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: 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: 1.126.461.067

Fecha nacimiento: 2 | 06 | 2022

Nombres: Ivan Santiago

Apellidos: Grefa Siquigua

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: Metropolitano

Vereda:

Sector:

Dirección: Enseguida del hotel los almendros, Pa la ultima Cuadra, Casa crema con puertas negras

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: 1.006.789.568

Nombres: Ligia Shirley

Apellidos: Grefa Siquigua

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 20 | 04 | 2003

Correo electrónico: Shirleygrefa234@gmail.com

Número de celular: 3229551401

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: Shirley Grefa.

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Andrea Montenegro

Observaciones:

Fundación Alma de Vida

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO: Ivan Santiago Grefa Siquigua

N° DOCUMENTO: 1.126.461.067 **TIPO DOCUMENTO:** RC X CC__ OTRO ___

FECHA DE NACIMIENTO: 2-06-2022 **EDAD:** 2.A .9M

LUGAR DE NACIMIENTO: Valle del Guamuez

NOMBRE DE LA UDS: C.D.I Fronteras de Paz
CODIGO UDS: 867571126972 **BARRIO/VEREDA:** B/ mehopolitano
FECHA DE INGRESO: 1-04-2025 **FECHA DE RETIRO:** _____

SISBEN: A.4 **EPS:** Mallamas **RÉGIMEN (C)**__ **(S)** X

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

GRUPO ETNICO: SI X **NO**___ **¿CUAL?** Kichwa

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

NOMBRE DE LA MADRE: Ligia Shirley Grefa Siquigua

N° CÉDULA: 1.006.789.568 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Miguel (La Dorada).

NOMBRE DEL PADRE: _____

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

N° DE CELULAR: _____

NOMBRE DEL ACUDIENTE: Ligia Shirley Grefa Siquigua

N° CÉDULA: 1.006.789.568 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Miguel (La Dorada)

DIRECCIÓN VIVIENDA: B/ mehopolitano **ZONA POBLACIONAL: (R)**__ **(U)** X

NUMERO DE CELULAR 3229551401

-Shirley Grefa. Andrea Montenegro

FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE **NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO**

3

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO
Número: **N**

30946802-7

NUIP 1.126.461.067

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco X ☐

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
GREFA SIQUIGUA IVAN SANTIAGO.....

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)			Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año 2022	Mes JUN	Día 02	MASCULINO..... O	+

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA PUTUMAYO VALLE DEL GUAMUEZ.....

Fecha de Inscripción (Mes en letras)			Indicativo serial
Año 2022	Mes JUN	Día 13	0061323720.....

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
GREFA SIQUIGUA LIGIA SHIRLEY.....

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.006.789.568.....	COLOMBIA.....

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
.....

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
.....	.....

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
GREFA SIQUIGUA LIGIA SHIRLEY.....

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.006.789.568.....

Espacio para notas
NACIDO VIVO NO 169717336.....
.....
.....

Datos de la oficina de registro que expide el certificado
País - Departamento - Municipio
COLOMBIA PUTUMAYO VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA) ..... Código 17A

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

Nombre y firma del funcionario

CARMEN [illegible]CIA CASANOVA YANDI....
Registrador del Estado Civil

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.006.789.568**
GREFA SIQUIGUA

APELLIDOS
LIGIA SHIRLEY

NOMBRES

Ligia Shirley Grefa

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-ABR-2003**
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

22-ABR-2021 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-6401800-01235770-F-1006789568-20210528 **00744**97562A 1 56516003

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta:	25/03/2025
Ficha:	867576741052800008832

A4

GRUPO SISBÉN IV

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: **Iván Santiago**

Apellidos: **GREFA SIQUIGUA**

Tipo de documento: **Registro civil**

Número de documento: **1126461067**

Municipio: **San Miguel**

Departamento: **Putumayo**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:	11/06/2024
Última actualización ciudadana:	11/06/2024
Última actualización vía registros administrativos:	

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

A1→A5	B1→B7	C1→C18	D1→D21
Pobreza extrema	Pobreza moderada	Vulnerabilidad	Ni pobre ni vulnerable

Contacto Oficina SISBEN

Nombre del administrador:	MARÍA ZORAYDA LINARES MONTERO
Dirección:	Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libertad
Teléfono:	4210537 - 3213138790
Correo Electrónico:	sisben@sanmiguel-putumayo.gov.co

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL
RESGUARDO INDIGENA YARINAL- SAN MARCELINO
RESOLUCION INDIGENA N°008 DEL 13 DE MAYO DE 1998
NIT° 846000665-7

KICHWA

EL SUCRITO GOBERNADOR DEL RESGUARDO INDIGENA SAN MARCELINO EN USO DE SUS FACULTADES LEGALES Y CONSTITUCIONES EN ESPECIAL LAS CONFERIDAS POR LA LEY ANCESTRAL Y DERECHO PROPIO, LA LEY 89 DE 1890 DE LA LEGISLACION ESPECIAL INDIGENA, EL DECRETO 74 DE 1898, LA LEY 48 DE LA CONSTITUCION NACIONAL Y LA LEY 21 DE 1991 QUE RATIFICA EL CONVENIO INTERNACIONAL DE LA OIT, 169 SOBRE LOS PUEBLOS INDIGENAS.

CERTIFICA

Que, **GREFA SIQUIGUA IVAN SANTIAGO** identificado con RC, No. **1126461067**, expedida en **LA HORMIGA, VALLE DEL GUAMUEZ, PUTUMAYO COLOMBIA**, es indígena de la etnia kichwa y se encuentra inscrito en el censo del Resguardo San Marcelino y ante el ministerio del interior direcciones de asuntos étnicos de Bogotá.

De igual manera damos fe de ser una persona responsable, trabajadora y respetuosa sin ningún antecedente hasta el momento.

Esta constancia es válida para **AUTORIZACION PARA LAS FORMULAS**

Atentamente:

NIXON FREDDY MACHOA CERDA.
C.c 1122341624 San Miguel La Dorada-Putumayo
Gobernador Resguardo Indígena San Marcelino 2023

Email: cabildosanmarcelino@gmail.com
Teléfono: 3202346027

KICHWA
RESGUARDO INDIGENA SAN MARCELINO

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	1126461067
NOMBRES	IVAN SANTIAGO
APELLIDOS	GREFA SIQUIGUA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	VALLE DEL GUAMUEZ

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	07/06/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	12/04/2025 17:39:51	**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

X

E.P.S. INDIGENA MALLAMAS

REPUBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD RÉGIMEN SUBSIDIADO
CÓDIGO EPS165 - NIT 837000084-5

"La Oportunidad Sana para una Comunidad con Futuro"

GREFA SIQUIGUA IVAN SANTIAGO
Nombres y Apellidos Completos
Doc. Identificación: RC 1126461067 Género: M
Fecha Nacimiento: 02/06/2022 Nivel Sisben:
Fecha Afiliación: 07/06/2022 Discapacidad: NA - N
Vigencia: INDEFINIDO | Carnet N°: **867570000510595**
Dirección: VEREDA SAN MARCELINO
Ips Primaria: ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD INDIGENA "MALLAMAS EPS-I"
Personería Jurídica No. 0017 de 2001 del Ministerio del Interior - DGAI

POR SER INDIGENA EL PORTADOR DE ESTE CARNÉ
NO DEBERÁ PAGAR COPAGOS NI CUOTAS MODERADORAS

Es indispensable la presentación de éste carné para acceder a los servicios contemplados en el POS-S
Válido únicamente en la Red Prestadora de Servicios autorizado por MALLAMAS EPS-I

VIGILADO Supersalud
por la defensoría de los derechos del usuario

GERENTE MALLAMAS EPS -I

LINEA SALUDABLE 018000-913701/7733376 IPIALES
www.mallamaseps.com.co E-mail:contactenos@mallamaseps.com.co
ESTE CARNET ES DE USO PERSONAL E INTRANSFERIBLE

E.S.E
Hospital
Sagrado Corazón de Jesús

Carnet de Crecimiento y Desarrollo



Nombres:	Juan Santiago
Apellidos:	Grefa Siquigua
Fecha de nacimiento:	02 - Junio - 2022
Lugar de nacimiento:	Valle del Guamuez.
Identificación:	1126461067
Barrio/vereda:	la Dorada - San Miguel
Responsable del niño:	Ligia Grefa Siquigua
N° de Teléfono:	3223493722
E.P.S.:	Mallamas
Grupo Sanguíneo:	O+.

¡Mamita Segura! Lo mejor de nosotros para ti

IAMI INSTITUCION AMIGA DE LA MUJER Y LA INFANCIA

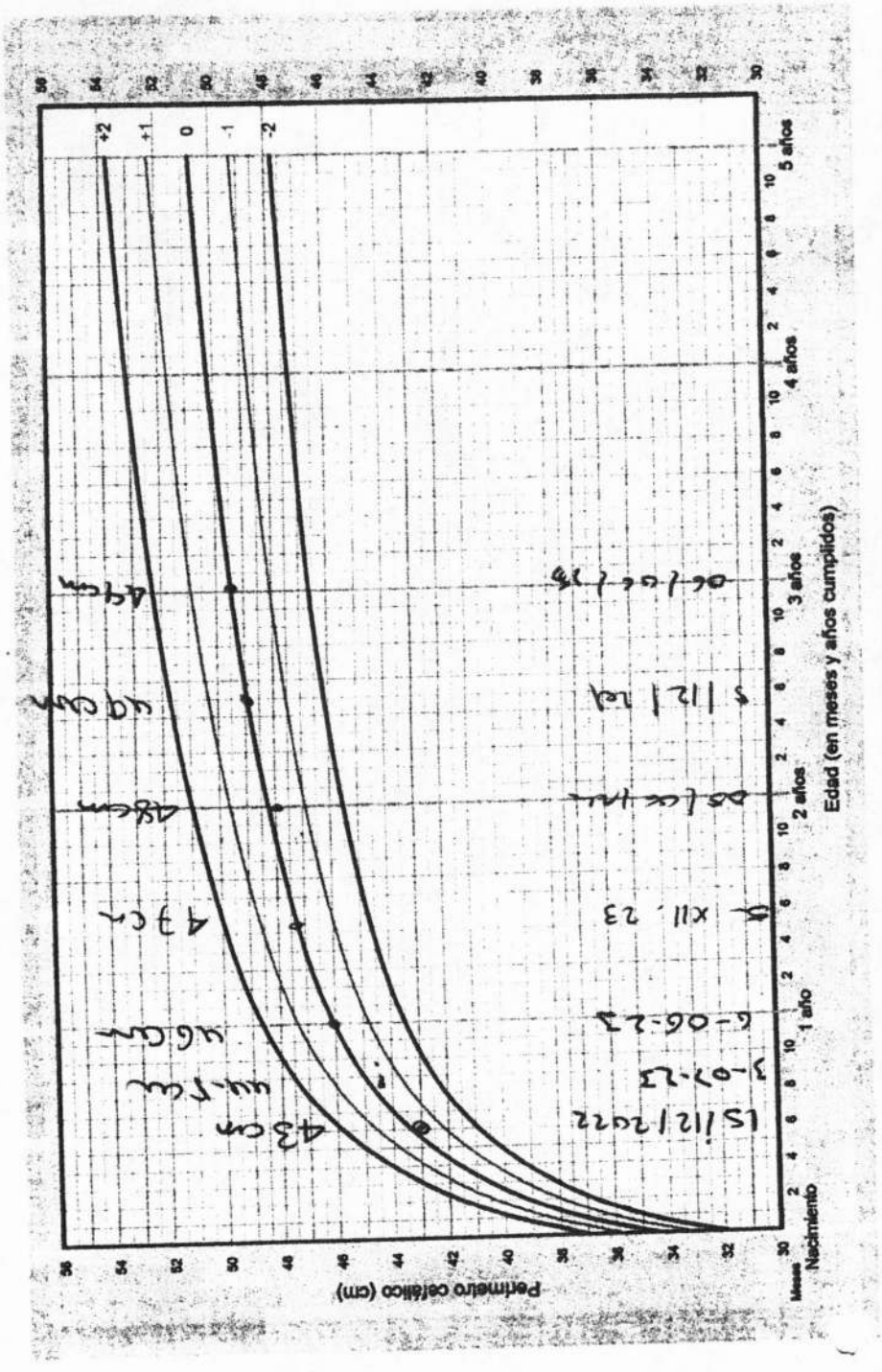
AIEPI Porque mi vida hay que protegerla hoy

CITAS PROGRAMADAS

DIA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ	
				SI	NO
03	Mar 20	2023	8am x Enfermi.		
6	Junio	2023	11:am x Medico		
5	Diciembre	2023	8 am x ENT		
5	Junio	2024	8:40am x med.		
4	Diciembre	2024	9:00 am x enf		
05	Junio	2025	2'00 pm x Ulda		
3	Junio	2026	3:00 pm x enf		

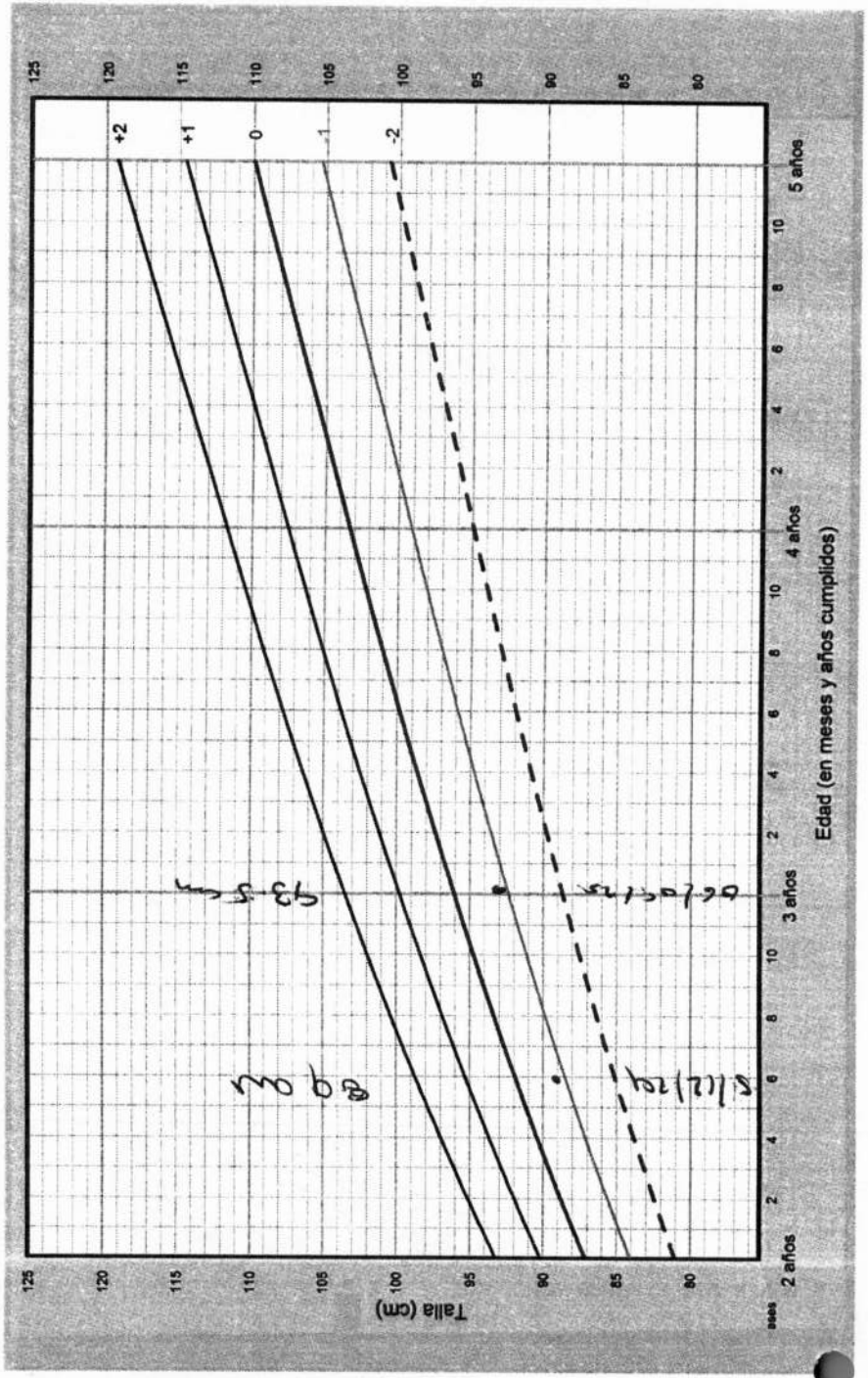
Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)



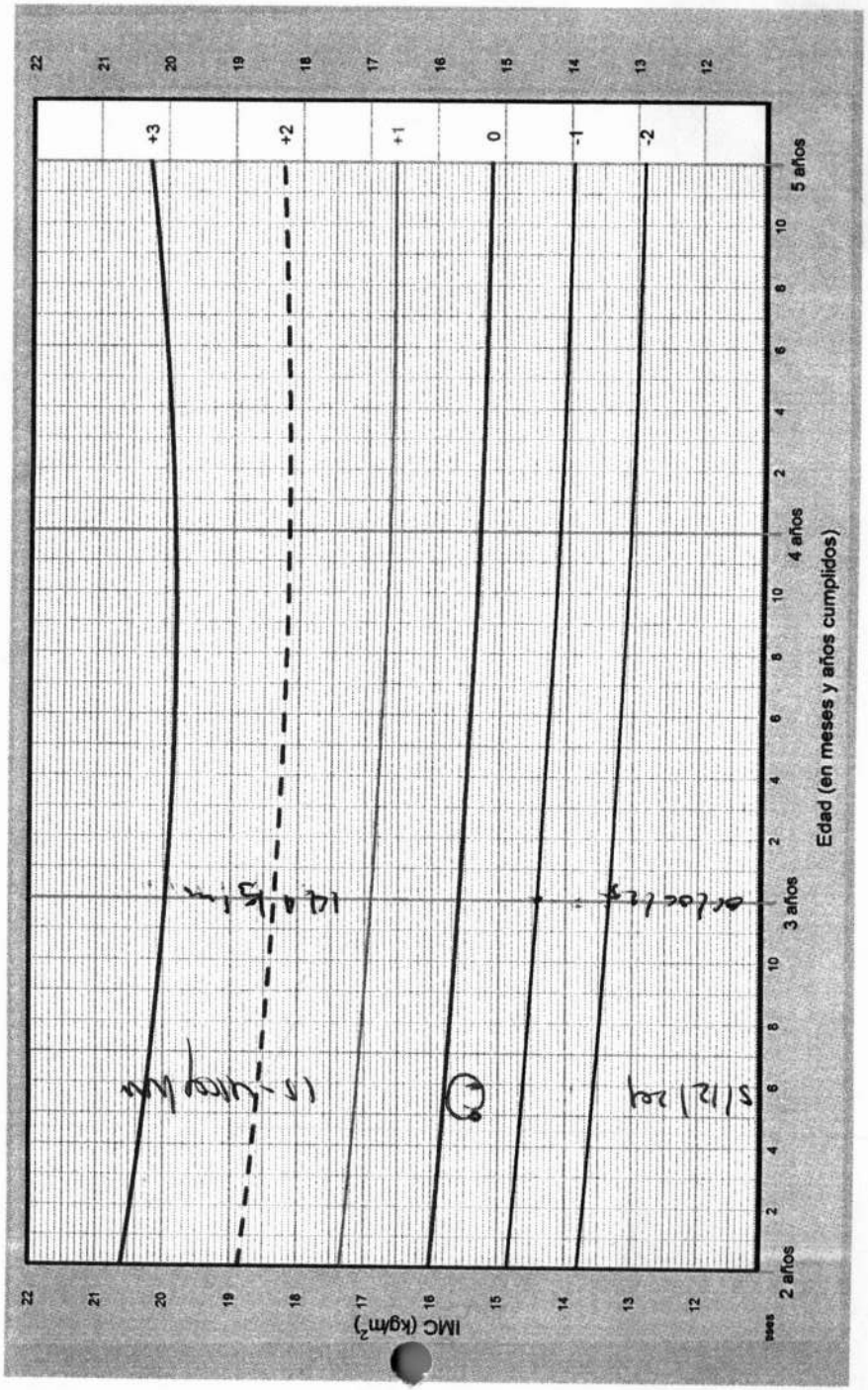
Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5años)

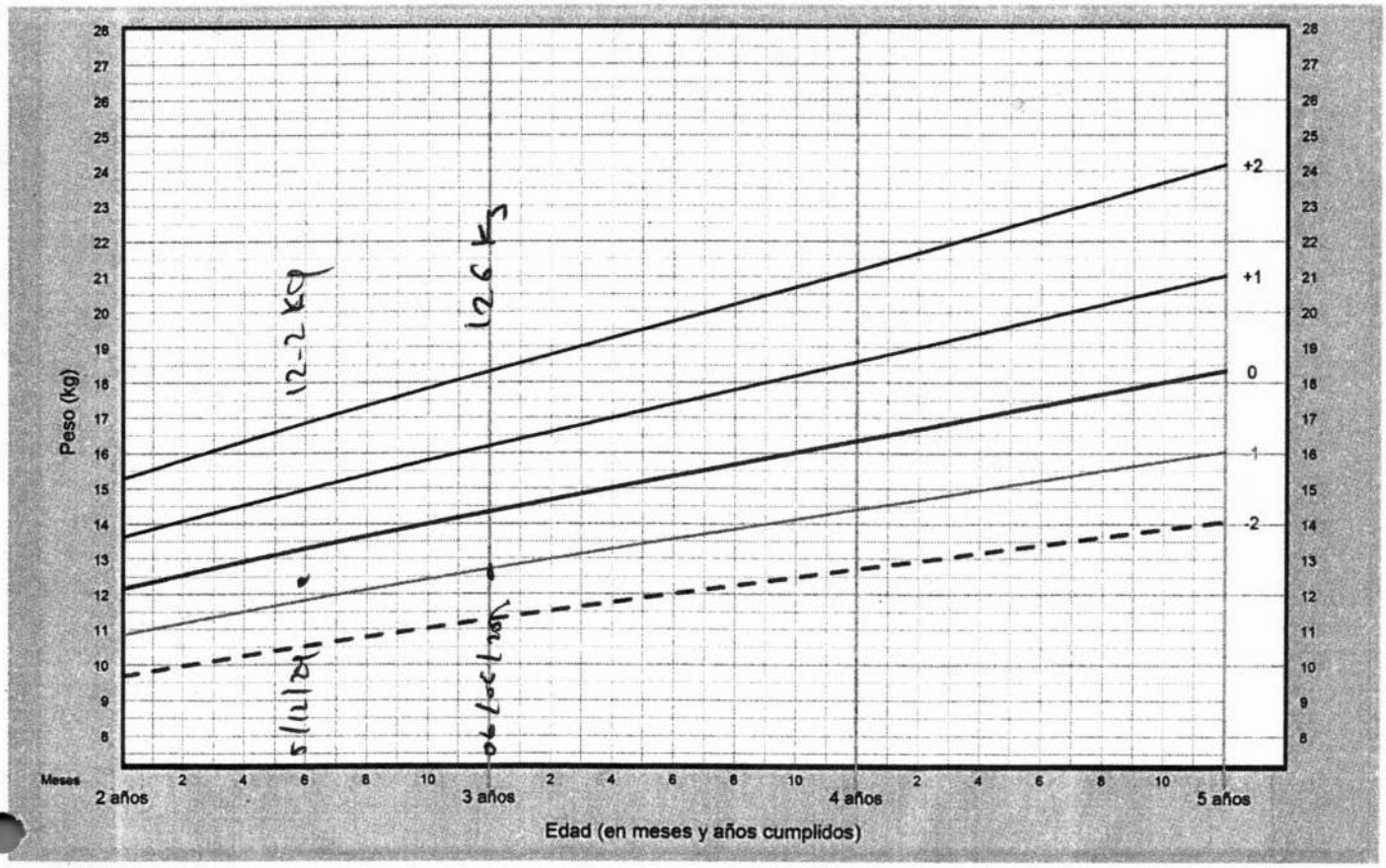


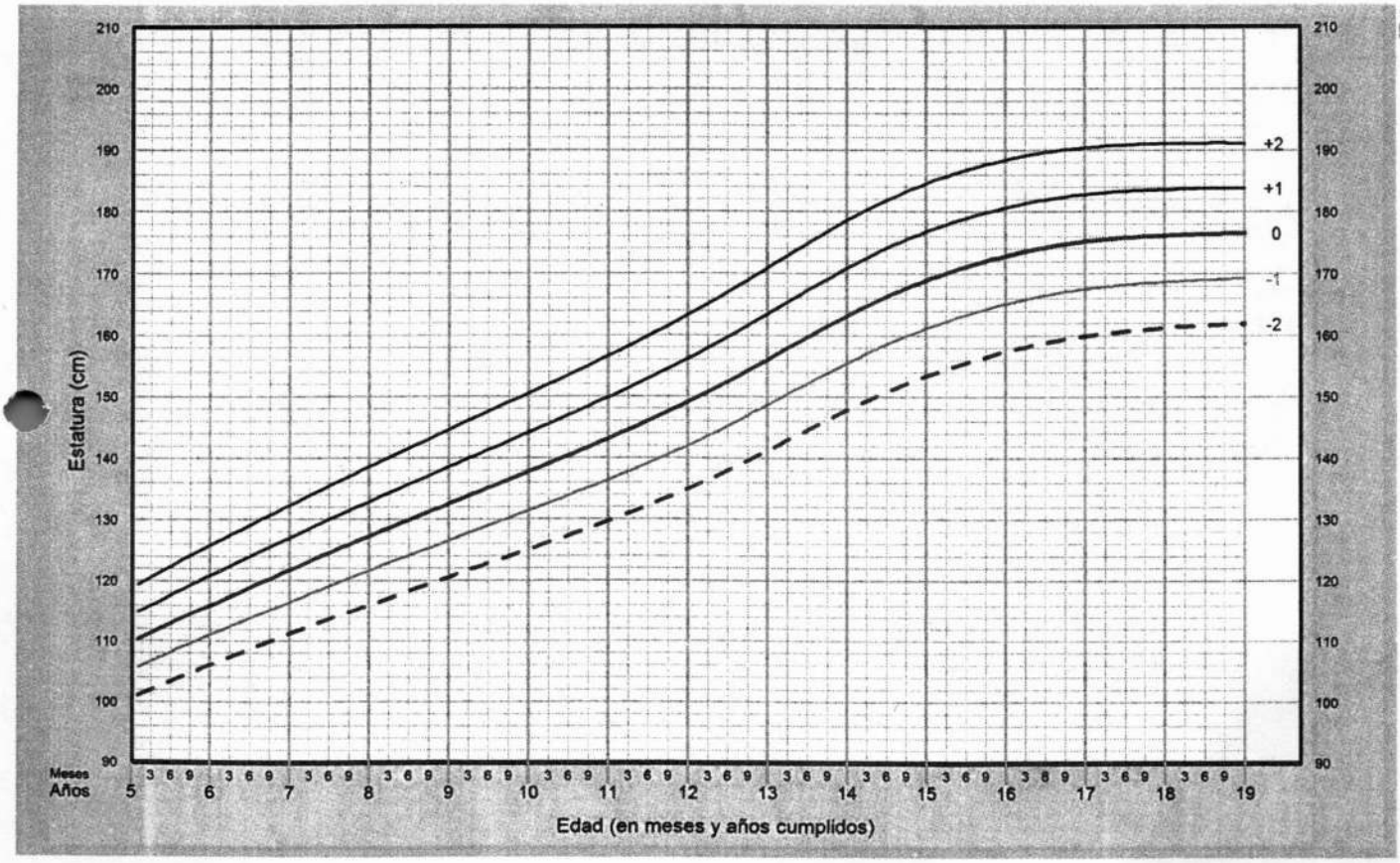
IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



13


Peso para la Edad Niños
Puntuación Z (2 a 5 años)
Peso (kg)
Meses
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)
+2
+1
0
-1
-2
12-2 kg
12.5 kg


Talla para la Edad Niños
Puntuación Z (5 a 17 años)
Estatura (cm)
Meses
Años
Edad (en meses y años cumplidos)
+2
+1
0
-1
-2

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

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO								
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			

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

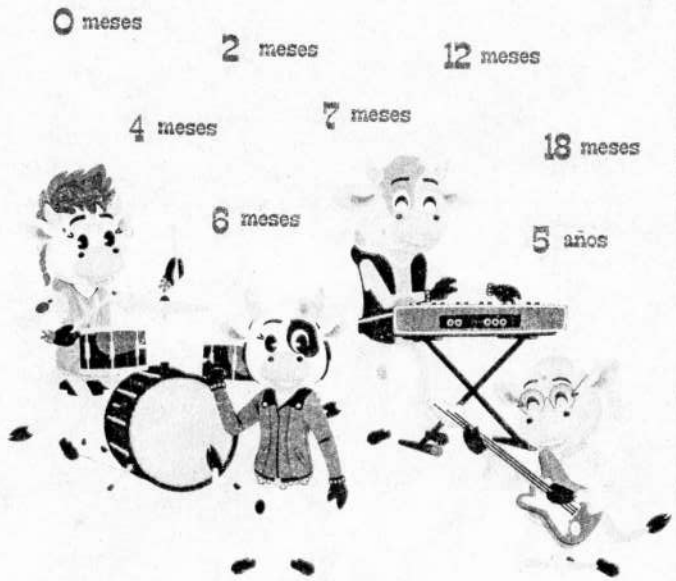
3 años					
4 años					
5 años					

*Menor o igual a 20 normal

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

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

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)

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Grefa Siquigua JUAN S.
Fecha de nacimiento: 02/06/2022
Nº de certificado de nacido vivo:
Registro civil: 1.126.461.067
Sexo: MASCULINO
Grupo sanguíneo: O+
Peso al nacer: 2800 Talla: 51.39.5cm
Dirección: B/ NUEVA ESPERANZA.
Teléfono 1: 3175314970
Teléfono 2:
Responsable: LIGIA SHIRLEY GREFA.
Municipio de residencia: V/G.
Departamento: PUTUMAYO

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Nombres y Apellidos: Ivan Santiago Grafa Siquigua. Tipo identificación: RC No. ID: 1126461067.

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 Si ☐ No ☐									
	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	02	06	2022	SERUM	03 70 MA09B					JAURA SEGURA
	Hepatitis B	Recién nacido	02	06	2022	SERUM	0392 0X017D					
2 meses			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
	Poliomielitis (VIP)	1.ª	02	08	2022	Biological	21430C6.	ESE HSCJ	02	08	22	JANETH PINCON
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	02	08	2022	Serum	285 7X 007D.	ESE HSCJ				
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª	02	08	2022	Serum	285 7X 007D.	ESE HSCJ				
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	1.ª	02	08	2022	Serum						
	Diarrea por rotavirus	1.ª	02	08	2022	GSK	AR01D041AD.	ESE HSCJ				
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	02	08	2022	Pfizer	FR4897.	ESE HSCJ.				
4 meses			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
	Poliomielitis (VIP)	2.ª	03	10	2022	BIOTOSCANA	21400 3		02	OCT	2022	Segura Ramos C.C. 26.637.173 AUXILIAR DE ENFERMERÍA
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	03	10	2022	SERUM	285 1 40224					
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª	03	10	2022	SERUM	285 1 40224					
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	2.ª	03	10	2022	SERUM	285 1 40224					
	Diarrea por rotavirus	2.ª	03	10	2022	GSK	AR01B045A					
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	03	10	2022	PFIZER-FR4897.						
6 meses			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
	Poliomielitis (VIP)	3.ª	06	Dic	2022	Biological	21401 4		03	12	2022	Solandy E
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	06	Dic	2022	Serum	285 1 40228					Solandy E
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª	06	Dic	2022	Serum	285 1 40228					Solandy E
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	3.ª	06	Dic	2022	Serum	285 1 40228					Karol Bravo B.
	Influenza estacional	1.ª	06	Junio	2023	BioPharma	U3052300 9		06 Julio 2023			Diego E. Bravo B.
7 meses	Influenza estacional	2.ª	11	Julio	2023	GC	U3052300 2					Diego E. Bravo B.
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	13	Junio 23		Serum	01 J1 N07 1 A	ESE HSCJ				
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	13	Junio 2023		Pfizer	FR4895	ESE HSCJ				
12 meses	Varicela	2.ª	13	Junio 23		MSD	W03165 7	ESE HSCJ	12 Junio 2024			Diego Bravo
	Hepatitis A	Única	13	Junio 23		MSD	W00514	ESE HSCJ	Mayo 2024			Eduar
	Influenza estacional	Anual	28	03	2024	Butantan	240097900	ESE HSCJ				Mayo Hern
	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.er refuerzo	05	Dic	23	Biological	22340071	ESE HSCJ				Mayo Hern
18 meses	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.er refuerzo	05	Dic	23	Serum	285140320	ESE HSCJ				Diego Bravo
	Fiebre amarilla	Única	13	Junio	23	Biomanguinhos	21J1VFC0272	ESE HSCJ				
	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo							02/06 2027			
5 años	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª	05	Dic	2023	Serum	01 32 N04 B13	ESE HSCJ				Mayo Hern
	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	Covid-19	1	firmo			disentimiento	14-05-2023					
	Covid-19	2										
	SR	RF	04	03	24	Serum	0722419	ESE HSCJ				Patel 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.

16
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 dorada FECHA: DÍA 23 MES 04 AÑO 25 HORA:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Ivan santiago APELLIDOS Greta siguigua

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ NÚMERO: 1126461067

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 02 MES: 06 AÑO: 2022 / EDAD: 2 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE 115 malkumas

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

La vacunación contra el SARS- CoV-2/COVID-19 reducirá la posibilidad de presentar la enfermedad. En esta etapa de la emergencia, en la cual se inicia la aplicación de esta vacuna, se han reconocido beneficios y riesgos, que es importante que usted conozca antes de dar el consentimiento para su aplicación.

Esta vacuna tiene aprobación de uso de emergencia y surtió los pasos para la validación científica y sanitaria que permite su aplicación segura en humanos.

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

¿CÓMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides). 3147467670
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar No accede ala vacuna Esquema que tiene esta vacuna: Dos dosis ☐ ó dosis única ☐
BENEFICIOS	Prevención de la enfermedad COVID-19, causada por el virus SARS-CoV-2. Reducción de la severidad de la enfermedad en caso de presentarse. Potencial protección del entorno familiar y los allegados.
RIESGOS	Presentación de efectos adversos a corto y mediano plazo posterior a su aplicación como: dolor en el sitio de inyección, dolor de cabeza (cefalea, articulaciones (artralgia), muscular (mialgia); fatiga (cansancio); resfriado; fiebre (pirexias); enrojecimiento e inflamación leve en el lugar de la inyección; inflamación de los ganglios (linfadenopatía); malestar general; sensación de adormecimiento en las extremidades, reacciones alérgicas leves, moderadas o severas. Estos no se presentan en todas las personas.
ALTERNATIVAS	A la fecha no se ha identificado otra medida farmacológica más eficaz que la vacunación para la prevención de la COVID-19.

EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD

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

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

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

Firma de la persona: IVAN IRENE MELO

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

Nombres _____ Apellidos _____

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

Firma: _____

En caso de requerirse firma a ruego:

En virtud de que la persona a vacunar _____, identificado(a) con C.C. ☐ C.E. ☐

OTRO ☐ Número _____ de _____ no sabe o no puede firmar, a su ruego firma el(la) señor(a)

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

de _____

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

Nombres y apellidos del vacunador: Eduard LB

Firma Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1004768437

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HRO

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.

CONTROL DE CITAS

Este carné es un documento de identificación como usuario de los servicios del Hospital; tratelo con cuidado y no lo pierda pues su duplicado tiene un valor de $2.000

Debe ser puntual en el cumplimiento de su cita de Higiene Oral. Si no se presenta en la hora fijada perderá su turno y tendrá que sacar una nueva cita.

De la asistencia a su cita depende del éxito del tratamiento.

Si por atender a un usuario de cuidado urgente, usted sufre alguna demora en ser atendido, rogamos nos excuse.

Calidad y oportunidad en los servicios

E.S.E.
Hospital
Sagrado Corazón de Jesús

HIGIENE ORAL



NOMBRES Y APELLIDOS
Ivan Santiago Grepa S

IDENTIFICACIÓN	N°. HISTORIA CLÍNICA
1126461067	105

DOMICILIO
M/ Dorada

¡Una buena higiene oral para una salud total!

CP	F	S	D	PRÓXIMA CITA	PRÓXIMA CITA
✓	✓			30-06-2023	5-01-2024
✓	✓			16 febrero 2024	16 Agosto 2024
✓	✓			04 Sept 2024	05 marzo 2025
✓	✓			06 marzo 2025	06 Sept 2025
✓	✓			12-sept-2025	12-Marzo-2026

~~Adriana Chave~~
Higienista Oral
41108966

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 Ivan Santiago Greta Siguqua., identificado (a) con documento de identidad número 1.126.461.067 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, Ligia Shirley Greta Siguqua, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1006.789.368 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: Shirley Greta
Nombre: Shirley Greta.
Calidad - Titular: ____ Representante legal: ____
Teléfono de contacto: 3229551401
Fecha: 1-04-2025
Municipio: San Miguel.

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

- Shirley Cueta.
Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Andrea Montenegro
Agente educativa

Ivan
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 11419-2	Pago oportuno hasta:	07/05/2025	Mes Facturado
Factura Nro	2037112053	Suspensión a partir de:	08/05/2025	ABRIL 2025

1.Información Genera

Nombre:	BLANCA YENI BURBANO GOMEZ	Último pago	$ 41,160
Dirección:	BR METROPOLITANO	Tuve servicio de energía entre:	20-MAR-2025 - 17-ABR-2025 (28)

Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Área	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Código Tarifa	División Geopolítica
SM1	S104	153	1	RESIDENCIAL	URBANA	1	.6	AEREA	EMPRESA	105	SAN MIGUEL - METROPOLITANO

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	25/04/25	25-APR-25	PAGO EN EFECTIVO	CONTADO	EEBP - 221576 0

2.Información Consumo Energía

Componentes de Costo (CU)*	Generación	+ Transmisión	+ Distribución	+ Comercialización	+ Pérdidas	+ Restricción	= CU	
	554.71	56.28	265.83	128.18	77.36	23.14	1105.5	($/KwH)

2A.Información Medidor

Marca	Serial	Factor Múltiplo
APP	4604850762	1

2B.Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	4212	4110
Reactiva:		

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

2C.Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	102	
Consumo Reactiva KVarh:	0	
Costo del consumo $	112760.99	
Tarifa (hasta 173 Kwh):	442.2	
Subsidio: % 60	$	-67656.59
Contribución: % 0	$	0
Sub Total $	45104.4	

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

2D.Consumo Últimos 6 Meses

	Mes	Activa	Reactiva
2024	OCTUBRE	75	0
2024	NOVIEMBRE	87	0
2024	DICIEMBRE	77	0
2025	ENERO	104	0
2025	FEBRERO	86	0
2025	MARZO	82	0
	PROMEDIO	85	0

2E.Información Calidad del Servicio

Tel. O.R EEBP: 01 8000 942415
Transformador: SLD115 Grupo: 22
DIUG: 30.24 FIUG: 19 Circuito: C14
Cargo D: 253.2346 Dscto %t:20
CEC: 83.14
DIU: 90.93 FIU: 103
HC: 12.39 VC: 10
Valor a Compensar: 8422.01

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	112,760.99	.00	.00	112,760.99
SUBSIDIO	-67,656.59	.00	.00	-67,656.59
AJUSTE A SUBSIDIO	2,771.90	.00	.00	2,771.90
COMPENSACION RES.CREG_015/2018	-8,422.01	.00	.00	-8,422.01
AJUSTE A LA DECENA	-3.29	.00	.00	-3.29

5.Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP 39,451

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	5,959	0	5,959

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*				6,000	0			0		6,000

*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
39,451	5,959	6,000	0	$ 51,410

IFE: a856166010b5fec15e65ffb0d7d7a34f49066ef4007150d62c3be56290ec798e2699b26a53f5119fb77e8cacb6dab77d

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

(415)7709998005532(8020)10002037112053 22(3900)0000051410(96)20250521

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS
NIT. 846000471-5
BARRIO LA PARKER VIA AL ROSAL (Tel:4287089)

ESE Hospital Sagrado Corazón de Jesús

Evolucion
202504270150 - 1

SIH/0.01/2010-01-01

Nombre del Usuario: IVAN SANTIAGO GRELA SIQUIGUA
Numero de cedula: RC 1126461057
Género: Masculino
Edad: 34 Meses
Dirección: LA DORADA BARRIO SAN FELIPE
Teléfono: 3223493722
Celular: 3223493718

Tipo Usuario: Sub Even I Nive
Admin: MALLAMAS EPS INDIGENA
Cont: (03) EVENTO I
Codigo Institución: 868650001001

• Evoluciones

Evolución N°. 1
Fecha y Hora: **28/04/2025 10:14:42**

Profesional: Cristian Esteban Laos Delgado (medicina .)CC 1085320235

Subjetivo:

*** EVOLUCION MEDICA *** *- PASO DE REVISTA 07+00 HORAS *- MEDICO DE TURNO: CRISTIAN ESTEBAN LAOS DELGADO | PACIENTE MASCULINO DE 2 AÑOS DE EDAD QUIEN SE ENCUENTRA EN SU DIA I DE ESTANCIA HOSPITALARIA CON DIAGNOSTICOS DE: | *- NEUMONIA LOBAR I/QUIERDA *- CARACTERISTICA TIFICA *- RIESGO DE DESNUTRICION AGUDA PESO -TALLA: -1.42 *- PESO ADECUADO PARA LA EDAD - PESO - EDAD -0.10 *- TALLA ADECUADA PARA LA EDAD - TALLA - EDAD: 0.46 *- RINOFARINGITIS VIRAL SECUNDARIA | *- SUBJETIVO: | PACIENTE EN EL MOMENTO EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES. CON ACOMPAÑANTE. CLINICAMENTE ESTABLE Y CON MODULACION DE DOLOR. SIN SINDROME FEBRIL. CON EVOLUCION CLINICA SATISFACTORIA. ACTIVO Y REACTIVO. AUN CON PRESENCIA DE TOS CON UGERA ESPECTORACION Y RINORREA HIALINA. ADECUADA TOLERANCIA DE LA VIA ORAL Y SIN SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA. DIURESIS Y DEPOSICIONES PRESENTES Y CON NORMALIDAD DE LAS MISMAS | *- EXAMEN FISICO | CABEZA: NORMOCEFALO. NO SE EVIDENCIAN LESIONES. SIGNOS DE ALOPECIA O HUNDIMIENTOS | EXAMEN OCULAR: OFTALMOSCOPIA Y AGUDEZA VISUAL. KEITH WAGENER BARKER GRADO 0. NO SE DETECTA SIGNOS POSITIVOS | EXAMEN DE CAVIDAD ORAL: MUCOSA HORAL HIDRATADA. MUCOSA YUGAL NO ANEMICA. ADECUADA MASTICACION. DEGLUCION. HABLA Y FONACION. FUNCIONES DE ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR. VOZ Y DESEMPEÑO COMUNICATIVO | NARIZ CENTRADA CON FOSAS NASALES CON IMPORTANTE RINORREA HIALINA | EXAMEN DE CUELLO: SIMETRICO. MOVIL NO DOLOROSO A LA ROTACION EN ANGULO DE 45°, TIROIDES SIN ALTERACIONES Y NO PALPABLE. MANIOBRA DE QUERVAIN NEGATIVA. NO ADENOPATIAS | EXPLORACION CARDIACA: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS. NO TRHILL NI R3. | EXAMEN PULMONAR: TORAX NORMOLINEO SIMETRICO NORMOEXPOANSIBLE. CON PATRON RESPIRATORIO TORACOABDOMINAL NO DEFORMIDADES DE REJA COSTAL. NO TIRAJE INTERCOSTAL. NO DOLOR A PALPACION DE REJA COSTAL. PULMONES BIEN VENTILADOS CON MURMULLO VESICULAR CONSERVADO EN CAMPOS PULMONARES. NO SOBREAGREGADOS NI MOVILIZACION DE SECRESIONES. NO SILENCIO PULMONAR | ABDOMEN: PLANO SIN PRESENCIA DE LESIONES. CICATRICES O SIGNOS DE TRAUMATISMOS. RUIDOS HIDROAEREOS POSITIVOS EN MARCO COLICO. ABDOMEN BLANDO Y DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN SUPERFICIAL Y PROFUNDA. NO PRESENCIA DE VISCEROMEGALIAS. NO SIGNOS DE HEPATOESPLENOMEGALIA. MANIOBRA DE GULLON DE FOSAS RENALES NEGATIVO. SIGNOS DE MC BURNEY. ROVSING. BLUMBERG NEGATIVOS. PUNTO VESICULAR DE MURPHY NEGATIVO. NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL. NO MASAS EN REGIÓN INGUINAL. NO HERNIAS

Objetivo

EXAMEN DE EXTREMIDADES: SIMETRICAS NO EDEMA. FUERZA. SENSIBILIDAD Y PERFUSION DISTAL CONSERVADA. REFLEJOS SIN ALTERACIONES. NO VENAS VARICOSAS O ARAÑAS VASCULARES. HOMANS. DENECK PAIR Y OLLOW NEGATIVOS. COLUMNA VERTEBRAL ALINEADA NO DEFORMIDADES. NO DOLOR NI LIMITACION A FLEXOEXTENSION DE TRONCO | EXPLORACION NEUROLOGICA: CONSIENTE ORIENTADO. INDEMNE NEUROLÓGICAMENTE. NO ALTERACIONES EN EQUILIBRIO. COORDINACION. O MARCHA. NO TEMBLOR. PACIENTE INDEPENDEDIENTE. | EXPLOR. DE PIEL: NO LESIONES DE PIEL. MUCOSAS HUMEDAS. PIEL HIDRATADA. NO ULCERAS. MO MACHAS. NO EQUIMOSIS. NO PETEQUIAS. NO EDEMAS. NO QUERATOSIS

Peso: 13.00 Kg Talla: 97.0 Cm MC: 13.82 Kg/m^2 FC: 149 Min FR: 25 Min Temperat: 36.60 °C PA: 115/84 FetoCard: Saturaci: 98.00 %

Controles Especiales:
Signos Vitales: _ Liquidos _ Revisado _

Diagnosticos
Principal: J22X INFECCION AGUDA NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES
Rel 1: J00X RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)

Análisis:

PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS. EN CONTEXTO MEDICO DE 3 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN SINDROME FEBRIL MEDIADO POR CONGESTION NASAL. RINORREA HIALINA. TOS DE CARACTERISTICA PRODUCTIVA SINTOMAS QUE SE EXACERVARON RAZON POR LO QUE ACUDE AL SERVICIO. REINTERROGANDO A MADRE DE PACIENTE REFIERE HABERSE ENCONTRADO MENOR EN CONTACTO ESTECHO CON COMPAÑEROS DE GUARDERIA CON SINTOMAS RESPIRATORIOS. SE INGRESO Y TOMO PARACLINICOS EN DONDE SE EVIDENCIA HEMOGRAMA CON PRESENCIA DE LEUCOCITOSIS Y NEUTROFILIA CON HB 11 - HTC 35 - LEU 12190 - NEU 80 - LINF 14 - PLT 259.000, PCR 24. RADIOGRAFIA DE TORAX DE CON REPORTE NORMAL PERO CON UGERO REFORZAMIENTO PARAHILIAR RAZON POR LO QUE ENCONTEXTO CLINICO DE NEUMONIA SE TRASLADO AL SERVICIO. EN EL MOMENTO CON COBERTURA ANTIMICROBIANA CON BUENA RESPUESTA CLINICA. SE CONSIDERA CONTINUAR CON TRATAMIENTO MEDICO. MICRONEBULIZACIONES Y VIGILANCIA MEDICA. *** ORDEN MEDICA ****- HOSPITALIZACION EN SALA IRA PEDIATRICA*- POSICION SEMIFOWLER*- DIETA ACORDE A SU EDAD*- AMPICILINA AMPOLLA DE 1 GR. ADMINISTRAR 650 MG VIA INTRAVENOSA CADA 6 HORAS IDIA 1 - FI 27/04/2025 - 22+00 HRS]*- ACETAMINOFEN SUSPENSION ORAL DE 150 MG/5 ML. ADMINISTRAR 6.5 ML VIA ORAL CADA 6 HORAS *** SI FEBRE ****. CATETER HEPARINIZADO*- PROTOCOLO DE PACIENTE*- ACOMPANANTE PERMANENTE POR MENOR DE EDAD *- CONTROL ESTRICTO DE SIGNOS VITALES*- INFORMAR CAMBIOS-> ORDEN MEDICA:*- SE SOLICITA: MICRONEBULIZACIONES CON 3 ML DE SSN 0.9% + 1 ML DE NATROL CADA 8 HORAS -> PENDIENTE:*- EVOLUCION CLINICA

Plan de Manejo :

Elaboró:

Impreso por:

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

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

NOMBRE DE LA UDS: Parvulos 2

NOMBRES Y APELLIDOS	PESO	TALLA	PERIMETRO BRAQUIAL	CLASIFICACION NUTRICIONAL	FECHA	REMITIDO SI/NO	OBSERVACIONES	FIRMA DEL RESPONSABLE
Juan Santiago Greta Siguigua	12.4	93	14.5	Riesgo de desnutrición Aguda	13/05 2025	SI		Shirley Greta
Juan Santiago Greta Siguigua	12.3	94	14.4	Riesgo de desnutrición Aguda	18/06 2025	SI		Shirley Greta
Ivan Santiago Greta Siguigua	13	96	15.7	Riesgo de desnutrición Aguda	15/10/25	SI		~~Dafa~~ Va Daniela vera
Ivan Santiago Greta Siguigua	13.5	96.5	15.7	Peso adecuado para la talla	29/10/25			~~Dafa~~ Va

FIRMA DEL PROFESIONAL RESPONSABLE: _____

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

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre 25 RIV

Ciudad San Miguel la Dorada

Nombre completo de la niña o niño Ivan Santiago Grefa Siguigua

Fecha de nacimiento 23 06 2022 **N° Documento de Identidad** 1.126.461.067

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Andrea Montenegro

Fecha de registro cualitativo Día 7 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

Se interesa por los juegos libres, Se observa participativo y con disposicion para interactuar con sus compañeros, es impatante Seguir fatalecienda la comunicacion Verbal. para ampliar su expresion

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 7 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

Ivan Presenta Un desarrollo esperada para su edad. muestra independencia en algunas rutinas, y comprende normas basicas con acompañamiento, demuestra avance en su comunicacion Verbal.

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 litativa ⇨	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

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Ivan Grefa **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvlo 2 **AGENTE EDUCATIVO:** Andrea Mantiegio

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)
24-Noviembre-2025	el niño no asiste a la Unidad de atencion Parvlo 2.	la agente educativa realiza llamada telefonica para conocer el motivo de la inasistencia del niño, el cual la madre de familia informa que el niño no asistió debido a que se encuentran en la ciudad de Pasto, donde actualmente la madre del niño se encuentra hospitalizada en el hospital Universitario departamental de Nariño. Por tal motivo, Solicita Permiso por cuatro dias. del 24 al 27 de Noviembre - 2025. Asi mismo, la madre envia por via whatsapp una foto del Permiso por escrito y Se anexa a la novedad	Andrea Mantiegio	- Shirley Grefa.

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
25/11/25	Agente educativa realiza llamada telefonica a la madre de familia Para conocer el estado de Salud, el cual la madre de familia refiere que Se encuentra bien gracias a Dios y envia foto del niño. Por via whatsapp
26/11/25	Agente educativa realiza llamada telefonica a la madre de familia Para conocer el estado de Salud, el cual la madre refiere que el niño Se encuentra bien, activo y feliz con los abuelos, ademas informa que el dia de hoy al mediodia Viajan Si Dios la Permite.
27/11/25	el niño asiste a la Unidad de atencion Parvlo 2, aperentemente bien de Salud, Se Procede a Cerrar novedad.

-Shirley Grefa.

La Dorada 24 de Noviembre 2025

Seño @: Andrea Montenegro
Profesora Parvulos 2

Asunto: Solicitud de permiso

Cadial Saludo

Por medio de la presente me dirijo a usted de la manera mas respetuosa para conseguir el permiso a mi hijo Ivan Santiago Cieza Siguigua con numero de RC: 1.126.461.067 por los dias 24, 25, 26, 27 de Noviembre 2025 por motivo como madre de familia me encontaba hospitalizada en el hospital universitario ~~Departamental~~ de Nariño, el cual tuve que tratarlo junto conmigo ya que yo soy la unica responsable de mi hijo. Quedo bajo cuidado de los abuelos en Samaniego el viaje salio para el miercoles 26 de Noviembre que estariamos llegando el 27 de Noviembre y mi hijo ya asistiria el viernes 28 de noviembre al CDI.

De ante mano agradezco su Atencion

Att: Shirley Cieza Siguigua.
Madre de familia.

3c
EIC

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Ivan grefa **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulos 2 **AGENTE EDUCATIVO:** _____

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

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
3 - Septiembre - 2025	Agente educativa evidencia en la Carpeta del niño tiene el Proximo higiene Oral Para el 6 de Septiembre 2025.	Agente educativa dialoga con la madre de familia dandole a conocer que el niño tiene el Proximo higiene Oral Para el 6 de Septiembre 2025. Se repomienda acercarse al hospital Para Sacar la cita! Madre de familia informa que las citas Se Sacan los martes y jueves y la doctora le dijo que ademas tiene desactualizado tiene que el niño tiene que Pasar Primero Por odontologia y luego higiene Oral	Angela Tenganá	-Shirley Grefa

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
8/09/25	Siendo 8 de Septiembre, Madre de familia informa que la doctora manifiesta que durante esta Semana no hay citas.
08/09/25	Se realizan dos intentos de comunicación con la madre del menor, sin embargo las llamadas no fueron contestadas. Por tal motivo se realizara un segundo intento en el transcurso del dia. Ademas se dejó un mensaje por whatsapp. - Shirley Oreta Siendo las 9:37 am se logra comunicación con la madre, quien informa que la cita la sacará el dia martes 9 de septiembre esperando a que habiliten agenda.
9/09/25	Madre de familia manifiesta que le dieron la ata de odontologia para el 12 de Septiembre a las 8:00 pm en la hormiga
12/09/25	Siendo las 2:00 pm madre de familia recoge al niño para llevarlo a la cita - Shirley Oreta
15/09/25	el dia de hoy lunes, madre de familia presenta las copias actualizadas Por lo tanto se anexa a la Carpeta y se procede a Cerrar novedad

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Juan Santiago Cueta **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parwlos 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)
28- Julio - 2025	en el dia de hoy el niño no asistio a la Unidad de atencion Parwlos 2	Agente educativa Se comunica Con la madre de familia mediante llamada telefonica Para conocer el motivo de la inasistencia el Cual informa que el niño amanecio Con gripa y Para que no se empeore la la a hatar en Casa Se recomienda a la madre de familia, en caso de que los Sintomas Persistan o Presente fiebre, es fundamental acudir al medico.	Andrea Montenegro Agente educativa	Shirley Cueta

Fundación Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO

Siendo hoy 29 de julio del 2025, el niño asist a la Unidad de atencion Bayitas ? en buenas condiciones de Salud Por lo tanto Se Procede a Cerrar la novedad

-Shirley Gaeta

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