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: 10 | 11 | 2025

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

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

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

Unidad de Servicio sugerida: CDI Fronteras de Paz

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

Número de documento: 1.033.831.879.

Fecha nacimiento: 24 | 05 | 2022

Nombres: Dana Angelina

Apellidos: Perez Rondon.

Presenta discapacidad? ( ) Si (●) No

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

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

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

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

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

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

Departamento residencia: Putumayo

Municipio de residencia: San Miguel

Zona: Urbana

Barrio: los prados

Vereda:

Sector:

Dirección: Carrera 7 numero 6-57

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: V.25.216.372

Nombres: Madona

Apellidos: Ronalon

País de nacimiento: Venezuela

Fecha nacimiento: 5 | 11 | 95

Correo electrónico: lismontenegro@umanizales.edu.co.

Número de celular: 3123739388

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: - MadonaR

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Andrea Montenegro.

Observaciones:

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO: Danna Angelica Perez Rondon.

Nº DOCUMENTO: 1.033.831879 TIPO DOCUMENTO: RC X CC__ OTRO ___

FECHA DE NACIMIENTO: 24 - 05 - 2022 EDAD: 3.A.5M

LUGAR DE NACIMIENTO: Cundinamarca Bogota D.C.

NOMBRE DE LA UDS: CDI Fronteras de Paz

CODIGO UDS: EG7571126972. BARRIO/VEREDA: B/ 7 de Agosto.

FECHA DE INGRESO: 10 -11- 2025 FECHA DE RETIRO: _____

SISBEN: A.5. EPS: Nueva eps. RÉGIMEN (C)__ (S)X

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

GRUPO ETNICO: SI___ NO X ¿CUAL? _____

GRUPO AFROCOLOMBIANO: SI___ NO X ¿CUAL? _____

NOMBRE DE LA MADRE: Madona Maidi Rondon Zambrano

Nº CÉDULA: V. 25.216.372 LUGAR DE EXPEDICIÓN: Venezuela.

NOMBRE DEL PADRE: Johandry Jesus Perez Colorado.

Nº CÉDULA: V.25.542.660 LUGAR DE EXPEDICIÓN: Venezuela

Nº DE CELULAR: 3123739385.

NOMBRE DEL ACUDIENTE: Madona Maidi Rondon Z.

Nº CÉDULA: V.25.216.372 LUGAR DE EXPEDICIÓN: Venezuela

DIRECCIÓN VIVIENDA: B/ Los Prados ZONA POBLACIONAL: (R)__ (U) X

NUMERO DE CELULAR 3123739385

- Madona Rondon
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Andrea Montenegro.
NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL 32349656-0

3

63248036

NUIP 1.033.831.879

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 63248036

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

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

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

REGISTRADURIA DE TUNJUELITO BOGOTA DC - COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BO

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
PEREZ	RONDON

Nombre(s)

DANNA ANGELINA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes MAY Día 24	FEMENINO		

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	172879597

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

RONDON ZAMBRANO MADONA HEIDI

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
DE 25.216.372	VENEZUELA, VENEZUE

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

PEREZ COLORADO JOHANDRY JESUS

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
DE 25.542.660	VENEZUELA, VENEZUE

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

PEREZ COLORADO JOHANDRY JESUS

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
DE 25.542.660	

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 2022 Mes AGO Día 18	ERIKA XIMENA VELASCO PIÑEROS Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

18.AGO.2022 - VALIDO PARA DEMOSTRAR NACIONALIDAD SEGUN RESOLUCION 8470 DEL 05-08-2019 DE LA RNEC. SE OMITEN HUELLAS PLANTARES SEGUN CIRCULAR 084 DEL 01-09-2020 DE LA RNEC.. LIBRO DE VARIOS - TOMO 211 FOLIO 0074.ANGIE.

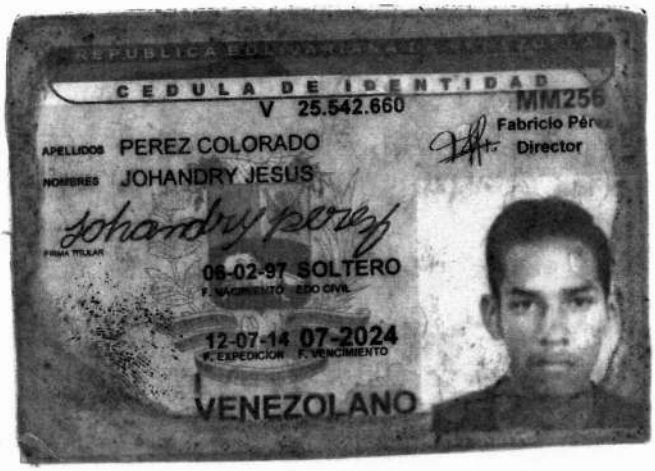
ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

ESTE REGISTRO ES FOTOCOPIA AUTENTICA DEL ORIGINAL, EL CUAL REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA OFICINA. SE EXPIDE **VALIDO PARA ACREDITAR PARENTESCO** ARTICULO 115 DECRETO 1260/70, TIENE VIIGENCIA PERMANENTE ART. 2 DECRETO 2189 DE 1983; SE OMITE SELLO SEGÚN ART. 11 DECRETO 2150 DE 1995. BOGOTA D.C. A LOS

ERIKA XIMENA VELASCO PIÑEROS
REGISTRADORA AUXILIAR DE TUNJUELITO
LOCALIDAD DE TUNJUELITO


REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
CEDULA DE IDENTIDAD
V 25.216.372
MM670
Anabel Jimenez
Directora
APELLIDOS RONDON ZAMBRANO
NOMBRES MADONA HEIDI
Madona Rondon
05-11-95 SOLTERA
07-04-16 04-2025
VENEZOLANO


REPUBLICA
CEDULA DE IDENTIDAD
V 25.542.660
MM256
Director
APELLIDOS PEREZ COLORADO
NOMBRES JOHANDRY JESUS
FIRMA TITULAR
08-02-97 SOLTERO
F. NACIMIENTO EDO CIVIL
12-07-14 07-2024
F. EXPEDICION F. VENCIMIENTO
VENEZOLANO

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: **10/11/2025**

Ficha: **867576741052800008593**

A5

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: **DANNA ANGELINA**

Apellidos: **PEREZ RONDON**

Tipo de documento: **Registro civil**

Número de documento: **1033831879**

Municipio: **San Miguel**

Departamento: **Putumayo**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **02/05/2024**

Última actualización ciudadano: **19/05/2025**

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**

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	1033831879
NOMBRES	DANNA ANGELINA
APELLIDOS	PEREZ RONDON
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	SAN MIGUEL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/09/2025	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	11/10/2025 09:06:32	**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

nueva eps

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) DANNA ANGELINA PEREZ RONDON identificado(a) con RC 1033831879 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 01/09/2025

Estado de la Afiliación: **Vigente**

IPS: **SUBSIDIADO-E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA**

Categoría: **SISBEN_1**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 10 días del mes 11 del año 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS. NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA ...Sanos



E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

Nombres: JANNA ANGEINA	Apellidos: PEREZ RONDON
Fecha de nacimiento: 24 DIA | 05 MES | 2022 AÑO	Historia Clínica: 1033831879
Barrio/Vereda: B/ LOS PRADOS	Responsable del niño: MAYRA RONDON
Teléfono:	EPS: CAPITAL SALUD

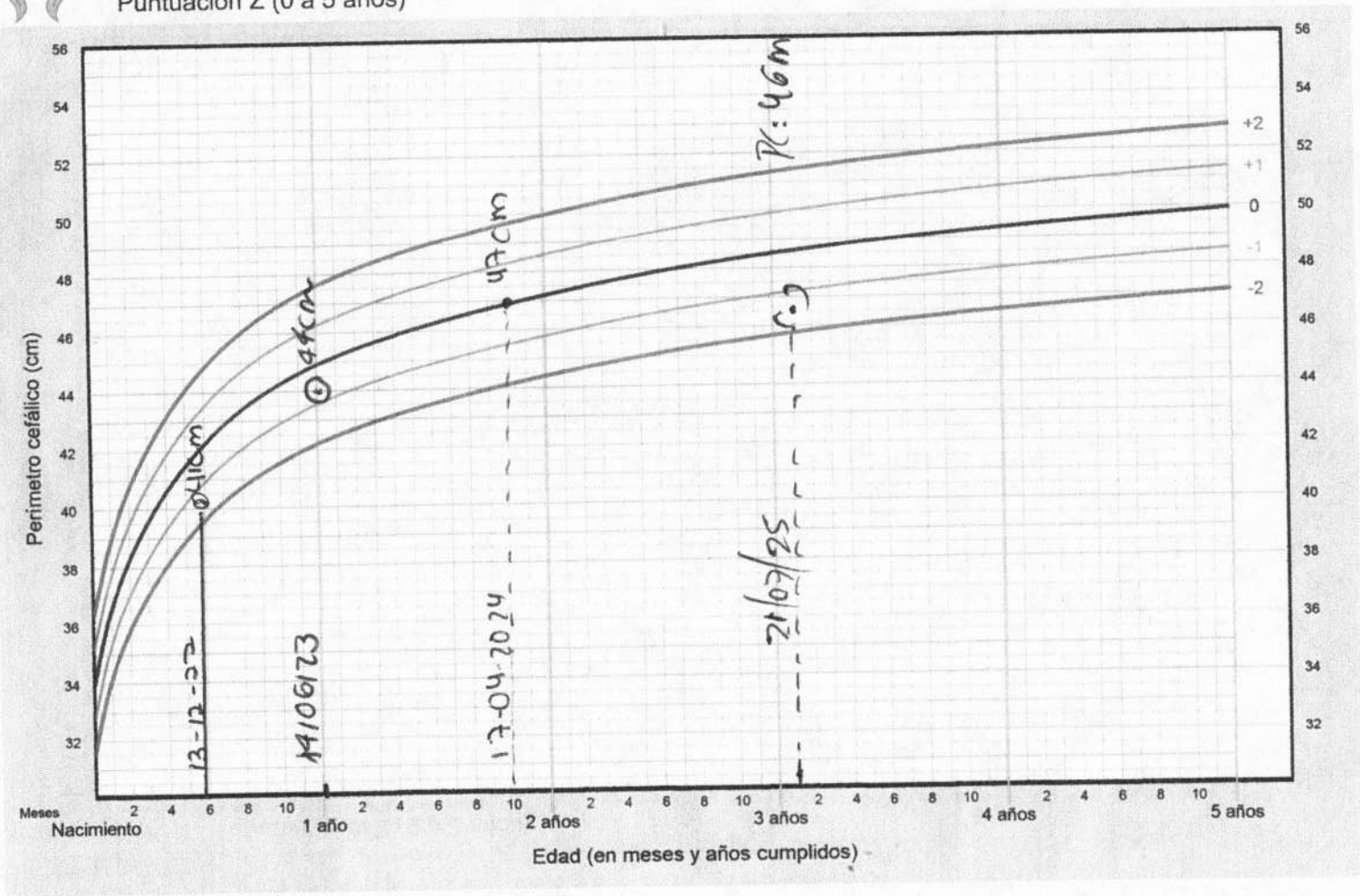
CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
24	05	2023			
24	Noviemb	2023	Enf		
24	05	2024	Mcd		
21	07	2025	Med	/	
12	01	2026	Med		

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
13-12-2022	8	69	41	15	16.8		
19-06-2023	9.6	70	44	15	19.6	24/11/23	
17-04-2024	10.4	80.5	47	14	16.25	24/05/24	
22/10/24	11.2	86	48	16.5	15.1	22/04/24	
21/07/25	12.4	90	46	16.	15.3	12/01/26	

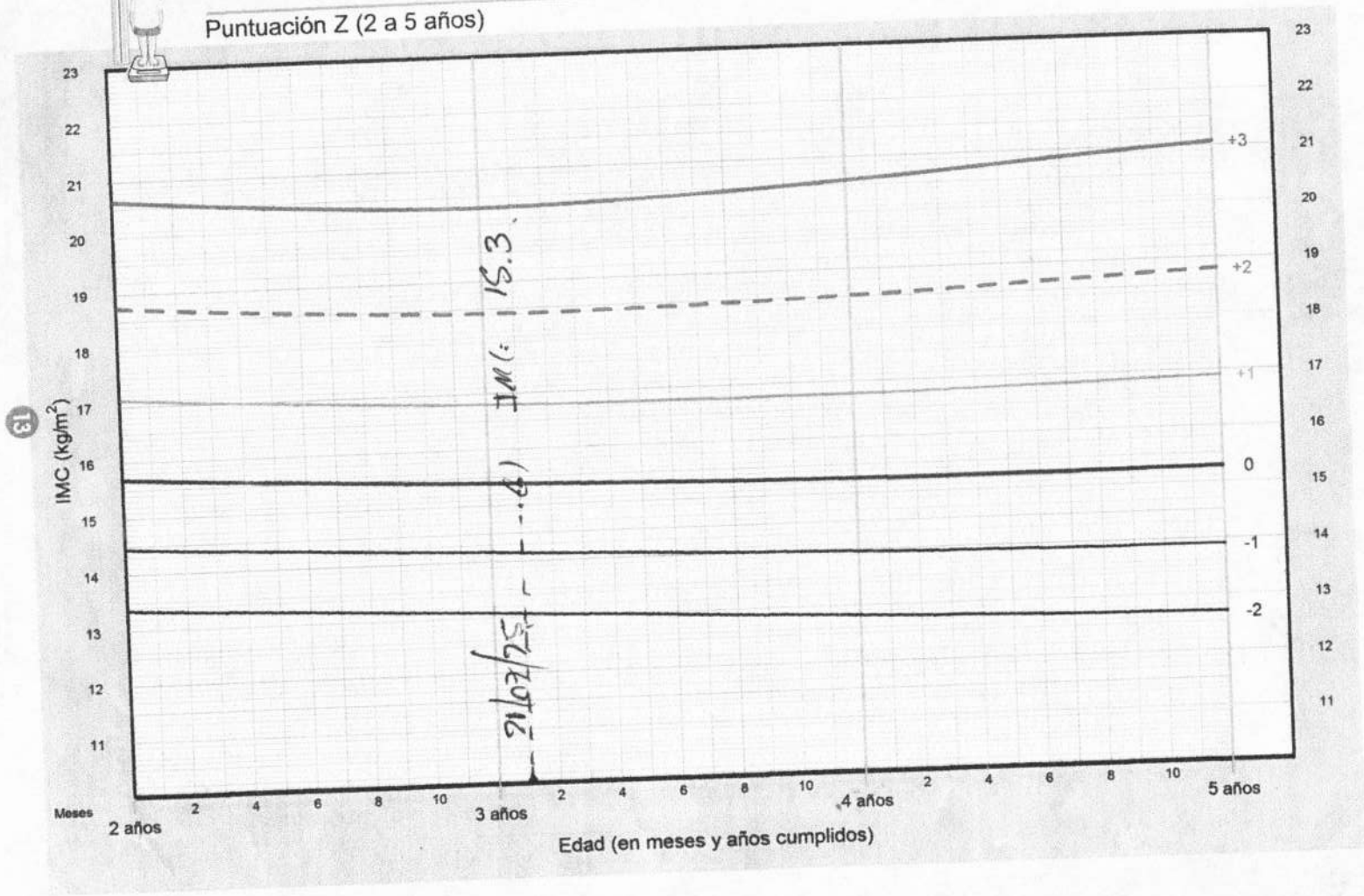
Perímetro Cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)



IMC para la Edad Niñas

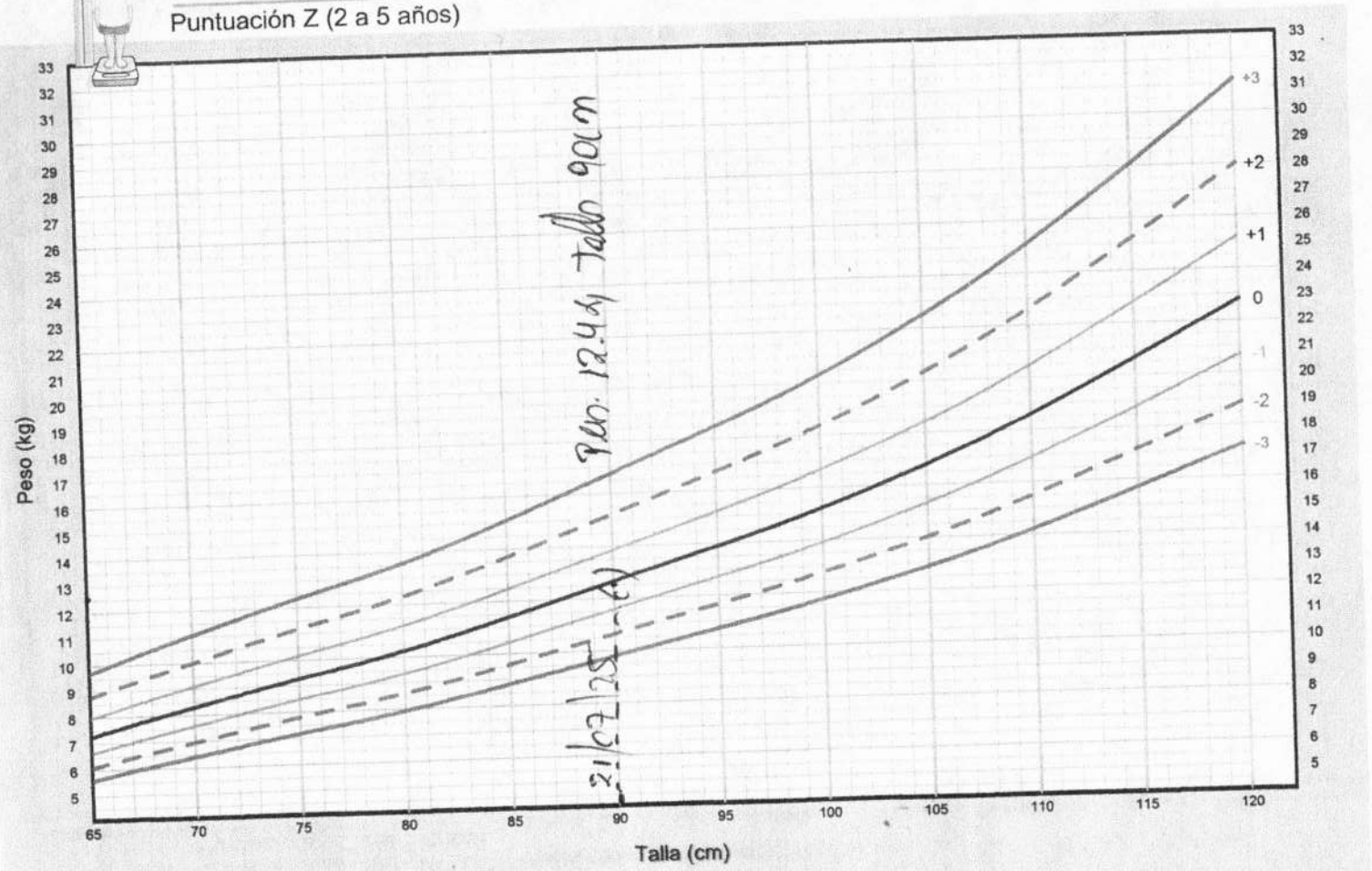
Puntuación Z (2 a 5 años)



13

Peso para la Talla Niñas

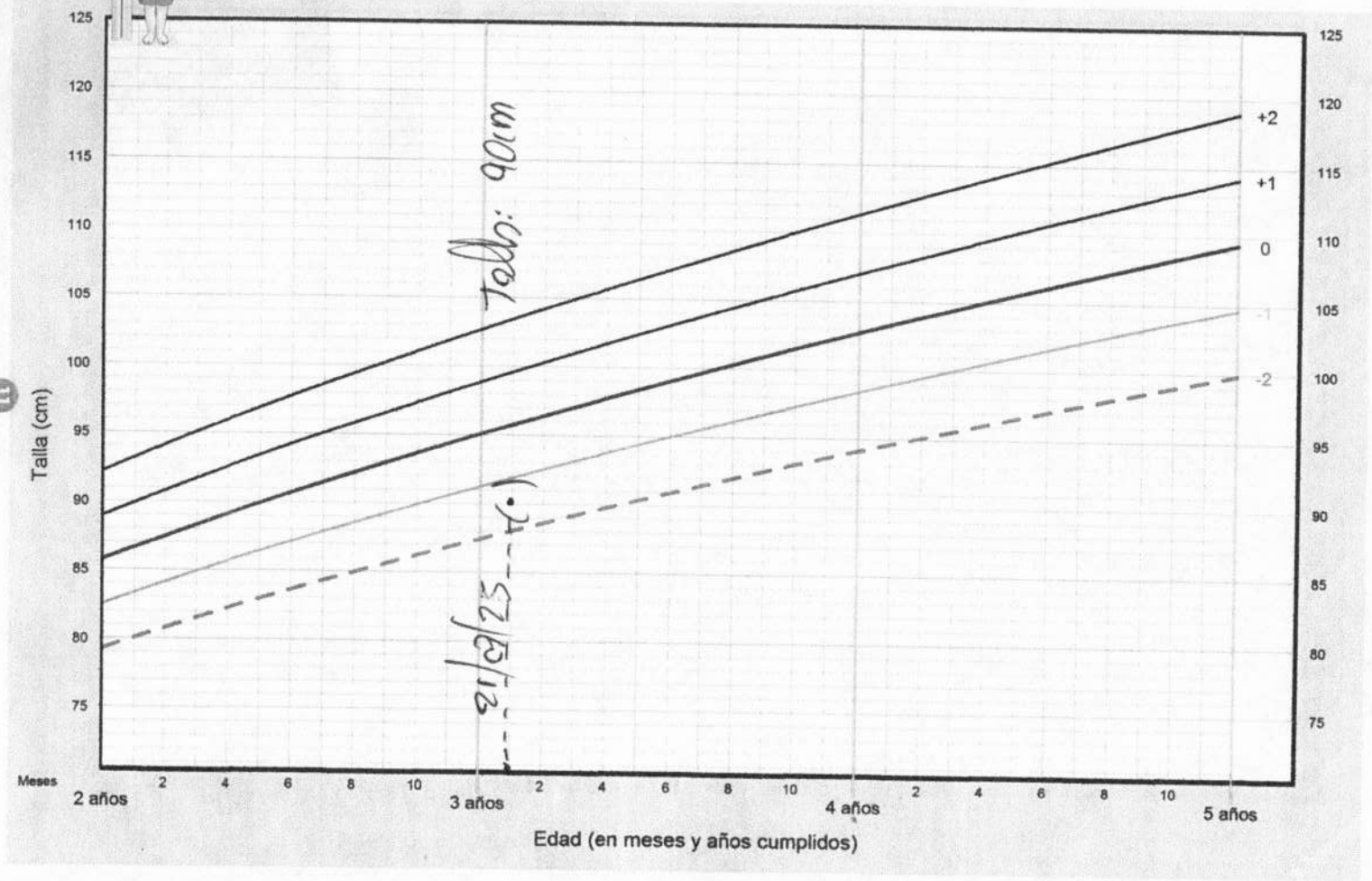
Puntuación Z (2 a 5 años)



12

Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



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

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

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

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

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

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

*Menor o igual a 20 normal

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

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

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

0 meses
2 meses
12 meses
4 meses
7 meses
18 meses
6 meses
5 años



Ministerio de Salud y Protección Social

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

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Danna Angelina Perez Rondon
Fecha de nacimiento: 24 mayo 2022
Nº de certificado de nacido vivo: 17287959.
Registro civil: 1033831879
Sexo: mujer.
Grupo sanguíneo:
Peso al nacer: 2635 Talla:
Dirección:
Teléfono 1:
Teléfono 2:
Responsable: madre: Haidy Rondon Zambrano
Municipio de residencia:
Departamento:
Ced. 25216372.

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Powered by CamScanner

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

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
			Lactancia materna exclusiva SI ☒ No ☐									
Recién nacido	Tuberculosis meninges (BCG)	Única	24	mayo	22	Serum	037M0049B	USS Kennedy	1ro	Julio	2022	Nadia Alexandra Martinez Técnica en Salud Pública C.C. 52.272.491
	Hepatitis B	Recién nacido	24	mayo	22	Serum	03210013					
			Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐									
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1.°	01	Agosto	2022	Biologicals.	2112300	V 17. 12. 23	LSO EXT			Francy Prieto
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.°	01	Agosto	2022	Serum	28519X0076	V 31. 10. 2023	Kennedy			Francy Prieto
	Hepatitis B	1.°	01	Agosto	2022				LSO EXT			Francy Prieto
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.°	01	Agosto	2022				Kennedy			Francy Prieto
	Diarrea por rotavirus	1.°	01	Agosto	2022	65K.	ADOCDC34AB	31 8. 23	LSO EXT			Francy Prieto
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.°	01	Agosto	2022	Prevenar 13	FR489 7	V. 28.02.2024	Kennedy			Francy Prieto
			Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐									
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2.°	7	3	2023	Serum	2200608					
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.°	7	3	2023							
	Hepatitis B	2.°	7	3	2023	Serum	28504088D					
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.°	7	3	2023	65K	AEOLC897AF		Hospital Fronteriza Dorada	01	10	2023
	Diarrea por rotavirus	2.°	7	3	2023	MSD	6X8589					Karen Achicanoy
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.°	7	3	2023							
			Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐									
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3.°	07	06	23	Serum	2200806					
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.°	07	06	23							
	Hepatitis B	3.°	07	06	23	Serum	28504088D		HFLO			Eduar f
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.°	07	06	23							
	Influenza estacional	1.°	07	06	23	Green	J250 23001					
7 meses	Influenza estacional	2.°				Pierde Pvr la edad						
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.°	18	7	23	Serum	01320N04813					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	18	7	23	GK	#R40a2					
	Varicela	2.°	18	7	23	Merck	WOC4082		HFLO			Cita. 09 Agosto 23.
	Hepatitis A	Única	18	7	23	MSD						
	Influenza estacional	Anual	11	05	24	Butantan	2400479/00		HFLO			Eduar f
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.° refuerzo	6	03	24	Biolo	2233CCU		HFLO			Isabel.
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.° refuerzo	6	03	24	Serum	2852440C9#		HFLO			Eduar f
	Fiebre amarilla	Única	10	7	23	Sanofi	LW3N071					Eduar f.
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.° refuerzo							HFLO			Cita:
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.° refuerzo										14-En
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.°	6	03	24	Serum	01320NCABB		HFLO			Eduar f
	Varicela	Refuerzo										Eduar I.
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.°										Cita: 07 Diciembre 2023.
		2.°										
		3.°										
Vacunas complementarias y otras dosis	Influenza	1d	03	05	24	Butantan	2400979/00		HFLO			Eduar I. Refuerzo Sady M.
												Citas 03-Junio-24

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

Cita a los 5 años cumplidos

Cita 2 años cumplidos

Powered by CamScanner

17
RIV

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

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

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL

La salud es de todos | Minsalud

CIUDAD dorada FECHA: DÍA 10 MES 11 AÑO 25 HORA:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Dana angelina APELLIDOS Perez Rondon

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [x] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1033831879

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 24 MES: 05 AÑO: 2022 / EDAD: 3 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE nueva eps

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

La vacunación contra el SARS- CoV-2/COVID-19 reducirá la posibilidad de presentar la enfermedad. En esta etapa de la emergencia, en la cual se inicia la aplicación de esta vacuna, se han reconocido beneficios y riesgos, que es importante que usted conozca antes de dar el consentimiento para su aplicación. Esta vacuna tiene aprobación de uso de emergencia y surtió los pasos para la validación científica y sanitaria que permite su aplicación segura en humanos.

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

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

INFORMACIÓN ESPECIFICA PARA GESTANTES

La vacuna tiene aprobado el uso en mujeres gestantes desde la semana doce (12) y durante los 40 días postparto, siempre que los posibles beneficios superen los posibles riesgos con base en la evaluación clínica realizada en conjunto por el médico tratante y la gestante, lo cual deberá presentar al momento de la vacunación certificación que acredite tal evaluación.

La vacuna que se le está administrando es eficaz para evitar complicaciones severas y muerte en la gestante y el feto por SARS CoV-2 COVID-19

A la fecha no hay pruebas que la vacuna cause efectos adversos importantes para la mujer embarazada, el feto o la placenta, además de los ya observados para la población general

A nivel poblacional son muchos mayores los beneficios de administrar el biológico, sobre los riesgos de llegar a padecer COVID-19 durante la gestación, por el impacto que sobre la salud materna y perinatal produce la infección por SARS-Co-2 y ante el alto riesgo de complicaciones severas, ingreso a UCI, y morbilidad y mortabilidad materna y fetal asociada a esta enfermedad.

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.

Soy mujer con más de 12 semanas de gestación o durante los 40 días postparto: SI ☐ NO ☒ y en caso afirmativo aporto certificación del médico tratante que acredita evaluación clínica para que obre adjunto a este consentimiento, requisito indispensable para recibir la vacuna.

En consecuencia, decido **ACEPTAR:** ☐ que se me aplique la vacuna. **NO ACEPTAR:** ☒ que se me aplique la vacuna

Firma de la persona: Madona Rondon

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

Nombres _____ Apellidos _____

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

Firma: Madona Rondon

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

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

de _____

Huella dactilar o plantar del Rogante

_____

Firma del Rogado
C.C. N°

Nombres y apellidos del vacunador: Edward 1B

Firma

Tipo de Identificación: CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1004769431

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFID

DEPARTAMENTO/DISTRITO: putumayo

MUNICIPIO: San Miguel

Nota 1: Los menores de edad a partir de 12 años deben firmar junto con uno de sus padres o su representante legal
Nota 2: Para los menores de 12 años deben firmar sus padres o su representante legal

		PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) ó AÑOS (A)												
			5 DÍAS	1 M	2-3 M	4-5 M	6-8 M	9-11M	12-17M	18-23M	24-29M	30-35M	3 A	4 A	5 A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico													
		Atención en salud por medicina general													
		Atención en salud por enfermería													
		Atención en salud por Odontología													
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor									17-04-2024		13-11-2025		
		Profilaxis y remoción de placa									17-10-2024		13-05-2026		
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	V	Vacunación													

LILIANA MARIBEL CORDOBA
AUX. EN SALUD ORAL
RES. 8600483-2011

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

Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

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

CARNET RIAS

PRIMERA INFANCIA

E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA

Mi prioridad es tu salud



Nombres y Apellidos: Danna Angelina Perez

Doc. de Identidad: RC/1033831879

EPS: Nueva EPS

Teléfono: 3123739385

Domicilio: B/ prados

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 Dana Angelina Perez Rondon, identificado (a) con documento de identidad número 1.033.881.879 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, Madona Rondon, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número V-25216372, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	✓	Audios	✓	Videos	✓	Otros datos personales	

La autorización comprende:

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

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

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

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

Suscriben:

Firma: - Madona Rondon
Nombre: - Madona R
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 1- 3123739385
Fecha: 10 - Noviembre - 2023
Municipio: San Miguel

¡Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

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

- Madona Rondon
Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Andrea Montenegro.
Agente educativa

Huella del niño/niña



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

"Generamos Desarrollo con Energía"

Vigilado Superservicios

Código de Suscripción	SM 11211	Pago oportuno hasta:	06-MAR-2025	Mes Facturado
Factura Nro.	2037[illegible]79	Suspensión a partir de:	07-MAR-2025	FEBRERO 2025

1. Información General

Nombre:	FRANCO ALBERTO GARCIA		05-FEB-2025	Último pago	$
Dirección:	BR LOS PRADOS	Tuve servicio de energía entre:	19-ENE-2025 - 19-FEB-2025 (31)		25-FEB-20

Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Área	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Tarifa	División Geopolítica
SM1	S109	4	2	RESIDENCIAL	URBANA	1	6	AEREA	EMPRESA	105	SAN MIGUEL - LOS PRADOS

Tipo de Documento	Fecha y hora de Emisión	Fecha y hora de Generación	Medio de Pago	Forma de Pago	Factura Electrónica de Venta

2.Información Consumo Energía

Componentes del Costo (CU): Generación + Transmisión + Distribución + Comercialización + Pérdidas + Restricción

502.93	56.03	249.01	113.93	69.39	10.41	= CU ……($/KwH)

2A.Información Medidor

Marca	Serial	Factor Múltiplo
MET	13019401	1

2B.Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	21202	20860
Reactiva:		

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

2C.Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	342		
Consumo Reactiva KVarh:	0		
Costo del consumo $	342581.37		
Tarifa (hasta 173 Kwh):	503.45		
Subsidio: %	49.740	$	-86197.17
Contribución: %	0	$	0
Sub Total $	256384.2		

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

2D.Consumo Ultimos 6 Meses

Mes	Consumo
2025/Ene	382
2024/Dic	334
2024/Nov	350
2024/Oct	356
2024/Sep	301
2024/Ago	255

Promedio: 330

2E.Información Calidad del Servicio

Tel. O.R. EEPB 01 8000 942415
Transformador SLD102 Grupo 22
DIUG 30.24 FIUG 19 Circuito C14
Cargo D: 257.19 Dscto %I 20
CEC 382.66
DIU 79.62 FIU 96.00
HC 0.00 VC 1.00
Valor a compensar 19,683.75

3.Información de Créditos EEBP

Tipo de 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 SENCILLA MONOMIA	342,581.37	0	0.00	342,581
SUBSIDIO	-86,197.17	0	0.00	-86,197
AJUSTE A SUBSIDIO	3,854.41	0	0.00	3,854
COMPENSACION RES.CREG 015/2018	-19,683.75	0	0.00	-19,684
AJUSTE A LA DECENA	4.75	0	0.00	5

5.Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP

240.550

6.Información Facturación Convenio Impuesto Alumbrado Público

Sujeto Activo	Operador A.P.	Convenio No.	Dirección PQR	Valor Periodo	Saldo Ant.	Valor Total
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL	MUNICIPIO SAN MIGUEL	ACUERDO 008 31/08/2023	Cra 4 Cll 7 Esquina	25,700	0	25,700

7.Información Facturación Convenio Aseo y Alcantarillado

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

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

8.Información Facturación Otros Convenios

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

Total EEBP	+	Total Impuesto Alumbrado público	+	Total Aseo y/o Alcantarillado	+	Total Otros Convenios	=	Debo pagar en Total
240,550		25,700		12,000		0		278,250

CUFE:

5094bd4ba3022430909a5e81436aa99279eb58ced805f1ddf23cddd066e6f

(415)7709998005532(8020)1000203700747973(3900)0000278250(96)20250306

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

www.eebpsa.com.co @eebpsaesp /eebpsa

Fac. Electronica: EEBP 122807

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

Esta factura presta Mérito Ejecutivo de acuerdo a las Normas del Derecho Civil y Comercial Ley 142 Art. 130

3123739385

24
RIV

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Danna Randen **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulo 2 **AGENTE EDUCATIVO:** Andrea Montenegro

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 10 - Noviembre - 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)
2 - diciembre - 2025	la niña no asiste a la Unidad de atencion Parvulo 2.	Agente educativa realiza llamada telefonica a la madre de familia Para Conocer el motivo de la inasistencia, el cual la madre refiere que Presenta malestar, como fiebre, decide tenerla en casa, bajo cuidado Se recomienda si la fiebre Persiste llevarla al hospital. Agente educativa Se comunica Con la madre de familia 4:00 pm Para conocer el estado de Salud de la niña, el cual no fue Posible	Andrea Montenegro.	

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
3/12/25	Madre de familia en horas de la mañana refiere que la niña se encuentra en el hospital desde anoche, no se pudo comunicar con la agente educativa. ya que el Cargador del Celular se le daño Dvp Uv
3/12/25	la nutricionista se comunica con la madre de familia para saber sobre el estado de salud de la menor, la madre refiere que la niña esta hospitalizada, que ahora le daran un medicamento y antibiotico para ver como mejora y darle de alta, para tenerla bajo cuidado en casa, la madre refiere que la niña tiene un infeccion en la garganta como amigdalitis es por esto que presentaba la fiebre, se le recomienda estar pendiente de informarnos de la salida del hospital y mandar soportes medicos, Dvp Uv
4/12/25	la nutricionista se comunica con la madre de familia para saber sobre el estado de salud de la niña, la madre refiere que ayer le dieron de alta en el hospital, ayer presento fiebre en la noche pero con los medicamentos suministrados se le bajo, tiene incapacidad de 3 dias desde 3/12/25 a 5/12/25, el dia de mañana tiene examenes de laboratorio, se le recomienda estar juiciosa con el tratamiento y cuidarla de los cambios de clima Dvp Uv
5-12-25	la nutricionista se comunica con la madre para preguntarle como ella la niña y si pudo ir a sacarle los examenes de laboratorio, la madre refiere que la niña ya esta mejor no le ha vuelto a dar fiebre ni malestar, le esta dando los medicamentos juiciosa y ya la otra semana la traera al CDI Dvp Uv

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
9 DIC-2025	la nutricionista evidencia que la niña ya asiste al CDI, ya la menor se evidencia que esta bien, interactuando con el resto de los niños y esta comiendo en las instalaciones.

ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

Codigo de habilitacion 867570002101 **nit: 846002309**

Dir:Barrio El Paraiso Tel: 3134821413

INCAPACIDAD MEDICA.

FOLIO No. 1631451
PACIENTE: PEREZ RONDON DANNA ANGELINA
IDENTIFICACION: RC1033831879
No HISTORIA: 1033831879
EMPRESA: NUEVA EPS
REGIMEN: Subsidiado

No ADMIN: 1520709
E.CIVIL: Soltero
EDAD: 3 Años 6 Meses
GENERO: Femenino
FEC. NAC: 24/05/2022 12:00:00a

FECHA ING: 03/12/2025 09:37:00a. m.
TELEFONO: 3123739385
MUNICIPIO: SANTA FE DE BOGOTA
DIRECCION: BARRIO LOS PRADOS

DATOS DEL ACOMPAÑANTE

Nombre Padre: JOHANDRI PEREZ
Nombre Madre: MADONA HEIDI RONDON ZAMBRANO
Acudiente: MADONA HEIDI RONDON ZAMBRANO

ENFOQUE DIFERENCIAL

BARRIO:. . . . . Los Prados ZONA: URBANA DIRECCION: BARRIO LOS PRADOS
NIVEL EDUCATIVO: Ninguno
ORIENT SEXUAL. . No Refiere
RELIGION:. . . . Otro
CONSUMO DE SPA. No
GESTACION: . . . No
VIC CONFLICTO ARMADO:.No
DESPLAZADO:. . . . . .No
VIC.MALTRATO:. . . . .No
ABANDONO SOCIAL: . . .No
DESENCOLABIGADO: . . .No
DESEMPLEADO:. . . . No
CARCELARIO: . . . . No
MIGRANTE: . . . . . No
TRABAJADORA SEXUAL: No
POBLACION LGTBI:. . No
IDENTIDAD DE GENERO: . . . . . Mujer
MINAS ANTI PERSONAS: . . . . . No
MUSE-MUNICION SIN EXPLOTAR:. . No
RUV-REGISTRO UNICO VICTIMA:. . No
HABITANTE DE CALLE:. . . . . No
ORIENT SEXUAL: . . . No Refiere
OCUPACION: . . . . . No se tiene Informacion
ETNIA: . . . . . Ninguno de los anteriores
RESGUARDO INDIGENA . NO REFIERE
ACOMPAÑANTE: . . . . MADRE MADONA HEIDY RONDON CEL 3123739385

INFORME INCAPACIDAD

INCAPACIADDA MEDICA POR 3 DIAS

DIAGNOSTICO

J039-AMIGDALITIS AGUDA. NO ESPECIFICADA
J00X-RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)
R509-FIEBRE. NO ESPECIFICADA

DATOS INCAPACIDAD

Ha sido Incapacitado durante: X3 DIAS
Fecha Inicio Incapacidad: X03/12/2025
Fecha Final de Incapacidad: X05/12/2025

PROFESIONAL: AHUMADA CANAR ARMANDO
ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL
REGISTRO: 521578

Powered by CamScanner

28
RIV

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Danna Rondon UNIDAD DE ATENCIÓN: Parvulos 2 AGENTE EDUCATIVO: Andrea Montenegro

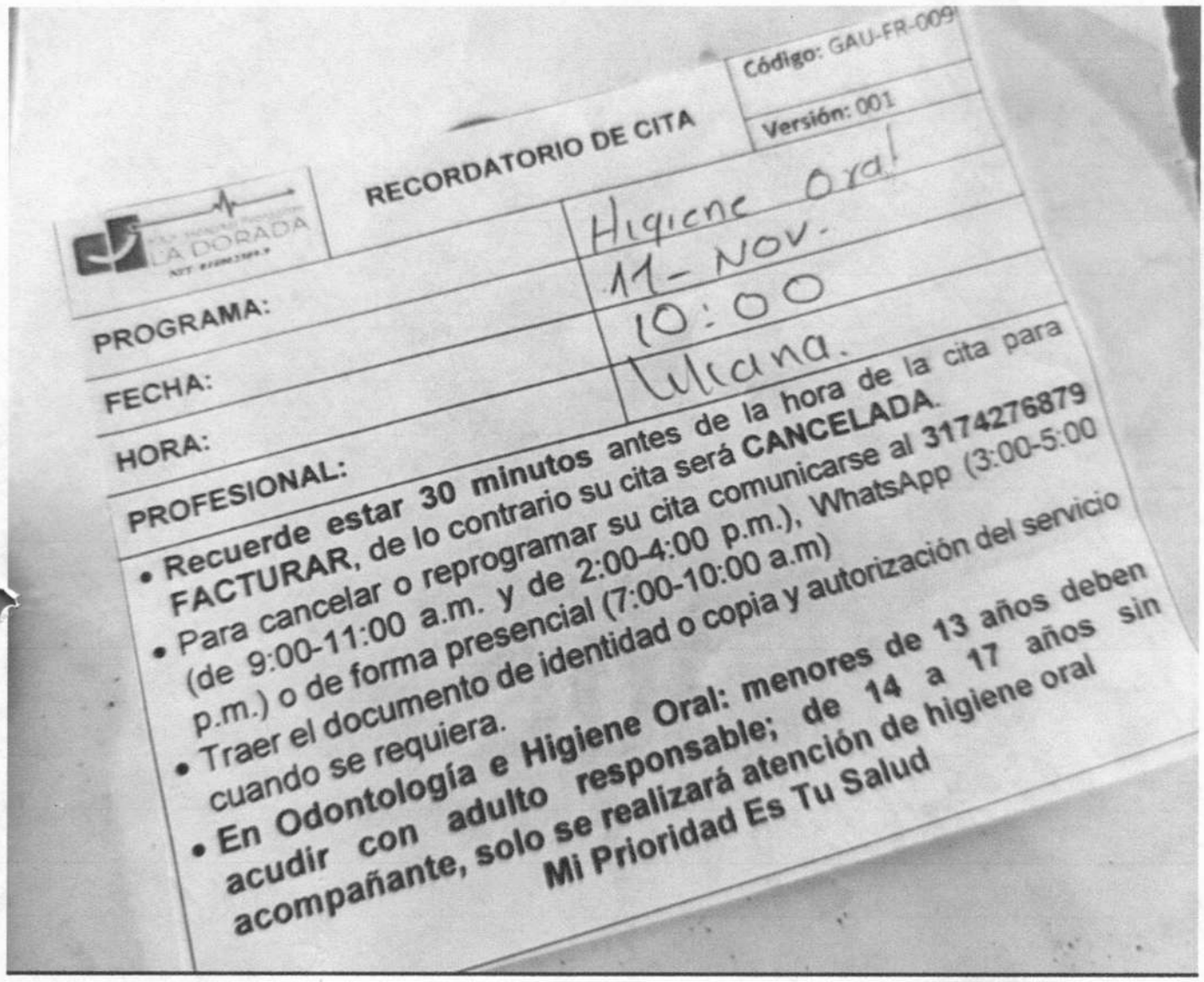
MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 10-Noviembre-2025

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)
10-Noviembre-2025	Agente educativa realiza la revision de la Carpeta de la niña quien ingresa en el dia de hoy a la Unidad Parvulos 2, durante la Verificacion Se evidencia que hace falta: • Carnet de Creamiento y desarollo. Perimetro, IMC, talla, Peso • higiene Oral. • Vacuna influenza anual.	Agente educativa dialoga con la madre de familia, a quien se le da a Conocer los documentos Faltantes. En horas de la tarde 4:00 pm madre de familia, informa que Solicito nuevamente la cita de higiene Oral Por Primera Vez, debido a que el Carne de higiene Se extravio durante la mudanza. Se anexa el Soporte de la cita a la Presente novedad. tambien Presenta Copia del carnet de vacuna donde manifiesta que la vacuna influenza anual no se le aplica a la niña debido a que ya perdio la edad establecida Para Su aplicación, Se anexa a la Carpeta de la niña, Se evidencia en las Copias del Carnet de Crecimiento y desarollo. que la niña asistia el 21-07-2025, Se observa que en las escalas debe Consegir fechas.	Andrea Montenegro	Madona Rondon

BIENESTAR FAMILIAR

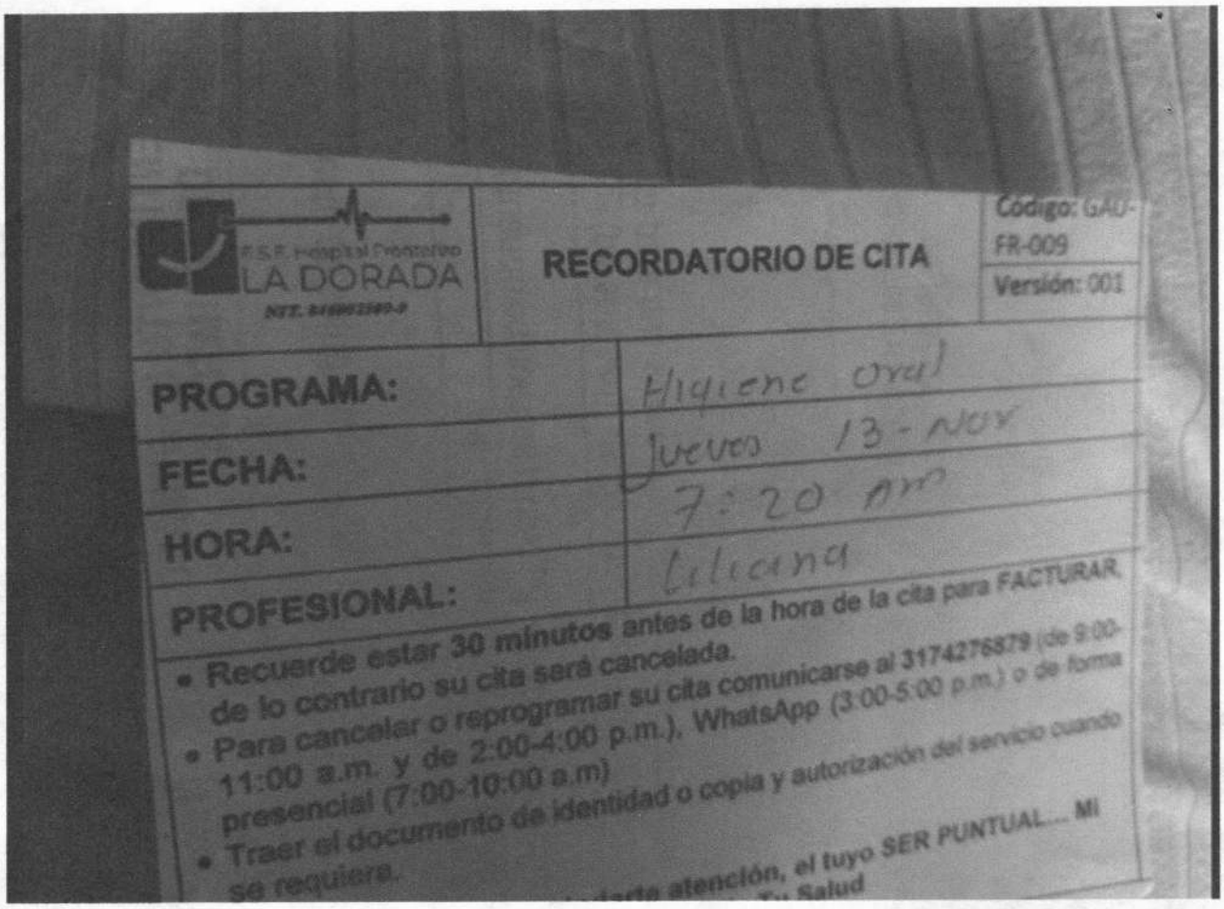
	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
11/11/25	Madre de familia informa que el dia de hoy se dirigra a Corregir la fechas del Control de Crecimiento y desarrollo de la niña, en horas de la tarde, madre de familia Presenta las copias del control debidamente corregidas y actualizadas, las Cuales se anexan a la Carpeta Correspondiente Siendo las 9:40 am madre de la niña la recoge en el CDI, Para llevarla al higiene Oral (10:00 am). Siendo las 10:30 am, madre de familia informa que no le realizaron higiene Oral, debido a que la niña Presento llanto durante la atencion. Destacamente, la niña se reintegra a la Unidad de atencion. Se recomienda a la madre de familia Volver a Programar la cita de higiene Oral. -Madona Rondon
12/11/25	Madre de familia envia mediante via whatsapp. Foto de la Cita de higiene Oral la tiene Para el dia Jueves 13-Noviembre. 2025 a las 7:20 am
13/11/25	el dia de hoy, la madre de familia informa que llevo a la niña a las 7:20 am Para la cita de higiene oral, Manifiesta que la niña recibio la atencion Correspondiente, Pero se le olvido llevar dinero Para Comprale a la niña el Carnet de higiene Oral. Por lo tanto, en el transpuso del dia, se acercara al hospital Para cancelar el valor del Carnet y Solicitar que le registren la fecha de atencion -Madona Rondon
14/11/25	Madre de familia Presenta la copia actualiza de higiene Oral se anexa a la Carpeta y se Procede a Cenar nuevamente.



E.S.E. HOSPITAL REGIONAL LA DORADA NIT 810001399-9	RECORDATORIO DE CITA
	Código: GAU-FR-009
	Versión: 001
PROGRAMA:	Higiene Oral
FECHA:	11-Nov.
HORA:	10:00
PROFESIONAL:	Liliana.

- **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.
- **En Odontología e Higiene Oral: menores de 13 años deben acudir con adulto responsable; de 14 a 17 años sin acompañante, solo se realizará atención de higiene oral**

Mi Prioridad Es Tu Salud



E.S.E. Hospital Departamental
LA DORADA
NIT. 810002389-9

RECORDATORIO DE CITA

Código: GAO-FR-009
Versión: 001

PROGRAMA:	Higiene oral
FECHA:	Jueves 13-Nov
HORA:	7:20 am
PROFESIONAL:	Liliana

- 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.

...arte atención, el tuyo **SER PUNTUAL**... **Mi Salud**