pendiente**
1	SOPORTE DE SEDACIÓN PARA CONSULTA O APOYO DIAGNÓSTICO	**Pendiente**

INTERCONSULTAS

INTERCONSULTA PORNEUROLOGIA PEDIATRICA Fecha de Orden: 30/09/2025 **Ordenada**

OBSERVACIONES

CONTROL CON RESULTADOS

RESULTADOS :

LUISA FERNANDA LOPEZ MORA
Reg. 1013612325
NEUROLOGIA PEDIATRICA

HOSPITAL INFANTIL LOS ANGELES
891200240

[ROrdIntr]
Fecha: 30/09/25
Hora: 11:42:39
Página: 1

INTERCONSULTA AMBULATORIO

FECHA ORD. MEDICA: 30/09/2025 10:52:49

Paciente: RC 1126461418 JEICOB ALEJANDRO FERNANDEZ ROSERO **Edad:** 3 AÑOS
Empresa: EMSSANAR EPS SAS SUBSIDIO TOTAL *C*
Pabellon: **Cama:**

DIAGNOSTICOS ACTUALES

Código	Descripción	Clase
R620	RETARDO EN DESARROLLO	RELACIONADO
F801	TRASTORNO DEL LENGUAJE EXPRESIVO	PRINCIPAL

SOLICITUD DE INTERCONSULTA

Código	Descripción	Prioridad
442	NEUROLOGIA PEDIATRICA	Convencional
OBSERV.	CONTROL CON RESULTADOS	

Profesional



LUISA FERNANDA LOPEZ MORA
Reg. Med. 1013612325
NEUROLOGIA PEDIATRICA

HOSPITAL INFANTIL LOS ANGELES

891200240

ORDENES MEDICAS AMBULATORIAS
PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS

[ROrmed1]

Fecha: 30/09/25
Hora: 11:42:39
Página: 1

Paciente: RC 1126461418 JEICOB ALEJANDRO FERNANDEZ ROSERO
FECHA ORD. MEDICA: 30/09/2025 10:52:49
Fecha de nacimiento: 22/09/2022 **Edad:** 3 AÑOS **Sexo:** M **Folio:** 2
Empresa: EMSSANAR EPS SAS SUBSIDIO TOTAL *C*
Pabellon: CONSULTA EXTERNA
Diagnóstico: F801 TRASTORNO DEL LENGUAJE EXPRESIVO **Cama:**

Procedimiento	Descripciòn	Cant.
891402	ELECTROENCEFALOGRAMA COMPUTARIZADO	
Observación.	PRIVACION DE SUEÑO	1
954107	AUDIOMETRIA DE TONOS PUROS AEREOS Y OSEOS CON EMASCARAMIENTO [AUDIOMETRIA TONAL] +	1
954301	LOGOAUDIOMETRIA +	1
954302	IMITANCIA ACUSTICA [IMPEDANCIOMETRIA] +	1
954629	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE CORTA LATENCIA CON CURVA FUNCIÓN INTENSIDAD-LATENCIA	1
998702	SOPORTE DE SEDACIÓN PARA CONSULTA O APOYO DIAGNÓSTICO	1
		1

Médico: LUISA FERNANDA LOPEZ MORA
C.C Nº 1013612325
Reg. MD. 1013612325
NEUROLOGIA PEDIATRICA

CL 14 #12-81 MOCOA
Tel. 3182063480-3203054568-4204506 (101)
www.cendidter.com

Fecha:	27/03/2024 09:40:00
Nombre:	**JEICOB ALEJANDRO FERNANDEZ ROSERO**
Edad:	1 Años
Documento:	1126461418
Estudio: 883101	**RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO**
Entidad:	EMSSANAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SAS

Resultado de estudio

FACT: FE2C127455

RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR CEREBRAL SIMPLE

Estudio realizado con protocolo para Covid-19.

Unidad superconductora que opera a 1,5T. Secuencias de pulsos de radiofrecuencia de 16 canales con técnicas que incluyen SE, TSE, FE ó IR, cuyos parámetros se encuentran anotados en las imágenes enviadas. Dichas imágenes evalúan los tiempos de relajación longitudinal y transversal de los tejidos en forma multiplanar, de acuerdo a la información clínica recibida para este caso.

Impresiona en especial que hay asimetría en el tamaño de los ventrículos laterales, siendo ligeramente mayor el ventrículo lateral izquierdo, en especial a nivel del atrium del ventrículo lateral izquierdo, el cual es muy prominente por cambio de tipo exvácuo, sin signos de hidrocefalia y junto a lo anterior hay hiperintensidad de la sustancia blanca periventricular a los ventrículos laterales en todo el contorno externo de los mismos, donde hay lesiones de contornos irregulares, algunas de las cuales alcanzan mayor espesor, en especial vecinas a los atriums ventriculares y al contorno superior del cuerno frontal del ventrículo lateral derecho, alteraciones que en su conjunto son compatibles con secuelas de enfermedad hipóxico-isquémica perinatal.

La intensidad del resto del tejido nervioso y la diferenciación entre sustancia blanca y sustancia gris se conserva en todos los demás niveles y no se demuestran lesiones focales recientes de tipo inflamatorio, traumático o vascular. La hipófisis, el tallo cerebral y los pares nerviosos craneanos, sin lesiones. Estructuras vasculares arteriales y venosas sin signos de trombosis.

Megacisterna magna como variante anatómica normal. No hay masas ni colecciones.

Estructuras óseas preservadas. Engrosamiento mucoso en antros maxilares, en celdillas etmoidales y en seno esfenoidal.

CONCLUSIÓN: HALLAZGOS RELACIONADOS CON SECUELAS DE ENFERMEDAD HIPÓXICO-ISQUÉMICA PERINATAL.
SINUSITIS CRÓNICA.

T: DC.

Cordialmente;

JOSE FABIO MARIN CASTAÑO
RADIOLOGIA
RM: 3235
DIGITADO POR: DMCANAMEJOY

Nota: Recuerde llevar el resultado de este estudio a su médico tratante.

CL 14 #12-81 MOCOA
Tel. 3182063480-3203054568-4204506 (101)
www.cendidter.com

Fecha:	13/03/2024 18:00:00
Nombre:	**JEICOB ALEJANDRO FERNANDEZ ROSERO**
Edad:	1 Años
Documento:	1126461418
Estudio: 873411	**RADIOGRAFIA DE CADERA O ARTICULACION COXO - FEMORAL (AP - LATERAL)**
Entidad:	EMSSANAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SAS

Resultado de estudio

FACT: FE2C127464

RADIOGRAFÍA DE CADERA

Estudio realizado con protocolo para Covid-19, en proyección Ap, apreciando:

Los ángulos de inclinación acetabular dentro del rango esperado para la edad, sin embrago, hay discreto aplanamiento de techos acetabulares e impresiona en especial que hay marcada Coxa Valga bilateral y arcos de Shenton interrumpidos.

Normal desarrollo y posicionamiento de los núcleos de osificación de las cabezas femorales.

Ángulo de inclinación acetabular derecho: 18 grados.
Ángulo de inclinación acetabular izquierdo: 18 grados.

OPINIÓN: SIGNOS DE DISPLASIA BILATERAL DEL DESARROLLO DE LAS CADERAS.

KG.

Cordialmente;

JOSE FABIO MARIN CASTAÑO
RADIOLOGIA
RM: 3235
DIGITADO POR: DVENRIQUEZ

Nota: Recuerde llevar el resultado de este estudio a su médico tratante.

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad San Miguel - La dorada.

Nombre completo de la niña o niño Jeicob Alejandro Fernandez Rosero

Fecha de nacimiento 22 09 2022 **N° Documento de Identidad** 1126461418

Sexo Masculino ● Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** 05 05 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Maritza Siagama Certiga.

Fecha de registro cualitativo 05 07 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 cumple con las habilidades de acuerdo a su edad, de acuerdo a su etapa desarrolla, sus habilidades cognitiva, comunicativo, motris, socioemocional y se encuentra en el rago de esperado.

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 01 10 025

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 evidencia que el niño Jeicob se encuentra en Perfil esperado Es un niño que participa en las actividades pero que tambien hay que fortalecer habilidades de motricidad. y Comunicacion, oral a la hora de expresarse

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	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

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
16-Junio-2025	Se realiza llamada telefonica por parte de la nutricionista con el fin de conocer los tramites pendientes para el Diagnostico y Estado de Salud del usuario, la madre refiere que en el momento no se le han autorizado los terapias, que esta pendiente el cambio del codigo con el cardiologo y que tiene cita asignada con pediatria para el dia 27 de junio, por lo cual se orienta a la madre la importancia de asistir a la cita y comentar al pediatra la situación del niño y de esta manera poder conocer el diagnostico y tomar acciones en caso de que presente Discapacidad.
	La señora Xiomara rosero madre del niño usuario el dia 27-06-2025 presenta una historia clinica con fecha 21-06-2025. de la cita con el pediatra que tiene pendiente. de acuerdo que el profesional le sugirio solicitar una cita con medico general y que le presentara la orden medica que el diomara dio para poder evaluando el estado de salud del niño se recomienda a la madre de Familia solicitar la cita en la eps.
	08-07-2027 apoyo psicosocial sugiere al docente educativo agregar la historia clinica a la carpeta del niño usuario.
	El docente educativo informa de hacer el acompañamiento al usuario en relacion a la cita medica pendiente.

BIENESTAR FAMILIAR

40 PV

SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO

El dia 8/07/2023 se realiza llamada telefonica a Madre de familia del niño Jesus Fernandez con el fin de solicita documentacion actualizada en cuanto a diagnosticos clinicos, historia Fisica. Esto con el fin de dar respuesta a requerimiento del ESE Hospital Fronterizo la Dorada.

la madre de familia se compromete ha realizar el tramite de autorizacion de examenes, consultas, laboratorio y terapias las cuales se encuentran en tramite por EPS.

el apoyo psicosocial y nutricion realizan orientaciones y sensibilizacion de la entrega oportuna de la solicitud y el cumplimiento a la solicitud por parte de los profesionales en salud.

* Yomara R.
Madre de familia.

* Marcela Ibarra
Profesional Psicosocial.

Diana Aguirre
* Nutricionista.

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Deiko Fernando UNIDAD DE ATENCIÓN: Parvulo 1. AGENTE EDUCATIVO: Yurany Galindez 42-RV

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)
05/12/24	Se realiza revision de carpeta y se logra evidenciar que el niño aun no ha traido el Control de Higiene Oral	Se le recuerda a la mamita y manifiesta que el dia 9 de diciembre me lo envia por medio telefonico. Para la impresion.	Yurany Galindez	Firma

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

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

MUNICIPIO: San Miguel. FECHA DE INGRESO: _____

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

43Rv

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
14 Nov. 025	Se realiza el llamado de asistencia y se logra evidenciar que el niño no asistio a la unidad.	Se le envia mensaje de texto para Seber el. motivo de la Inasistencia y la mamita. nos informa que tuvo. que salir urgente para la finca y no tenia quien lo traigo a la Unidad. mas Sim embargo se le pregunta a la mamita Como se encuentra Jeicob.	Yurany Galindez	Paloma R.
18 Nov. 025	Se realizo el llamado de asistencia y se logra evidenciar que el niño no ingresó a la Unidad.	Se le informa a la mamita Parc saber el motivo de la inasistencia y nos informa que no asistio porque se encuentra fuera de la Ciudad realizando el Control de Higiene oral el niño.		

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
19 Nov 023	Se realizo el llamado de asistencia. y se logra evidenciar que no ingreso a la unidad. Se le informa a la mamita y ella nos manifiesta que aun no a retornado el municipio. Por eso el motivo de la Inasistencia.
20 Nov. 023	Se realizo el llamado de asistencia y se logra evidenciar que el niño no asistio a la unidad. la mamita manifiesta que aun bien llegando.
21 Nov 023	Se realizo el llamado de asistencia y se logra evidenciar que no asistio a la unidad la mamita manifiesta que el dia Martes ingresa a la unidad. osea hoy. no

Yomara R.

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

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

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: _____

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

44 R

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
24 Nov. 025	Se realiza la revisión de carpeta y se logra evidenciar que el niño Jeico tiene Pendiente Control de Higiene Oral.	Se le informa por medio de un mensaje a la mamita y nos manifiesta que tuvo que salir urgente en esos fechas con el Cardiologo y otros Examenes por el cual no pudo sacar la cita para que se va a acercar el dia 26. Noviembre a sacarla cita de Higiene Oral.	Yurany Galindez	Mamá R
25 Nov 025	Se logra evidenciar que aun el niño no ha asistido a Higiene Oral	Se le informa a la mamita y dice que mañana saca la cita.		

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

SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO

26 Nov. 025

Se le recuerda a la mamita la cita pendiente de Higiene Oral. y la mamita manifiesta que aun no la ha podido sacar. Se le informa la importancia de estar al dia con los Controles del niño para un mejor bienestar en Vista de que se le ha recordado ya varias veces y no ha logrado Sacar la cita. se remite al grupo psicosocial.

1 DIC 2025

la nutricionista se comunica con la madre de familia, la madre refiere que el niño ha estado enfermo estos dias, y por motivos familiares se van de viaje a cosechar para tener dinero, es por esta razon que no ha podido hacer las citas y esta semana posiblemente no pueda asistir por lo que no habria nadie que lo traiga al CDI. se le recomienda a la madre apenas pueda sacar las citas pendientes de salud.

2-DIC-2025

Trae al niña al CDI y se le recuerda que debe sacar cita lo antes posible, la madre se compromete a sacarla, y notificarnos para cuando le dan la cita.

BIENESTAR FAMILIAR

45 RV

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
3-DIC-2025	La nutricionista se comunica con la madre y ella refiere que no ha tenido tiempo debido a que debe trabajar y ella nunca ha sido descuidada con el niño, simplemente hay momentos en los que uno no tiene todo el tiempo ya que debe desplazarse a la finca a trabajar y tener sustento para su familia, entonces el dia de hoy le queda difícil sacar la cita y traer al niño, pero mañana se llego un acuerdo para que lo traiga al CDI y queda ir a sacar la cita de higiene oral, se entiende la situacion que pasa y se le da tiempo.
4-DIC-2025	la nutricionista se comunica con la madre de familia para saber si ya logro agendar la cita y la madre refiere que desde temprano fue al hospital para ver si le daban la cita.
5-DIC-2025	La madre ya llevo al niño a higiene oral, el martes 9/12/25 traera el soporte de asistencia. se compromete a estar mas pendiente y no volvera a pasar estos procesos
9-DIC-2025	la madre ya trae la evidencia del carnet con la siguiente fecha de higiene oral, ya asistio y se dio con el compromiso de cumplir con sus citas

Fundación Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

46 RV

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Jeiko Fernandez UNIDAD DE ATENCIÓN: Parvuis 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)
26 Nov. 025.	Se realiza el llamado de asistencia y se logra evidenciar que el niño no asistio a la unidad.	Se envia mensaje de texto se realizan llamados telefonicos. Para Saber el motivo de la inasistencia y la mamita aun no nos ah respondido. es decir que no ha sido posible la Conexion, Comunicarnos con ella.	Yurany Galindez	Yuranny G.
27. Nov. 025	Se realiza el llamado de asistencia y se logra evidenciar que no ingreso a la unidad.	Se envia mensaje de texto. a los familiares para Saber el motivo de la inasistencia y la mamita informa que tuvo que Salir Para la finca. y que no trae quien lo recoja		

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
01 dic. 025	Se realiza el llamado de asistencia y se logra evidenciar que el niño no ingreso a la unidad. Se envia mensaje y audio a los familiares para saber el motivo de la inasistencia pero no es posible la Comunicacion. Yomara R.
02 dic. 025	Se logra evidenciar que el niño ingresa a la unidad aparentemente bien

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

Fundación Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Jeiko Fernandez **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulo 1. **AGENTE EDUCATIVO:** Yurany Galindez 42 RV

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)
11 Nov. 025	Se realizo llamado de asistencia y se logra Evidenciar que el niño no ingreso a la Unidad.	Se envia mensaje de texto a los familiares para Saber el motivo de la inasistencia y la mamita manifiesta que estuvo hospitalizada no habian pasado bien la noche con el niño el cual es el motivo de la inasistencia.	Yurany Galindez	1 Diomar R.
12 Nov. 025	Se realizo llamado de asistencia y se logra Evidenciar que el niño no asistio a la unidad.	- Se envia mensaje de texto a familiares para saber el motivo de la inasistencia. y la mamita manifiesta que cuando hay mucha lluvia no trae a la unidad porque se resfria.		

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
13. Nov. 025	Se logra evidenciar que el niño Jeiko Ingreso bien a parcitenrark a la Unidad.

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Jacob Fernandez **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulo 1. **AGENTE EDUCATIVO:** Yurany Galindez

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

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

48 PV

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
29 OCT 023	Se realiza el llamado de asistencia y se logra evidenciar que el niño no asistio a la Unidad.	Se envia mensaje de texto. y Saber el motivo de la inasistencia por el cual la mamita informa que por motivo de lluvia. no asistio a la Unidad. porque no puede tener refinado ya que delicado en estos casos de lluvia.	Yurany Galindez	Romana R.
30 OCT 025	Se realiza el llamado de Asistencia y se logra evidenciar que el niño no asistio a la Unidad.	Se envio mensaje de texto para saber el motivo de la inasistencia del niño y la mamita nos informa que tuvo una diligencia Domestica por eso el motivo de la inasistencia.		

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
04 Nov. 025	Se logra evidenciar que el niño ingreso a la unidad aparentemente bien.

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

BIENESTAR FAMILIAR

49 RV

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Jeicob Fernandez **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulo 1, **AGENTE EDUCATIVO:** Yarany 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	Se realizo el llamado de asistencia y se logró evidenciar que el niño no asistio a la unidad	Se envia mensaje de texto y la mamita nos informa que por motivo de que no paso la noche bien. y por eso. no asistio a la Unidad	Yarany Galindez	Yomara R.
24 oct 025	Se realizo el llamado de asistencia y se logro evidenciar que el niño no asistio a la unidad.	Se envia mensaje de texto a los familiares. para saber el motivo de la inasistencia. y los Padres de familia nos informa que por motivo de lluvia no asistio ya que el niño es muy dilado en esos casos.	Yarany Galindez	

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
27 oct 22	Se logra evidenciar que el niño ingreso a la unidad bien aparentemente para hacer el Sierre de la novedad. en constancia Agente educativa Yurany Galindez

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

Fundación Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

50 RV

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Jriko Fernandez **UNIDAD DE ATENCIÓN:** _____ **AGENTE EDUCATIVO:** _____

MUNICIPIO: _____ **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)
21 10 025	Durante la jornada la. Mamita del niño se acerca a la Unidad. para retirarlo antes de la jornada	Se le pregunta el motivo y la mamita nos informa que tiene una Visita en su casa de ayuda Voluntaria en la. que. el hace parte.	Juan Galindez	Yomaira
22 10 025	Se realiza el llamado. de asistencia y se logra evidenciar que el niño si asistio a la Unidad.	Se hace la respectiva observacion y se logra evidenciar que aparentemente. se ve bien.	Juan Galindez	

BIENESTAR FAMILIAR

SI FL

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Yeiko Fernandez UNIDAD DE ATENCIÓN: Parvulo 1. AGENTE EDUCATIVO: Yurany Golindes

MUNICIPIO: San Miguel. FECHA DE INGRESO: 02-05-025

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)
16 Oct 25	Se logra evidenciar que cuando el niño ingreso a la unidad se veia aparentemente bien. mas Sin embargo cuando se lo Cambio en el desayuno se evidencio que tenia un. Poquito inchado los textuculos. Pero en el trascurso de las horas a la hora de Cambiarlos. Se logro evidenciar que tiene bastante inflamados los. texticulos.	Se realizo una llamada telefonica para informarle al papa la Situacion y el Señor nos manifiesta que habeces le suele suceder que si se le inflaman y que por esa misma Causa lo van. a operar. y decide Pasar a recojerlo minutos antes de la jornada	Yurany Golindes.	

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

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
17 10 025	Se realizo el llamado de asistencia y se logra evidenciar que el niño ingresó a la unidad aparentemente bien, mas sin embargo la mamita del niño nos informa el motivo por el cual se le habia inflamado sus parte intima al niño. ya que es de suma importancia para el mejor bienestar del niño X. Yromara R.

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

BIENESTAR FAMILIAR

52 RU

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Teico Fernandez UNIDAD DE ATENCIÓN: Parvulo 7. AGENTE EDUCATIVO: Yurani Calvache

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)
03 10 025.	Se realiza el llamado de asistencia y se logra evidenciar que el niño no asistio a la Unidad.	Se le informa a la mamita y por medio de un mensaje de texto la mamita nos manifiesta que el niño por motivo de lluvia no asistio a la Unidad.	Yurani Calvache	Diomara E.

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
14 10 025	Se logra evidenciar la inasistencia del niño Jeico una vez realizado el llamado de asistencia, el papá por medio de un mensaje de texto nos informa que por síntomas de gripa y por que el día estuvo muy lluvioso no lo trajo a la unidad. después de responder a unos de los mensajes para saber el motivo de la inasistencia. que se le había realizado. Yiomara P.

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza
Salud mental, psicología y desarrollo social

BIENESTAR FAMILIAR

53 RV

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Jeicob. Fernandez **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulo 1. **AGENTE EDUCATIVO:** Yurani Galindez

MUNICIPIO: San Miguel. **FECHA DE INGRESO:** 02-05-025

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)
29_09_025	Se realiza el llamado de asistencia y se logra evidenciar que el niño no asistio a la Unidad.	Se realizan varias llamadas telefonicas. y se le envia un. mensaje para saber el motivo de la inasistencia. y la mamita nos informa que. Para hoy 29 de Sep. a la 8:30 tenia la cita de Control por el cual es el motivo de la inasistencia.	Yurani Galindez.	
30_09_025	Se realiza el llamado de asistencia y se logra evidenciar que el niño no asistio a la Unidad.	Se envia mensaje de texto. a los familiares para saber el motivo de su inasistencia y la mamita nos informa. que. las Citas programadas fueron. en otra ciudad. es decir aun. no han. retornado. a la ciudad. por lo tanto el motivo de la inasistencia.		

BIENESTAR FAMILIAR

SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO

07-10-025

Se realiza el llamado de asistencia. y se evidencia la inasistencia del niño Jeicob. por lo tanto se le informa, se realizan. Varias. llamadas telefonicas a sus familiares el. motivo de la inasistencia. y la mamita nos manifiesta que. como la cita era en la. ciudad. de pasto. y aun. bienen. viajando. para que para mañana. ya ingresa a la. Unidad.

02-10-025

Se realiza el llamado de asistencia y se evidencia que el niño Yeiko ingresa a la unidad aparentemente bien. X. Yomara R.

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

54 RV

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Jelcob Alejandro F. UNIDAD DE ATENCIÓN: Párvulo 1. AGENTE EDUCATIVO: Yurani Galindez

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 02- 09- 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)
22-09-2025 23.09.025	durante la reunion de. hoy dia el dia 22-09-2025 se pudo evidenciar que el niño usuario tiene pendiente. cita de crecimiento y desarrollo del 22-sep-2025.	El agente educativo de. Paula Isabel y mediante mensaje de texto le recuerda la cita pendiente del niño, se le recomienda solicitar la cita lo mas antes posible. Se le recuerda a la madre. la cita que tiene pendiente de control y desarrollo y nos manifiesta. que no alcanso a coger ficha para la cita. Se remite al equipo psicosocial	Galindez Yurani	

SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO

24/09/25	Se realiza orientacion a madre de familia al cumplimiento de la cita de control de crecimiento y desarrollo. Madre de familia queda a solicitar la cita la cual es asignada para el dia lunes 29. ya que pa el momento no hay agenda. Marlenta Itt. Apoyo Psicosocial.

55

E.S.E. Hospital Francisco LA DORADA NIT. 810002309-9	RECORDATORIO DE CITA Jacob Fernandez	Código: GAU-FR-009 Versión: 001
PROGRAMA:	Control 1ra Infancia	
FECHA: Lunes	29-09-2025	
HORA:	8:30 Am	
PROFESIONAL:	Jara Mora	

- Recuerde estar **30 minutos** antes de la hora de la cita para **FACTURAR**, de lo contrario su cita será cancelada.
- Para cancelar o reprogramar su cita comunicarse al **3174276879** (de 9:00-11:00 a.m. y de 2:00-4:00 p.m.), WhatsApp (3:00-5:00 p.m.) o de forma presencial (7:00-10:00 a.m)
- Traer el documento de identidad o copia y autorización del servicio cuando se requiera.

Nuestro deber es brindarte atención, el tuyo SER PUNTUAL...

Mi Prioridad Es Tu Salud

Fundación Almas de Vida
Fortaleciendo caminos de esperanza
Salud mental, pedagogía y desarrollo social

BIENESTAR FAMILIAR

56

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Jeicob Alejandro Fernandez **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulo 1. **AGENTE EDUCATIVO:** Yurany Galindez

MUNICIPIO: San Miguel. **FECHA DE INGRESO:** 02-05-025

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)
16/09/2025	Se evidencia la inasistencia del niño en la unidad, y el papá nos informa que. tiene una cita en pasto y que por eso el motivo de la inasistencia.	Se realiza una llamada telefonica para saber el motivo de la inasistencia del niño a la unidad. Se. le envia un. mensaje para que nos envie la constancia de la cita. medica y el historial. y se hace el informe con. psicosocial.	Yurani Galindez	Xiomara Q.
17/09/2025	Apoyo Psicosocial realiza llamada telefonica con el fin de indagar como se encuentra el niño.	comenta madre de familia que el niño se encuentra en adecuadas condiciones de salud. Reabiendo en la ciudad de Pasto atencion (Control) por cardiologia. Manifiesta que el dia viernes retorna el niño al CDI.	Madre	Xiomara Q.

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
18 sep 2025	Se evidencia que el niño Jeicob Ingresa a la Unidad del CDI aparentemente bien.

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

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Jaicob Alejandro Fernandez **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulo 1. **AGENTE EDUCATIVO:** Yurany

MUNICIPIO: Municipio San Miguel. **FECHA DE INGRESO:** 02-05-025

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)
11/09/025.	La mamita manifiesta, que el niño. no asistira hoy. a la Unidad, porque no paso la noche bien. estuvo inquieto.	Se le informa a la mamita que nos tenga a tanto de. Como siga el niño.	Yurani Galindez.	

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
12 09 025	Se evidencia el ingreso del niño Jacob aparentemente bien. Solo con un poquito de gripa para nada Anormal.

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

BIENESTAR FAMILIAR

58 PV

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Jeicob Fernandez **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parbalos 1. **AGENTE EDUCATIVO:** _____

MUNICIPIO: San Miguel. **FECHA DE INGRESO:** 02-05-2025

Clasificación de la Información:
CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
19-08-2025.	Seguimiento Psicosocial y en salud a estado del salud del niño Jeico Fernandez.	Se realiza llamada telefonica a madre de familia con el fin de indagar estado de salud del niño, manifestando madre de familia que el niño se encuentra mucha mejor, se encuentra a la espera de resultados de laboratorios. Comenta que el dia de mañana el niño se reintegra al CDI. Se realiza recomendacion de cuidado e informar cualquier novedad.	Apoyo Psicosocial	Llamada

Fundación Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

59 RV

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Jeicob Fernandez **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parbulos1 **AGENTE EDUCATIVO:** Ana Julia Lopez

MUNICIPIO: San Migue **FECHA DE INGRESO:** 07-05-2025

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)
14-08-202	Durante la realizacion de la llamada se puede evidenciar a inasistencia del nino Jeicon	Agente educativa realizo llamada a la madre de Familia para obtener informacion y motivo de inasistencia lacual, por mesaje de wasp nos Informa que el nino no vino porque amanecio con malestar general y que paso toda la noche sindolor. Se recomienda llevar al hospital por urgencia.. En hora de la tarde se volvera a llama para saber estado de Salud	Ana Julia López	

BIENESTAR FAMILIAR

SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO

Siendo 4:30: Se realizo llamado para obtener informacion sobre el estado de salud de niño, alcual por un mensaje de waps nos comento que el niño esta mejor. que si Dios lo permite el de mañana lo trae al CDI.

15-08-2025

Agente educativa realiza llamada a lista se puede evidenciar la inasistencia del niño Jerson., enseguido se realizo llamado a la madre de Familia, la cual nos informa que hoy no lo trajo por el clima esta lluviosa, que en dias anterior presento gripe. y ello no quiere que se le enferme gravi que ella lo va cuidar en casa. y le esta realizando nebolizacion en casa.

14-08-2025 El auxiliar pedagogico se comunica con la madre de familia para conocer el motivo de inasistencia del niño y la madre refiere que por asuntos familiares no lo trajo ademas el niño ha presentado diarrea y esta esperando hasta el dia de mañana por los resultados si mejora el dia de mañana traerlo a la unidad. se recomienda llevarlo al medico si continua con la diarrea.

tambien se informa al apoyo psicosocial.

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Jeicob. Fernandez **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulo 1. **AGENTE EDUCATIVO:** Yurany Golindez.

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)
01 Sept 2025.	Se hace el llamado de asistencia y se evidencia la inasistencia de Jeikob, y se le hace una llamada y la mamita nos manifiesta que no lo trajo a la Unidad porque ella se encuentra mal de salud. y no hay si no ella quien lo trae a la Unidad. Pero se encuentra indispuesta.	Se le hace una llamada telefonica para preguntar por el estado de salud del niño y dice que se encuentra bien.	YuranyGolindez	Diomara I.

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