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: 1 | 04 | 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: 001 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: 1.122.343.960

Fecha nacimiento: 30 | 03 | 2022

Nombres: Samuel David

Apellidos: Mola Ramos

Presenta discapacidad? ( ) Si (●) No

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

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

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

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

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

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

Departamento residencia: Putumayo

Municipio de residencia: San Miguel

Zona: Urbana

Barrio: San Felipe

Vereda:

Sector:

Dirección: Enseguida del Interapidísimo

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: 1.006.789.428

Nombres: Francy Daniela

Apellidos: Ramos Ordoñez

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 31 | 10 | 2001

Correo electrónico: Danidaramos312001@gmail.com

Número de celular: 3227575355

Número de fijo:

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

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

Nombre y Firma del padre, madre y/o cuidador: Daniela Ramos

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Andrea Montenegro

Observaciones:

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:
Samuel David Melo Ramos

N° DOCUMENTO: 1.122343960 **TIPO DOCUMENTO: RC** X **CC** __ **OTRO** ___
FECHA DE NACIMIENTO: 30-03-2022 **EDAD:** 2.A 11 M
LUGAR DE NACIMIENTO: Mocoa

NOMBRE DE LA UDS: CDI Fronteras de Paz
CODIGO UDS: 86757112697 2 **BARRIO/VEREDA:** B/ San Felipe
FECHA DE INGRESO: 1-04-2025 **FECHA DE RETIRO:** _____

SISBEN: C1 **EPS:** Mallamas **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: Franci Daniela Ramos Ordoñez
N° CÉDULA: 1.006789428 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Popayan
NOMBRE DEL PADRE: Heider Sliven Melo
N° CÉDULA: 1004696743 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Popayan
N° DE CELULAR: 3227575355
NOMBRE DEL ACUDIENTE: Franci Daniela Ramos.
N° CÉDULA: 1.00678 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Popayan
DIRECCIÓN VIVIENDA: B/ San felipe. **ZONA POBLACIONAL: (R)** __ **(U)** X
NUMERO DE CELULAR 3227575355

Daniela Ramos O.
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Andrea Montenegro
NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: N 1573618

NUIP 1.122.343.960

Tipo de certificado	Datos Esenciales ☐	Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
MELO RAMOS SAMUEL DAVID

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)			Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año 2022	Mes MAR	Día 30	MASCULINO	O -

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

Fecha de Inscripción (Mes en letras)		Indicativo serial
Año 2022	Mes ABR Día 13	0061322490

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
RAMOS ORDOÑEZ FRANCY DANIELA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.006.789.428	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
MELO ORDOÑEZ HAIDER STIVEN

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.004.696.743	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
MELO ORDOÑEZ HAIDER STIVEN

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.004.696.743

Espacio para notas
VALIDO PARA TRAMITES LEGALES Y CIVILES

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio
COLOMBIA PUTUMAYO SAN MIGUEL(LA DORADA) — Código X6Z

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)
Año 2022 Mes ABR Día 13

Nombre y firma del funcionario

ROY EDISON CAILE QUIRAMA
Registrador del Estado Civil

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL 29831520-7

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.006.789.428
RAMOS ORDOÑEZ

APELLIDOS
FRANCY DANIELA

NOMBRES

Daniela Ramos O.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 31-OCT-2001
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

18-NOV-2019 POPAYAN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1100100-01112604-F-1006789428-20191119 0068992794A 1 8500048628



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.004.696.743
MELO ORDOÑEZ

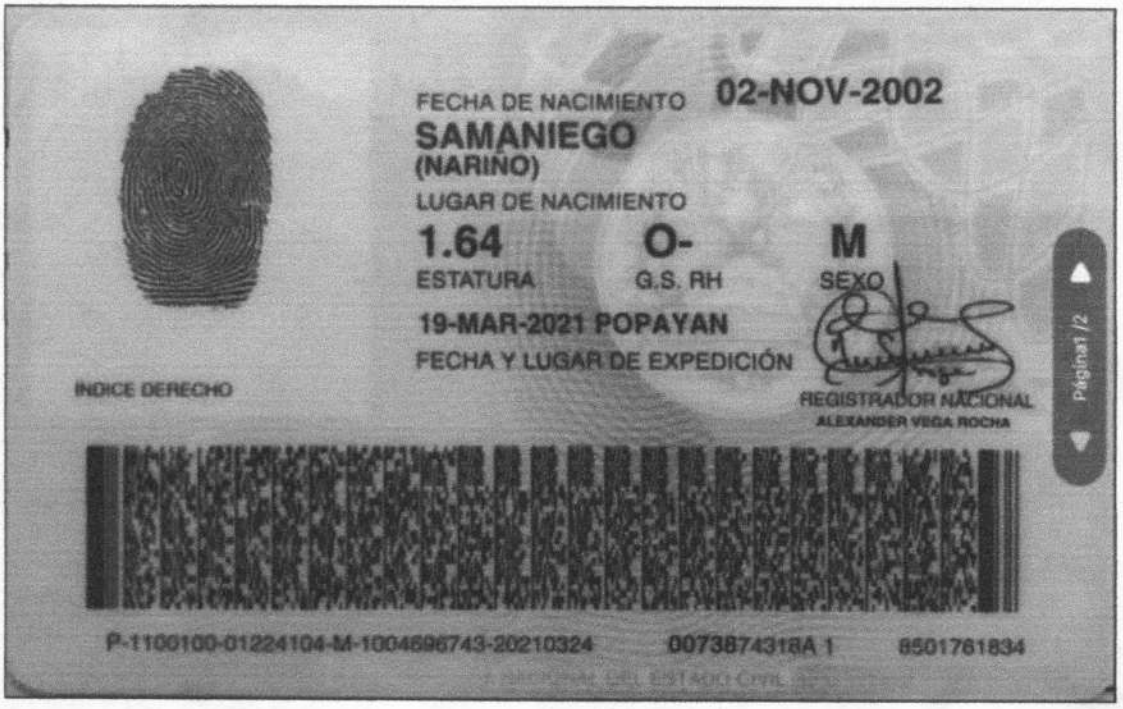
APELLIDOS
HAIDER STIVEN

NOMBRES

Haider Stiven Melo

FIRMA

Página2 /2



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 02-NOV-2002
SAMANIEGO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 ESTATURA
O- G.S. RH
M SEXO

19-MAR-2021 POPAYAN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

Página1 /2

P-1100100-01224104-M-1004696743-20210324 0073874318A 1 8501761834

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 26/03/2025

Ficha: 86757674952700002962

C1

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: **SAMUEL DAVID**

Apellidos: **MELO RAMOS**

Tipo de documento: **Registro civil**

Número de documento: **1122343960**

Municipio: **San Miguel**

Departamento: **Putumayo**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 08/06/2022

Última actualización ciudadano: 30/06/2022

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	1122343960
NOMBRES	SAMUEL DAVID
APELLIDOS	MELO RAMOS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	SAN MIGUEL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD MALLAMAS EPSI	SUBSIDIADO	31/08/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	12/04/2025 17:49:10	**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**,

GRAN TERRITORIO DE LOS PASTOS E.P.S. INDÍGENA MALLAMAS "El autocuidado en salud para un buen vivir"	CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN		CÓDIGO: AS-FR-008
			VERSIÓN: 02
			Vigencia: 22/12/2021

COORDINACION DE AFILIACIÓN Y REGISTRO

CERTIFICA :

Que el (la) señor(a):	**MELO RAMOS SAMUEL DAVID**
Identificación:	**RC: 1122343960**
Municipio:	**SAN MIGUEL**
Nivel Sisben:	**2**
IPS Asignada:	**ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA - PRINCIPAL**
Estado:	**Activo**
Fecha de Afiliación:	**2022-08-31**
Regimen:	**Subsidiado**
Condición Discapacidad:	**N**
Tipo Discapacidad:	**NA**
Tipo Afiliación:	**SAT Res. 768 de 2018**
Nivel :	

Observación :

Dada el jueves, 27 de marzo de 2025

Cordialmente

SANDRA LILIANA PANTOJA PASCAL

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

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA ...Sanos



E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

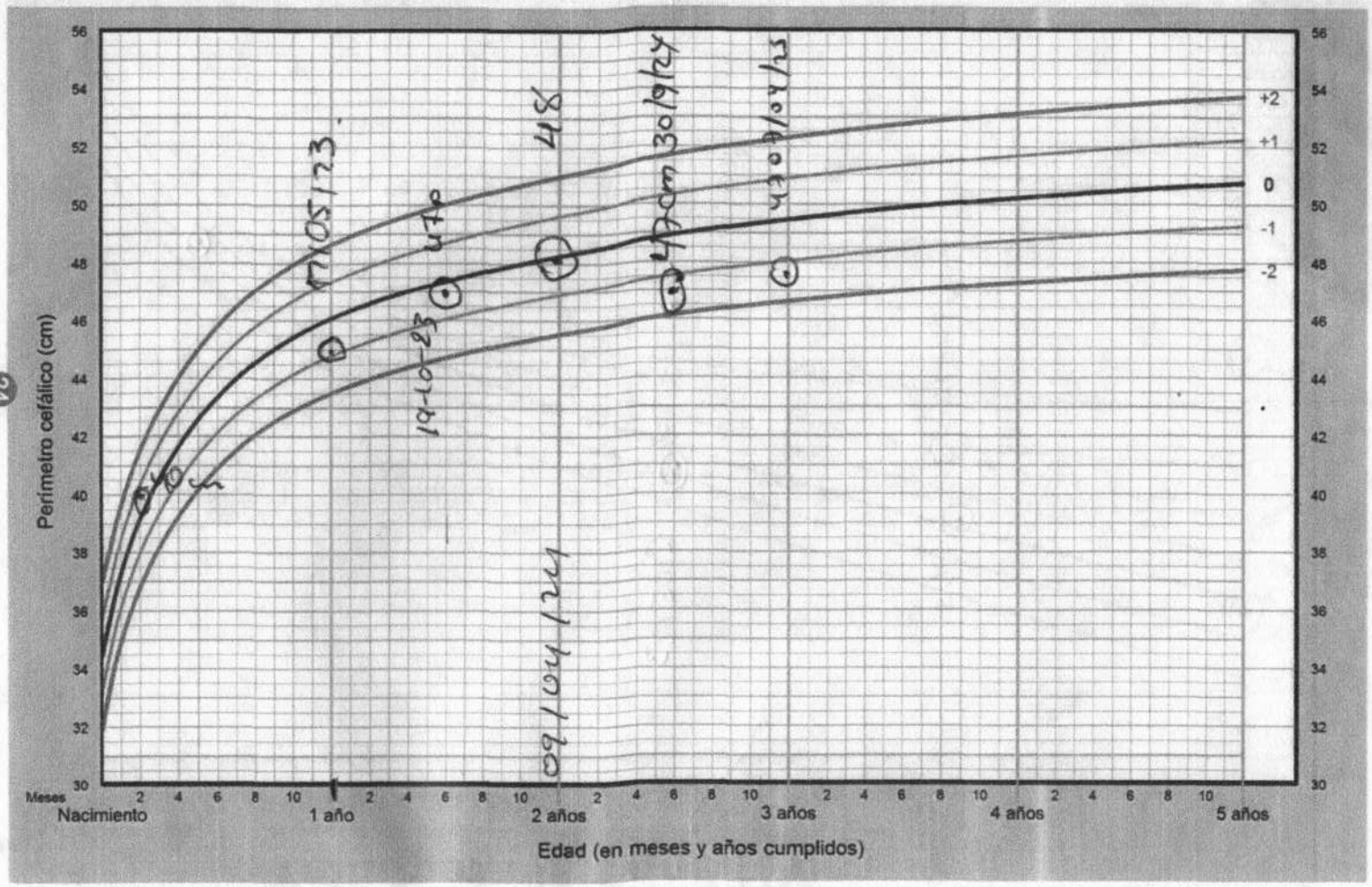
Nombres: SAMUEL DAVID	Apellidos: MELO RAMOS.
Fecha de nacimiento: 30 DÍA | 03 MES | 2022 AÑO	Historia Clínica:
Barrio/Vereda: 7 de AGOSTO	Responsable del niño: Daniela Ramos (mamá)
Teléfono:	EPS:

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
19-10-2023	11,7	81,5	47	15	17,8	30/03/24.	
09/04/24	13,1	86	48	17	17,9	30/09/24	Dra. Magaly Cabrera Médico General R.M. 67027189-Univalle
30/9/2024	14,7	90	47	16	18,7	30/03/2025	
07/04/25	16.8	96	47	17	18.2	30/03/2026	

35

Perímetro Cefálico Niños

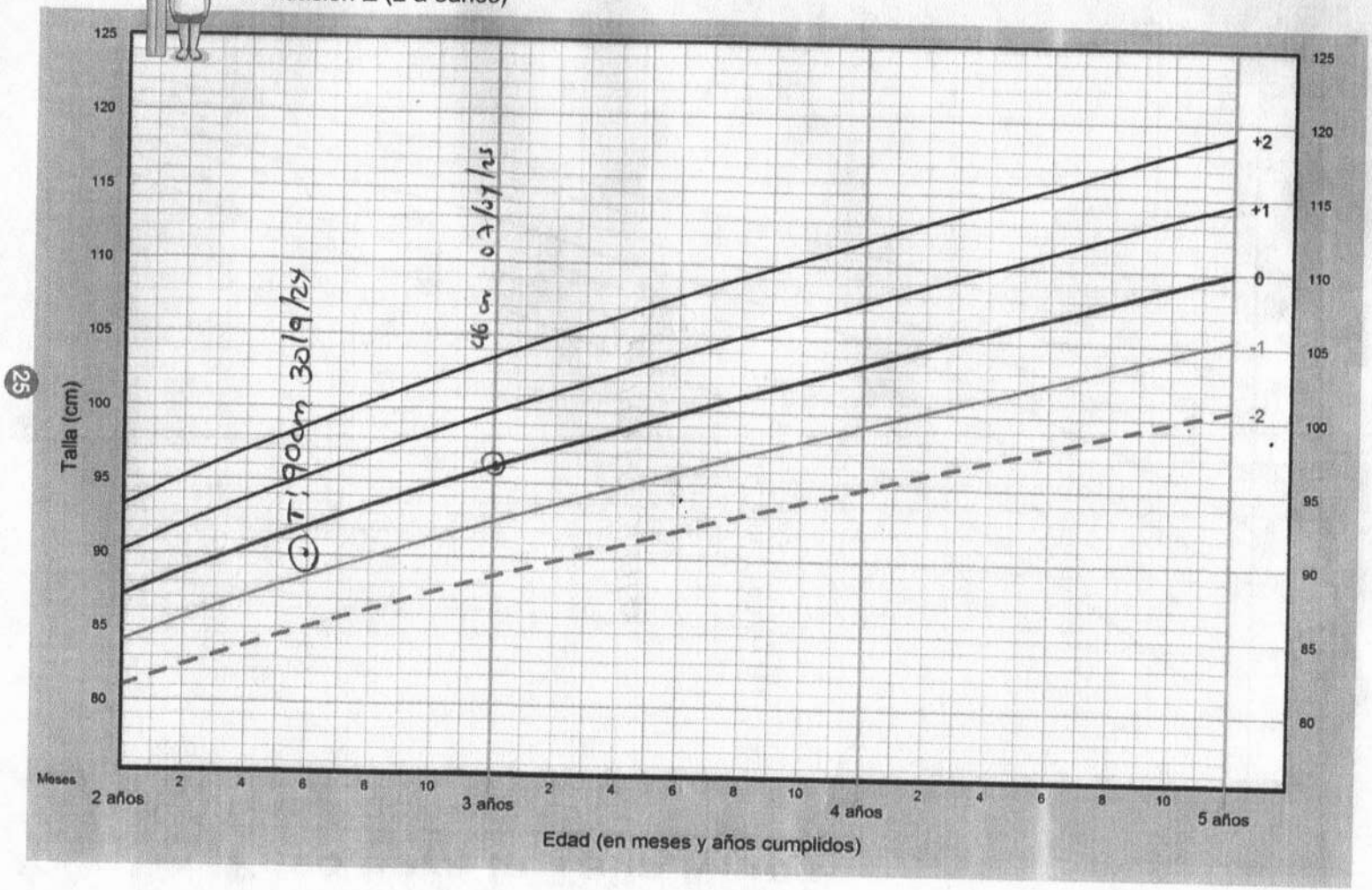
Puntuación Z (0 a 5 años)



24

Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5años)

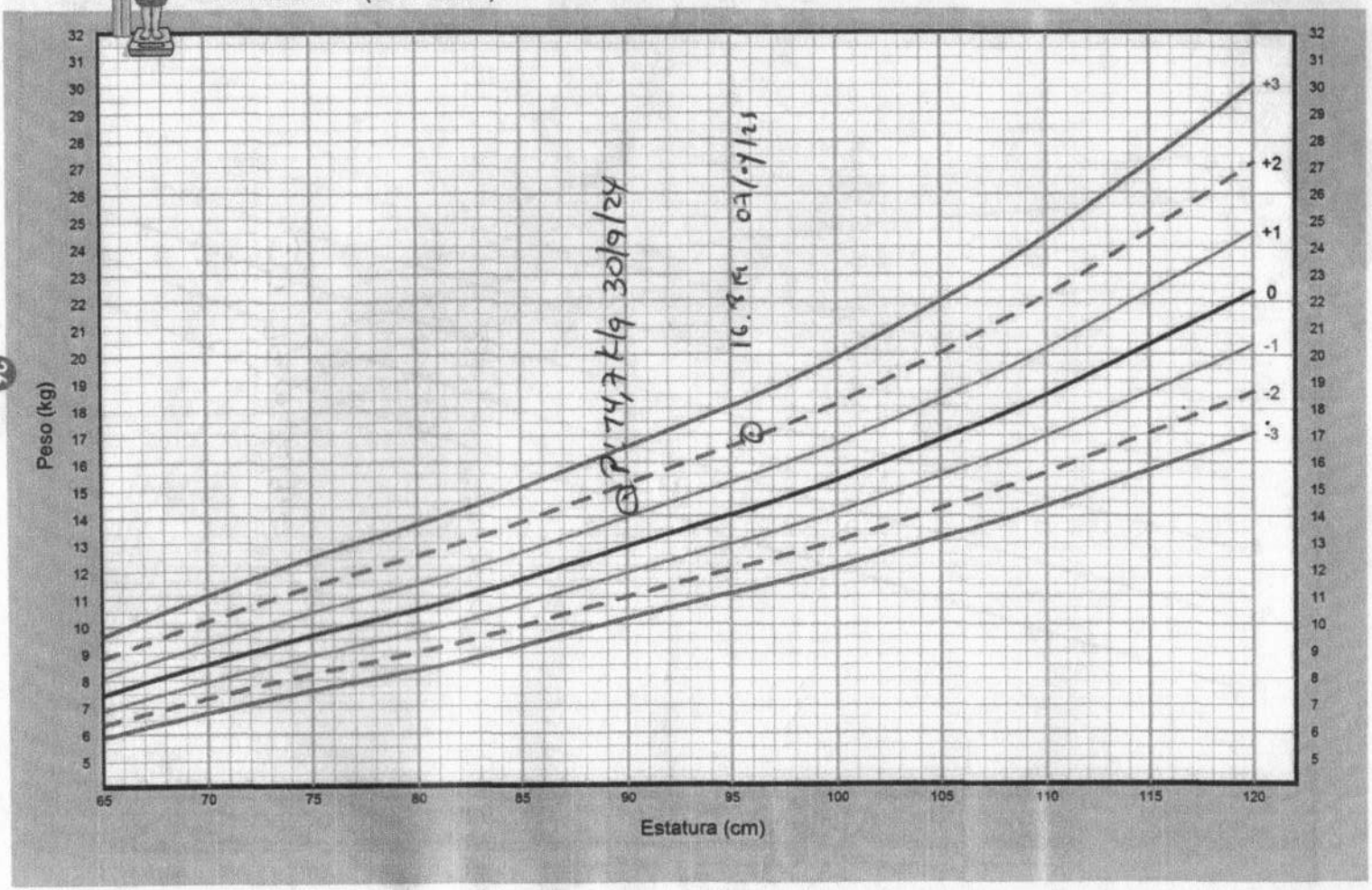


25

13

Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)

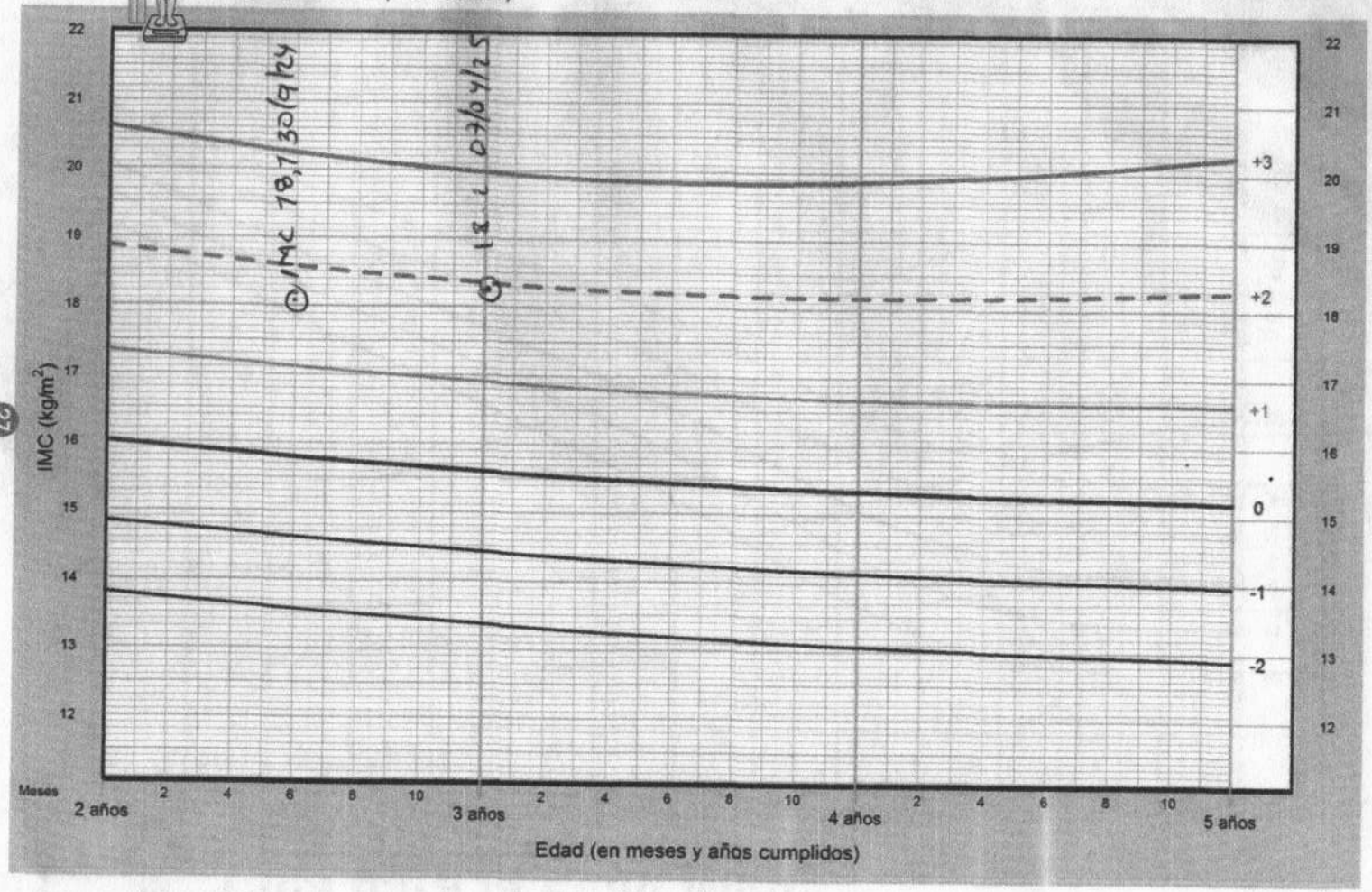


26

14

IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



15
RN

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

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

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

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

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega			
2.ª entrega			
3.ª entrega			

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega							
2.ª entrega							
3.ª entrega							
4.ª entrega							
5.ª entrega							

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

3 años						
4 años						
5 años						

*Menor o igual a 20 normal

Vacunar oportunamente con todas las dosis a tus hijos,

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

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



Ministerio de Salud y Protección Social

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

Carné de vacunación #115

Nombre y Apellidos: MELO RAMOS Samuel David

Fecha de nacimiento: 30-MAR-2022

Nº de certificado de nacido vivo: 169713829

Registro civil: 1122343960

Sexo: MASCULINO

Grupo sanguíneo: O-

Peso al nacer: 3500 Talla: 50

Dirección: B/ SANTA FE

Teléfono 1: 3216434040

Teléfono 2:

Responsable: FRANCY DANIELA RAMOS

Municipio de residencia: SAN MIGUEL

Departamento: PUTUMAYO

CC. 1006789428

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

16

Nombres y Apellidos: Samuel Melo Tipo identificación: 1122343960 No. ID:

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién nacido	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐											
	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	31	MAR	2022	SERUM	0370HA09 1	Hfhll				Lizeu Calderón
	Hepatitis B	Recién nacido	31	MAR	2022	SERUM	0320X017D	Hfhll				Lizeu Calderón
2 meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	1.ª	31	05	2022	Serum	2 1 1 5 0 0 1	Hospital Fronteriza Dorada				Polya G.
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	31	05	2022	Serum	2 8 5 0 Y 0 3 8 D					
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª	31	05	2022	Serum	2 8 5 0 Y 0 3 8 D					
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	1.ª	31	05	2022	Serum	2 8 5 0 Y 0 3 5					
	Diarrea por rotavirus	1.ª	31	05	2022	65K	NP 0 1 C 8 9 2 A F					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	31	05	2022	65K	A S P N B 3 3 5 K A					
4 meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	2.ª	08	08	22	Biológica	2 1 2 1 0 0 4 A					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	08	08	22	Serum	2 8 5 1 Y 0 0 7 D	HFLD	Cita 31/Julio/2022.			Yenny
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª	08	08	22	Serum	2 8 5 1 Y 0 0 7 D					
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	2.ª	08	08	22	Serum	2 8 5 1 Y 0 0 7 D					
	Diarrea por rotavirus	2.ª	08	08	22	65K	A R C L C 8 4 2 A F					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	08	08	22	65K	A S P N B 3 4 2 A A					
6 meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	3.ª	11	10	22	Biológica	2 1 4 0 0 0 3		Cita: 08 de octubre 2022			
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	11	10	22		2 8 5 1 Y 0 2 C N	HFLD				Daniela Carranza Tec. Aux. en Enfermería No. 1007728227
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª	11	10	22	Serum		HFLD				Isabel A.
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	3.ª	11	10	22			HFLD				
	Influenza estacional	1.ª	22	07	24	Butantan	2 4 0 0 9 7 9 0 0	HFLD				
7 meses	Influenza estacional	2.ª	11	04	24	Butantan	2 4 0 0 9 7 9 0 0	HFLD	Cita 30 marzo 2023			Kerly J.
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	12	05	23	Sero H	U 1 3 1 N 0 7 1 A	HFLD				
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	12	05	23	Pfizer	E A 8 5 8 9					
	Varicela	2.ª	12	05	23	Merck	W 0 3 1 6 5 7					
	Hepatitis A	Única	12	05	23	MSD	W 0 0 0 5 1 4					
	Influenza estacional	Anual										
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.º refuerzo	21	02	24	Biological	2 2 5 3 0 0 5	HFLD	Cita: 14-10-23			Kerly J.
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.º refuerzo	21	02	24	Serum	2 8 5 2 X 0 0 3 A	HFLD				Kerly J.
	Fiebre amarilla	Única	12	05	23	Sanofi	N 3 V 2 1	HFLD				
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª	21	02	24	Serum	0 1 3 2 N O 4 8 B	HFLD				Kerly J.
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.ª										
		2.ª										
		3.ª										
Vacunas complementarias y otras dosis	SR	Ref	05	04	24	Serum	0 1 2 2 W 1 0 8	HFLD	Cuando cumpla 2 años SR			Jennifer C.

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: 5 años Completos

18
RIV

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 22 MES 04 AÑO 2025 HORA: 4:08 PM

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Samuel David. APELLIDOS Melo Ramos

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1.122.343.960.

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 30 MES: 03 AÑO: 2022 EDAD: 3 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Mallamas Tel: 3227575355

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)

Miedo a la reacción

¿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 (linfadenopatía); malestar general; sensación de adormecimiento en las extremidades, reacciones alérgicas leves, moderadas o severas. Estos no se presentan en todas las personas.
ALTERNATIVAS	A la fecha no se ha identificado otra medida farmacológica más eficaz que la vacunación para la prevención de la COVID-19.

EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD

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

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

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

Firma de la persona: Daniela Ramos O

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

Nombres Francy Daniela Apellidos Ramos.

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1006789428

Firma: Daniela Ramos O.

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 _____

	Firma del Rogado	
Huella dactilar o plantar del Rogante	C.C. N°	C.C. N°

Nombres y apellidos del vacunador: Kelly Jimenez Zárate

Firma Kelly J. Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1075682434

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFLO

DEPARTAMENTO/DISTRITO: PUTUMAYO

MUNICIPIO: San Miguel

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

E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA
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: Samuel David Melo Ramos

Doc. de Identidad: 1122343460

EPS: Mallamas

Teléfono: 3227575355

Domicilio: B/ san felipe

20

		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											10-11-2022 10-05-2023		
		Profilaxis y remoción de placa													
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	y	Vacunación													

LILIANA MARIBEL CORDOBA
AUX. EN SALUD ORAL
RES. 2500493-2011

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

JINA A. BELALCAZAR FLOREZ
Gerente

Servimos con amor

CARNET RIAS

PRIMERA INFANCIA

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

Servimos con amor



Nombres y apellidos: Samuel David Milo Ramos

Doc. de identidad: RC 1122343960 EPS: Mallamas

Teléfono: 3227575355 Domicilio: B/San Felipe

		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	9-11 M	12-17 M	18-23 M	24-29 M	30-35 M	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 bucal por odontología													
		Promoción y apoyo de la lactancia manterna													
PROTECCIÓN ESPECÍFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de fluor						19-10-2023 19-Abril-2024		26-04-24 26-04-24	26-10-24 01-11-24 01-05-25				
		Profilaxis y remoción de placa bacteriana									X X				
		Aplicación de sellantes (según criterio)											27-05-2025 03-Jun-2025		
	V	Vacunación													

Liliana Maribel Cordoba
HIGIENISTA ORAL
Res 00453 de 2017

Liliana Maribel Cordoba
HIGIENISTA ORAL
Res 00453 de 2017

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 Samuel David Melo Ramos, identificado (a) con documento de identidad número 1.122.343.960 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, Francí Daniela Ramos Ordoñez quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1.006789928 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: Daniela Ramos O.
Nombre: Francy Daniela Ramos Ordoñez
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3227575355
Fecha: 1-04-2025
Municipio: San Miguel.

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

PACTO DE CONVIVENCIA MODALIDAD INSTITUCIONAL

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

DERECHOS Y DEBERES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

DERECHOS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

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

DEBERES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

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

DERECHOS Y DEBERES DE LOS PADRES DE FAMILIA

DERECHOS DE LOS PADRES DE FAMILIA

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

DEBERES DE LOS PADRES DE FAMILIA

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

(telefónico, mensajería y/o escrito).

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

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

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

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

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

PAOLA CHATES
Coordinadora pedagógica

EDDY PATRICIA LÓPEZ
Apoyo psicosocial

Jaidel Melo
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 11184-9	Pago oportuno hasta:	08/06/2025	Mes Facturado
Factura Nro	2037146301	Suspensión a partir de:	09/06/2025	MAYO 2025

1.Información Genera

Nombre:	LENNIS CAROLINA CIFUENTES RODRIGUEZ	**Último pago**	$ 187,670
Dirección:	BR SAN FELIPE	**Tuve servicio de energía entre:**	17-ABR-2025 - 16-MAY-2025 (29)

Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Área	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Código Tarifa	División Geopolítica
SM1	S106	309	2	RESIDENCIAL	URBANA	1	.6	AEREA	EMPRESA	105	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	26/05/25	26-MAY-25	PAGO EN EFECTIVO	CONTADO	EEBP - 256991 0

2.Información Consumo Energía

Componentes de Costo (CU): Generación 408.27 + Transmisión 62.2 + Distribución 269.61 + Comercialización 126.87 + Pérdidas 59.16 + Restricción 43.58 = CU 969.7 ($/KwH)

2A.Información Medidor

Marca	Serial	Factor Múltiplo
UNI	2000134812	1

2B.Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	3570	3339
Reactiva:		

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

2C.Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	231
Consumo Reactiva KVarh:	0
Costo del consumo $	224000.7
Tarifa (hasta 173 Kwh):	555.64
Subsidio: % 42.7 $	-71627.17
Contribución: % 0 $	0
Sub Total $	152373.53

Meses en deuda: 1 — % Tasa Interés Moratorio: 0.5

2D.Consumo Últimos 6 Meses

	Mes	Activa	Reactiva
2024	NOVIEMBRE	309	0
2024	DICIEMBRE	306	0
2025	ENERO	264	0
2025	FEBRERO	303	0
2025	MARZO	224	0
2025	ABRIL	248	0
	PROMEDIO	**276**	**0**

2E.Información Calidad del Servicio

Tel. O.R EEBP: 01 8000 942415
Transformador: SLD104 Grupo: 22
DIUG: 30.24 FIUG: 19 Circuito: C14
Cargo D: 265.8314 Dscto %t:20
CEC: 250.02
DIU: 76.47 FIU: 97
HC: 5.43 VC: 7
Valor a Compensar: 26585.37

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	224,000.70	.00	.00	224,000.70
SUBSIDIO	-71,627.17	.00	.00	-71,627.17
AJUSTE A SUBSIDIO	3,854.41	.00	.00	3,854.41
COMPENSACION RES.CREG_015/2018	-26,585.37	.00	.00	-26,585.37
AJUSTE A LA DECENA	-3.57	.00	.00	-3.57

5.Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP 129,639

6.Información Facturación Convenio Impuesto Alumbrado Públi

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	19,191	0	19,191

7.Información Facturación Convenio Aseo y Alcantarillad

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
Aseo*				12,000	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

Total EEBP	+ Total Impuesto Alumbrado público	+ Total Aseo y/o Alcantarillado	+ Total Otros Convenios	= Debo pagar en Total
129,639	19,191	12,000	0	$ 160,830

IFE: 526f4c2184c5583ac5c12fc11af098611f502e47b56443c417f54464c1a68acfc4c088253f50a4bbb4c2be6f5a9228a1

(415)7709998005532(8020)100020371463015 5(3900)0000160830(96)20250623

Paga fácil por **Internet** en **www.eebpsa.com.co/factur**
www.eebpsa.com.co @eebpsaesp /eebpsa

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre 26 RM

Ciudad San Miguel la Onada

Nombre completo de la niña o niño Samuel David Melo Ramos

Fecha de nacimiento 30 03 2022 **N° Documento de Identidad** 1.122.343.960

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Andrea Montenegro

Fecha de registro cualitativo Día 3 Mes -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

Samuel Se encuentra en un desarrollo esperado acorde a su edad. Disfruta escuchar cuentos y acompañar canciones con gestos. Se continuará fortaleciendo su autonomía en las rutinas diarias y el desarrollo de relaciones de causalidad a través de experiencias que le permitan observar, experimentar y anticipar resultados.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Andrea Montenegro

Fecha de registro cualitativo Día 3 Mes 10 Año 2025

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

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

Observaciones generales

Samuel Melo Se encuentra dentro de un Perfil esperado teniendo en cuenta que cumple con los items propuestos para su edad reconoce sus fortalezas y debilidades y acepta sugerencias de los demas en el juego.

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)***

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

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Samel Ramos UNIDAD DE ATENCIÓN: Parvulo 2 AGENTE EDUCATIVO: Andrea Montenegro

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

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
9-diciembre-2025.	el niño no asiste a la Unidad de atencion Parvulo 2	Agente educativa realiza llamada telefonica Para conocer el motivo de la inasistencia, el cual la madre de familia refiere que el dia de hoy el niño no se quiso despertar ya que ayer estuvo en una fiesta y se acosto tarde, ademas informa que se encuentra bien Por la tanto Solicita Permiso para el dia de hoy.	Andrea Montenegro	-Daniela R.

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
10/12/25	El niño asiste a la Ciudad, aparentemente bien de salud, se procede a cenar novedad

Daniela K.

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

3227575356

80 RIV

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Samuel Ramos **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulos 2 **AGENTE EDUCATIVO:** _____

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

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
17- Julio-2025	el niño no asiste a la Unidad de atencion Parvulos 2	Agente educativa Se comunica Con la madre de familia mediante llamada telefonica Para conocer el motivo de la inasistencia el cual refiere que el niño no asistira hoy y el dia de mañana Viernes ya que el dia de ayer en horas de la tarde 6:00 pm debido a que la madre de familia tiene cita medica por lo cual Viajaron a Neiva. Se recomienda a la madre de familia enviar el Sopate de la Cita y el Permiso por escrito	Andrea Montenegro Agente educativa	- Jaider Melo

SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO

Siendo en horas de la tarde, agente educativa Se comunica con la madre de familia Para conocer el estado de Salud, el Cual manifiesta que el niño Se encuentra muy bien, y envia por medio de Whatsapp, el Soporte de la cita y el Permiso por escrito el cual Se imprime y Se anexa a la novedad

- Jaider Melo

Siendo hoy 18 de julio - 2025, la agente educativa Se comunica con la madre de familia mediante llamada telefonica Para Preguntar por el niño, como se encuentra, el Cual manifiesta, que se encuentra muy bien, el dia lunes, Si Dios la Permite asistira a la Unidad de atencion

- Jaider Melo

Siendo hoy lunes, 21 de julio - 2025, la madre de familia Se comunica con la agente educativa manifestando que el dia de hoy no asistira Porque aun no han Podido Viajar hacia la Parada Putumayo, Porque hay derrumbes en la Via Mocoa - Santiago. y informa que el niño Se encuentra bien

- Jaider Melo

Siendo hoy Martes 22 de julio - 2025 Agente educativa Se comunica con la En la madre de familia mediante la llamada telefonica, y reporta que el niño asistira el dia lunes, Porque por el momento no hay Via.

- Jaider Melo

Siendo hoy Miercoles 28 de julio - 2025 Agente educativa Se comunica en la madre de familia Para conocer el estado de Salud del niño el cual refiere que Se encuentra bien

- Jaider Melo

Siendo hoy Jueves 24 de julio, 2025. Agente educativa Se comunica con la madre de familia Para conoca Como Se encuentra el niño, el cual manifiesta que Se encuentra bien gracias a Dios, activo,

- Jaider Melo

Fundación Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Samuel Ramos. **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulos 2. **AGENTE EDUCATIVO:** Andrea Montenegro.

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

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
29/01/25.	Seguimiento interdisciplinario a inasistencias reportadas por la Madre de familia.	con el fin de dar continuidad al seguimiento por inasistencias del niño al CDI se procede a dar cumplimiento al requerimiento solicitado por ICBF. Durante este dia se realiza llamada telefonica a madre de familia con el fin de verificar como se encuentra el niño. Manifestando la Madre que el niño se encuentra con el Padre en el Municipio de Samaniego. Se procede a realizar videollamada pero fue imposible la conexión.	MARLENY A. Payo Psicosocial.	
30/01/25.		se realiza Videollamada al padre de familia del niño la cual la llamada no fue posible ya que el padre no responde.		

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
5/08/2025	Siendo hoy 4 de agosto, 2025, madre de familia envia Un mensaje via Whatsapp dando a conocer "hoy en la tarde Si Dios quiere y Permite ya Viajan hoy, ya que hoy le hagan ahi intervencion a Maria Si Dios quiere y todo Sale bien ya Podemos Viajar" - Jaider Melo Se realiza llamada telefonica la cual responde el padre de familia del niño, manifestando que en este momento ya se encuentran Viajando para la Dagada. Informa que el dia de mañana se entrega el niño al ICBF. Jaider Melo
6/08/2025	Siendo hoy 6 de Agosto 2025, el niño asiste a la Unidad de atencion Parvulos 2 en buenas condiciones de Salud, Por lo tanto Se Procede a Cerrar la novedad - Jaider Melo

San Miguel La Dorada, 17/Julio/2025

Profesora
ANDREA
Centro de Desarrollo Infantil La Dorada

Ref. PERMISO

Yo, Fr y Daniela Ramos Ordóñez, en calidad de acudiente del niño Samu David Melo Ramos, identificado con registro civil No. 1122343960, solicito de manera respetuosa el permiso correspondiente para justificar su inasistencia los días 17 y 18 de Julio de 2025, debido a que debo acompañarme a una cita médica previamente programada en la ciudad de Neiva.

Agradezco su comprensión y colaboración.

Atentamente,

Francy Daniela Ramos
Francy Daniela Ramos Ordóñez
C.C. No. 1006789428
Teléfono de contacto: 3227575355

San Miguel La Dorada, 25/Julio/2025

Profesora
ANDREA
Centro de Desarrollo Infantil La Dorada

Ref. PERMISO

Yo, Francy Daniela Ramos Ordóñez, en calidad de acudiente del niño Samuel David Melo Ramos, identificado con registro civil No. 1122343960, solicito de manera respetuosa extender el permiso correspondiente para justificar su inasistencia el 01 de agosto de 2025, debido a que estoy con el niño en Pasto en acompañamiento a mi hermana Maira Lizeth Chamorro Ordoñez, quién se encuentra hospitalizada en la Clínica Aurora de la Ciudad de Pasto y como es mi deber tengo a cargo su cuidado durante estos días.

Agradezco su comprensión y apoyo.

Atentamente,

Francy Daniela Ramos
Francy Daniela Ramos Ordóñez
C.C. No. 1006789428
Teléfono de contacto: 3227575355

CLÍNICA ONCOLÓGICA
AURORA
NIT 900462870_2

San Juan de Pasto, 25 de julio de 2025

Cordial saludo,

Mediante la presente, Clínica Oncológica Aurora informa que la señora **MAIRA LIZETH CHAMORRO ORDOÑEZ**, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.061.741.740, se encuentra hospitalizada en nuestra institución desde el día Martes 3 de junio de 2025 hasta la fecha actual en la cama 323, a causa de procedimiento quirúrgico realizado Gastrectomía Vertical

Cordialmente,

MARIA FERNANDA SANTANDER MERA
Jefe de Atencion al Usuario
Clinica Oncologica Aurora
Coorsiau@medinuclearsas.com

CLINICA ONCOLOGICA AURORA

CLINICA ONCOLOGICA AURORA SAS

CRA 41 7 40 SAN JUAN DE PASTO - 7382043

Nit 900442870-2

HISTORIA CLINICA AMBULATORIO

No. H. C. **1061741740 - 399561**

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

PACIENTE	CHAMORRO ORDOÑEZ MAIRA LIZETH	**DOC. ID.**	**CC1061741740**
LUGAR NAC.	ARGELIA	**FEC. NAC.**	18/07/1991
E. CIVIL	UNION LIBRE	**EDAD**	33 Años
OCUPACIÓN	SERVICIOS SOCIALES Y DE SALUD (INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD Y ATENCIÓN VETERINARIA)	**SEXO**	FEMENINO
CIUDAD	ORITO	**BARRIO**	RURAL (Rural)
DIRECCIÓN RESIDENCIA	VEREDA LA DORADA	**TELÉFONO**	3228167927
ESTRATO	COTIZANTE	**GS – RH**	O+
ACUDIENTE	FRANCY DANIELA RAMOS ORDOÑEZ	**TELÉFONO**	3228174052
PARENTESCO	Hermana	**REGIMEN**	CONTRIBUTIVO
EMPRESA	MALLAMAS EPS INDIGENA CONTRIBUTIVO		
ETNIA	MESTIZO	**G. POBLACIONAL**	No definido
ESCOLARIDAD	PROFESIONAL	**EPS**	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD MALLAMAS EPS INDIGENA
DISCAPACIDAD	NINGUNO	**ORIENTACION SEXUAL**	

MOTIVO CONSULTA	PRIMERA VEZ-
ENFERMEDAD ACTUAL	PACIENTE DE 33 AÑOS CON DESEO DE CIRUGIA BARIATRICA PESO DE 124 KG, IMC: 45.5 EVDA 11/2024: PATOLOGIA H.PILORY POSITIVO

HALLAZGOS REVISION POR SISTEMAS

1. RESPIRATORIO : Normal	7. PIEL Y ANEXOS : Normal
2. ORGANOS DE LOS SENTIDOS : Normal	8. OSTEOMUSCULAR : Normal
3. CARDIOVASCULAR : Normal	9. ENDOCRINO : Normal
4. GASTROINTESTINAL : Normal	10. PSICOSOCIAL : Normal
5. GENITOURINARIO : Normal	11. LINFÁTICO : Normal
6. NEUROLÓGICO : Normal	12. OTRO : Normal

TIPO	**DESCRIPCIÓN ANTECEDENTES**
FAMILIARES	- 13/03/2025
FAMILIARES	NO REFIERE 17/06/2025
FAMILIARES	MADREANTECEDENTE DE DIABETES MELLITUS II Y ASMA, NIEGA OTROS ANTECEDENTYES EN COMPAÑIA DE MADRE. 01/07/2025
QUIRURGICOS	CESÁREA E INJERTO DE PIEL EN CADERA IZQUIERDA BAJO ANESTESIA REGIONAL Y GENERAL SIN COMPLICACIONES. 17/06/2025
QUIRURGICOS	NIEGA ANTECEDENTES QUIRUGICOS 01/07/2025
MEDICAMENTOS EN USO	LEVOTIROXINA 17/06/2025
MEDICAMENTOS EN USO	LEVOTIROXINA 125 MCG VIA ORAL CADA 24 HORAS EN AYUNAS, NIEGA USO DE OTROS MEDICAMENTOS EN COMPAÑIA DE FAMILIAR. 01/07/2025
TOXICO-ALERGICOS	NO REFIERE. 27/05/2025
TOXICO-ALERGICOS	NO REFIERE 17/06/2025
TOXICO-ALERGICOS	NIEG ALERGIAS, NIEGA FUMAR O CONSUMIR ALCOHOL. 01/07/2025
PATOLOGICOS	OBESIDAD MÓRBIDA. HIPOTIRODISMO MANEJO CON LEVOTIROXINA. NO REFIERE OTROS CRÓNICO DEGENERATIVOS. 27/05/2025
PATOLOGICOS	ANTECEDENTES CRONICA DE OBESIDAD MORBIDA E HIPOTIROIDISMO PRIMARIO 17/06/2025
PATOLOGICOS	OBESIDAD, HIPOTIROIDISMO EN MANEJO EN MANEJO CON LEVOTIROXINA. 01/07/2025
TRAUMATICOS	NO REFIERE 17/06/2025
TRAUMATICOS	NIEGA FRACTURAS 01/07/2025
SINTOMATICO RESPIRATORIO	Negativo
SINTOMATICO DE PIEL	Negativo
OCUPACIONAL	NO REFIERE 17/06/2025
OCUPACIONAL	PSICOLOGA 01/07/2025

T. A	130/86	**PULSO**	93	**F. RES.**	20	**T°**	36	**PESO**	124	**TALLA**	165	**PC**	1	**SP02**	95	**IMC**	45.54
SINTOMATICO RESPIRATORIO				**NO**		**SINTOMATICO DE PIEL**					NO			**SSNP**			

HALLAZGOS EXAMEN FISICO

1. CABEZA : Normal	11. ABDOMEN : Normal
2. OJOS : Normal	12. PELVIS : Normal
3. OIDOS : Normal	13. TACTO RECTAL : Normal
4. NARIZ : Normal	14. GENITOURINARIO : Normal
5. BOCA : Normal	15. EXTREMIDADES SUP : Normal
6. GARGANTA : Normal	16. EXTREMIDADES INF : Normal
7. CUELLO : Normal	17. ESPALDA : Normal

8. TORAX : Normal	18. PIEL : Normal
9. CORAZÓN : Normal	19. ENDOCRINO : Normal
10. PULMÓN : Normal	20. SISTEMA NERVIOSO : Normal

DX PRINCIPAL	E660 - OBESIDAD DEBIDA A EXCESO DE CALORIAS								
TIPO DX	IMPRESIÓN DIAGNOSTICA								
CAUSA EXTERNA	ENFERMEDAD GENERAL								
UBICACIÓN	Sin Dato	**ESTADO**	Sin Dato	**T**	Sin Dato	**N**	Sin Dato	**M**	Sin Dato
RELACIONADO 1	E660 - OBESIDAD DEBIDA A EXCESO DE CALORIAS								
DX CLINICO	OBESIDAD MORBIDA								

ANALISIS Y PLAN

SE EXPLICA RESULTADO DE GASTROSCOPIA CON HELICOBACTER POSITIVO POR

LO QUE REQUIERE ERRADICACION CON TRATAMIENTO TRICONJUGADO:

CLARITROMICINA 500 MG VO TOMAR 1 CADA 8 HORAS POR 14 DIAS.-
AMOXACILINA 500 MG VO TOMAR 1 CADA 6 HORAS POR 14 DIAS.-
OMEPRAZOL 20 MG VO TOMAR 1 CADA 12 HORAS POR 30 DIAS.-

NUEVA ENDOSCOPIA DE VIAS DIGESTIVAS LATA Y CITA CONTROL EN 1 MES

CON RESULTADOS.-
SE EXPLICA A PACIENTE IMPORTANCIA DE CUMPLIMIENTO ESTRICTO DE

TRATAMIENTO Y REALIZACION DE NUEVA ENDOSCOPIA.-
SE PROGRAMA GASTROSCOPIA BAJO SEDACION, POR MEJOR TOLERANCIA AL

PROCEDIMIENTO POR PARTE DEL PACIENTE, MEJOR PASO DEL ENDOSCOPIO Y

MEJOR VISUALIZACION.
SE EXPLICA PROCEDIMIENTO, RIESGOS (SANGRADO, INFECCION, DOLOR,

LESION DE EPITELIOS Y/O NEUROVASCULAR, REINTERVENCION) Y

BENEFICIOS (DIAGNSOTICO ENDOSCOPICO/HISTOLOGICO), ENTIENDE Y

ACEPTA, SE FIRMA CONSENTIMIENTO INFORMADO.-
SS: PREQUIRURGICOS Y VALORACIÓN POR ANESTESIA.-
DR. BURBANO.- DR PABLO

SOLICITUDES

CÓDIGO	DESCRIPCION	FECHA - HORA	CAN	PERSONAL
441302	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA EGD CON O SIN BIOPSIA	13/03/2025 15:42	1	BURBANO ORTIZ CESAR
890226	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA ESPECIALIZADA ANESTESIA	13/03/2025 15:42	1	BURBANO ORTIZ CESAR
890346	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA ESPECIALIZADA GAS	13/03/2025 15:42	1	BURBANO ORTIZ CESAR
902045	TIEMPO DE PROTROMBINA PT	13/03/2025 15:42	1	BURBANO ORTIZ CESAR
902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL PTT	13/03/2025 15:42	1	BURBANO ORTIZ CESAR
902210	HEMOGRAMA IV	13/03/2025 15:42	1	BURBANO ORTIZ CESAR
903841	GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	13/03/2025 15:42	1	BURBANO ORTIZ CESAR
903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	13/03/2025 15:42	1	BURBANO ORTIZ CESAR
904508	GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA BHCG PRUEBA DE	13/03/2025 15:42	1	BURBANO ORTIZ CESAR
898101	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA	13/03/2025 16:50	2	BURBANO ORTIZ CESAR

FORMULAS MEDICAS

CÓDIGO	DESCRIPCION	FECHA - HORA	CAN	PERSONAL
5200	CLARITROMICINA 500mg TABLETA Dosis: 1 Cada 8 Horas	13/03/2025 15:42	42	BURBANO ORTIZ CESAR
5061	AMOXIcilina 500 mg CAPSULA Dosis: 1 Cada 6 Horas	13/03/2025 15:42	56	BURBANO ORTIZ CESAR
5314	ESOmeprazol 20MG TABLETA Dosis: 1 Cada 12 Horas	13/03/2025 15:42	60	BURBANO ORTIZ CESAR

Dr(a). BURBANO ORTIZ CESAR		
REGISTRO NO.	1996/86	Esp. CIRUGIA ONCOLOGICA

CLINICA ONCOLOGICA AURORA

CLINICA ONCOLOGICA AURORA SAS
CRA 41 7 40 SAN JUAN DE PASTO - 7382043
Nit 900442870-2

CONSULTAS / EXAMEN / PROCEDIMIENTO

No. H. C. 1061741740 **FECHA IMPRESION** 24/jul./2025 **ID ADMISION-** 418730

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

PACIENTE	CHAMORRO ORDOÑEZ MAIRA LIZETH						**DOC. ID.**	CC1061741740				
FEC. NAC.	18/07/1991						**EDAD**	33 Años				
E.P.S.	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD MALLAMAS EPS INDIGENA						**DOMICILIO**	VEREDA LA DORADA				
DXP	K632	**DXR1**	R104	**DXR2**	A499	**DXR3**	**TELÉFONO**	3228167927				
CIUDAD	ORITO						**BARRIO**	RURAL				
USUARIO	CONTRIBUTIVO - HOSPITALIZADO						**ESTRATO**		**PESO**	120	**TALLA**	165

CODIGO	ESPECIFICACIÓN	CANTIDAD No.	CANTIDAD LETRAS	CANTIDAD ENTREGA	FECHA HORA ORDENADO	DIAS TTO.
890602139	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR CIRUGIA ONCOLOGICA	1	UNO		24/07/2025 12:05	
890602387	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA INTERNA	1	UNO		24/07/2025 11:50	
890601	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA GENERAL	1	UNO		20/07/2025 21:08	
902210	HEMOGRAMA IV. OBSERVACION: SE SOLICITA HEMOGRAMA, CREATININA, BUN, SODIO Y POTASIO DE CONTROL PARA 21/07/2025 4 AM.	1	UNO		20/07/2025 14:56	
903856	NITROGENO UREICO BUN. OBSERVACION: SE SOLICITA HEMOGRAMA, CREATININA, BUN, SODIO Y POTASIO DE CONTROL PARA 21/07/2025 4 AM.	1	UNO		20/07/2025 14:56	
903859	POTASIO. OBSERVACION: SE SOLICITA HEMOGRAMA, CREATININA, BUN, SODIO Y POTASIO DE CONTROL PARA 21/07/2025 4 AM.	1	UNO		20/07/2025 14:56	
903864	SODIO. OBSERVACION: SE SOLICITA HEMOGRAMA, CREATININA, BUN, SODIO Y POTASIO DE CONTROL PARA 21/07/2025 4 AM.	1	UNO		20/07/2025 14:56	
903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS. OBSERVACION: SE SOLICITA HEMOGRAMA, CREATININA, BUN, SODIO Y POTASIO DE CONTROL PARA 21/07/2025 4 AM.	1	UNO		20/07/2025 14:56	
890602387	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA INTERNA	1	UNO		20/07/2025 12:54	
890602139	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR CIRUGIA ONCOLOGICA	1	UNO		20/07/2025 11:06	
890602139	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR CIRUGIA ONCOLOGICA	1	UNO		20/07/2025 08:01	
890601	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA GENERAL	1	UNO		19/07/2025 23:43	
907004	COPROSCOPICO	1	UNO		19/07/2025 18:11	
901107	COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA. OBSERVACION: ORINA	1	UNO		19/07/2025 16:56	
901236	UROCULTIVO ANTIBIOGRAMA MIC AUTOMATICO	1	UNO		19/07/2025 16:56	
907106	UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA	1	UNO		19/07/2025 16:56	
901217	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HECES. OBSERVACION: - ORDEN DE RETIRO DE CATETER VENOSO CENTRAL (SIGNOS DE INFECCION LOCAL) Y SE ENVIA A CULTIVO	1	UNO		19/07/2025 12:41	
890602387	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA INTERNA	1	UNO		19/07/2025 12:09	
903810	CALCIO POR COLORIMETRIA	1	UNO		19/07/2025 10:03	
903813	CLORO CLORURO	1	UNO		19/07/2025 10:03	
903859	POTASIO	1	UNO		19/07/2025 10:03	
903864	SODIO	1	UNO		19/07/2025 10:03	
890601	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA GENERAL	1	UNO		18/07/2025 22:39	
902210	HEMOGRAMA IV. OBSERVACION: REALIZAR EL DIA DE MAÑANA 4: 000 AM	1	UNO		18/07/2025 16:02	
901221	HEMOCULTIVO AEROBIO POR METODO AUTOMATICO	1	UNO		18/07/2025 15:59	
901221	HEMOCULTIVO AEROBIO POR METODO AUTOMATICO	1	UNO		18/07/2025 15:58	
890602387	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA INTERNA	1	UNO		18/07/2025 14:14	
890602139	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR CIRUGIA ONCOLOGICA	1	UNO		18/07/2025 10:14	
879420	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS (ABDOMEN TOTAL). OBSERVACION: SS TAC DE ABDOMEN TOTAL S Y C	1	UNO		18/07/2025 10:13	
890601	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA GENERAL	1	UNO		17/07/2025 23:08	
902210	HEMOGRAMA IV. OBSERVACION: TOMAR 4 AM	1	UNO		17/07/2025 18:52	
890602387	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA INTERNA	1	UNO		17/07/2025 13:00	
890602139	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR CIRUGIA ONCOLOGICA	1	UNO		17/07/2025 10:35	
890601	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA GENERAL	1	UNO		16/07/2025 21:50	
902045	TIEMPO DE PROTROMBINA PT.	1	UNO		16/07/2025 18:14	