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: 1.122.344.020

Fecha nacimiento: 22 | 05 | 2022

Nombres: Anthony Santiago

Apellidos: Acosta Diaz

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: 7 de agosto

Vereda:

Sector:

Dirección: Carrera 7A Por las oficinas de Coolras Dorada tercer Piso Casa blanca

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: 1.123.203.371

Nombres: Diana Nataly

Apellidos: Diaz Vallejo

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 26 | 11 | 2004

Correo electrónico: Dana.diaz8073@icloud.com

Número de celular: 3104214972

Número de fijo:

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

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

Nombre y Firma del padre, madre y/o cuidador: Diana Diaz

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: Anthony Santiago Acosta Diaz

N° DOCUMENTO: 1.122344.020 **TIPO DOCUMENTO:** RC X CC ___ OTRO ___

FECHA DE NACIMIENTO: 22-05-2022 **EDAD:** 2.A 9.M

LUGAR DE NACIMIENTO: Valle del Guamuez

NOMBRE DE LA UDS: CDI fronteras de Paz.
CODIGO UDS: 867571126972 **BARRIO/VEREDA:** B/ 7 de Agosto
FECHA DE INGRESO: 1-04-2025 **FECHA DE RETIRO:** ___

SISBEN: B.1 **EPS:** ___ **RÉGIMEN (C)**__ **(S)**__

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: Diana Nataly Diaz Vallejo
N° CÉDULA: 1.123.203.371 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Miguel (La Dorada).
NOMBRE DEL PADRE: John James Acosta Riascos
N° CÉDULA: 1.061.751.735 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Popayan
N° DE CELULAR: 3104214972
NOMBRE DEL ACUDIENTE: Diana Nataly Diaz Vallejo
N° CÉDULA: 1.123.203.371 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Miguel (La Dorada)
DIRECCIÓN VIVIENDA: B/ 7 de Agosto **ZONA POBLACIONAL: (R)**__ **(U)** X
NUMERO DE CELULAR 3104214972

Diana Diaz
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 1573683

NUIP 1.122.344.020

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos

ACOSTA DIAZ ANTHONY SANTIAGO

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)			Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año 2022	Mes MAY	Día 22	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 24	0061322555

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos

DIAZ VALLEJO DIANA NATALY

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
TARJETA DE IDENTIDAD 1.123.203.371	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos

ACOSTA RIASCOS JOHN JAMES

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.061.751.735	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos

ACOSTA RIASCOS JOHN JAMES

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 1.061.751.735

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 JUN Día 24

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
30519028-6

Nombre y firma del funcionario

ROY EDISON CALLE QUIRAMA

Registrador del Estado Civil

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.061.751.735**

ACOSTA RIASCOS

APELLIDOS

JOHN JAMES

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-SEP-1992**

SAMANIEGO
(NARIÑO)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

28-SEP-2010 POPAYAN

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

P-1100100-00263168-M-1061751735-20101030 **0024**656600A 1 35226281

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.123.203.371**

DIAZ VALLEJO

APELLIDOS

DIANA NATALY

NOMBRES

Diana Diaz

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **26-NOV-2004**

PUERTO ASIS
(PUTUMAYO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.61 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

29-NOV-2022 SAN MIGUEL(LA DORADA)

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-6401800-01334826-F-1123203371-20221220 0093104993A 2 56475416

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 24/03/2025

Ficha: 86757674952700006416

B1

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: ANTHONY SANTIAGO

Apellidos: ACOSTA DIAZ

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122344020

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 16/08/2023

Última actualización ciudadano: 16/08/2023

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

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	1122344020
NOMBRES	ANTHONY SANTIAGO
APELLIDOS	ACOSTA DIAZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS FAMISANAR S.A.S. -CM	SUBSIDIADO	01/05/2023	31/12/2025	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	12/04/2025 17:41:53	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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

8:10 94%

87377

fortaleciendo los servicios y garantizando la atencion a nuestros afiliados.

viernes • 09:01

NUEVA EPS te informa: el traslado del afiliado RC 1122344020 ha sido aprobado a partir del 2026-01-01 fecha desde la cual nuestra entidad sera la responsable de la prestacion del servicio de salud Para mayor informacion comunicate a la linea gratuita nacional 01 8000 952000

sábado • 10:10

ANTHONY En NUEVA EPS pensamos en tu bienestar, accede de manera GRATUITA a los Programas de Promocion y Prevencion. Consulta en tu IPS asignada.

10:10

Mensaje de texto

La Dorada San Miguel, 03 de junio de 2025

Señores:
FUNDACION ALMA DE VIDA
La Dorada – Putumayo

Me dirijo a ustedes con el objetivo de informarles que mi hijo **ANTHONY SANTIAGO ACOSTA DIAZ** con Registro Civil No 1.122.344.020 actualmente se encuentra afiliado a la EPS Famisanar – Bogotá, sin embargo, por segunda vez hemos realizado la solicitud para el cambio de EPS ante la secretaria de salud municipal de San Miguel.

Solicitamos cambio a la EPS a la cual yo estoy afiliada que es Nueva EPS, espero tener respuesta positiva las primeras semanas del mes de julio.

Diana Diaz
Diana Nataly Diaz

CC. 1.123.203.371

Anthony 10

FORMATO DE AVISO DE AFILIACIÓN TEMPORAL PARA AQUELLOS AFILIADOS QUE CUMPLEN PARCIALMENTE O NO CON LOS REQUISITOS DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN SUBSIDIADO EN SALUD.

La Dirección Local de Salud, en cumplimiento a lo dispuesto en el el numeral 3.12 del Artículo 3 de la Ley 1438 de 2011 ***Libre escogencia: El Sistema General de Seguridad Social en Salud asegurará a los usuarios libertad en la escogencia entre las Entidades Promotoras de Salud y los prestadores de servicios de salud dentro de su red en cualquier momento de tiempo,*** da a conocer que en el municipio de San Miguel Putumayo se encuentran 3 Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB) que ofertan la afiliación al SGSSS y garantizan el acceso a las diferentes Instituciones Primarias en salud (IPS), de primer, segundo, tercer y cuarto nivel, las cuales son:

1. **Mallamas EPS-I,**
2. **Emssanar S.A.S**
3. **Nueva EPS**

Estas EAPB deben garantizar a sus afiliados los servicios incluidos en el pl
an de beneficios en Salud, el cual es el mismo para las 3 EAPB.

Una vez dada a conocer la anterior información, se solicita al usuario que elija la EPS por voluntad propia a la cual quiere afiliarse,

Yo, Anthony Santiago Acosta Diaz identificado(a) con tipo de documento RC número 1122344020 como afiliado o acudiente de:_____ dentificado(a) con tipo de documento_____ número_____ soy consciente de esta afiliación a salud y que en garantía al derecho a la libre escogencia, una vez, me han informado de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB) habilitadas en el municipio a libre elección, he escogido ser afiliado en la EAPB: N. Eps de la cual seré retirado(a) si no cumplo con los requerimientos relacionados en el ítem (C) del decreto 064 de 2020:

(A) Marque con una X	(B) Tipo de novedad	(C) Artículos del decreto 064 de 2020 a cumplir por parte del usuario o acudiente
☐	Afiliación población venezolana con cedula de extranjería, Permiso Especial de Permanencia PEP, salvoconducto o Permiso Temporal de Permanencia PTP.	**Artículo 3** Parágrafo 5. Los migrantes venezolanos afiliados deberán acreditar su permanencia en el país, actualizando la información de su domicilio cada cuatro (4) meses ante la entidad territorial municipal donde se encuentren domiciliados. La entidad territorial deberá reportar esta información en el Sistema de Afiliación Transaccional. Nota: Ante Secretaria de Gobierno de la alcaldía de San Miguel.
☐	Afiliación población no sisbenizada en el municipio de San Miguel	**Artículo 4** Parágrafo 1. En los casos señalados en los numerales 2 y 3 del art. 4, la entidad territorial verificará en un plazo no mayor a cuatro (4) meses, si la persona acredita las condiciones para pertenecer al régimen subsidiado, y en caso que no cumplan, la entidad territorial reportará la novedad de terminación de la inscripción de los padres únicamente, y será efectiva desde el momento de su reporte.
☐	Afiliación de nacimiento con documento nacido vivo	**Artículo 2** El registro civil de nacimiento debe ser aportado a más tardar dentro de los tres (3) meses siguientes al nacimiento. Nota: Pasado los tres meses los padres serán denunciados ante el ICBF.

Conforme a lo anterior, esta sección solo se diligenciará, si una vez revisada la plataforma de SISBEN, se logra evidenciar que el usuario pertenece al ***GRUPO POBLACIONAL "D, POBLACIÓN NO POBRE NI VULNERABLE,*** y de acuerdo a lo referido en el Decreto 616 de 2022, refiere que: *Que en virtud de lo dispuesto en el artículo 236 de la Ley 1955 de 2019, y con el propósito de promover la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud de aquellas personas que no se encuentran vinculadas a este, pero requieren la prestación de servicios de salud, se expidió el Decreto 064 de 2020, por el cual se modificaron algunas disposiciones del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en relación con la afiliación al régimen subsidiado. Que se hace necesario sustituir el Título 5 de la Parte 1 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, "Afiliación al Régimen Subsidiado", con el propósito de incorporar a los mecanismos de afiliación incluidos en ese Decreto por el Decreto 064 de 2020, la contribución solidaria, como modalidad de afiliación al Régimen Subsidiado en salud de la población no pobre o no vulnerable que no puede asumir el valor total de la cotización al Régimen Contributivo. Que, con el propósito de garantizar la continuidad del aseguramiento para la población que pierda las condiciones para permanecer en el Régimen Contributivo se permite que a través de la novedad de movilidad puedan acceder al Régimen Subsidiado a través del mecanismo de contribución solidaria o con subsidio pleno, previa clasificación que arroje la ficha de caracterización socioeconómica.*

Como usuario, acepto que me han dado a conocer lo referido en el decreto 616 de 2022, referido al tema de Contribución Solidaria, por lo tanto, acepto haber leído, entendido y comprendido realizar mi contribución solidaria conforme dicta la norma mensualmente en los siguientes canales de pago:

Para constancia de lo anterior, se firma en la ciudad de la Dorada municipio de San Miguel, Putumayo el día 03 de Junio del 2025.

Diana Diaz

Firma Afiliado/Acudiente

Nombre del afiliado/acudiente: Diana Nathaly Diaz Vallejo

Datos de contacto

Dirección: B 7 de Agosto

Teléfono: 1 3104214972 **Teléfono: 2** _____

Correo electrónico: _____

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...Sanos



E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

Nombres: Anthony Santiago	Apellidos: Acosta Diaz
Fecha de nacimiento: DÍA 22 / MES 05 / AÑO 2022	Historia Clínica: 1122344020
Barrio/Vereda: B/ El Paraiso	Responsable del niño: Diana Diaz
Teléfono: 3138075480	EPS: Mallamas

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
18/09/22	5kg	59cm	38,5		14.3	18/10/22	Dr Juan
17/10/22	8kg	69	41cm		16.8	17/11/22	Dr Juan
17/11/22	8.8kg	71cm	43cm		17.5	12/12/22	Dr Juan
06/02/23	9,3kg	76cm	44cm		16.1	06/04/23	Dr Juan
03/04/23	10kg	76cm	44cm		17.8	06/06/23	Dr Juan
25/07/23	10.5kg	78cm	44,5cm		17.4	25/11/23	Dr Juan
18/10/23	10.9kg	82cm	45cm		16.2	20/02/24	Dr Juan
13/03/24	12.9kg	86	46cm		17.4	23/09/24	Dr Juan
23/09/24	—	—	—		—	—	—
25/03/25	14.2	94	46 cm		16.1	25/09/25	Dr Juan
25/09/25	15.1	98	46 cm		16.5	25/03/26	Dr Juan
25/03/26							

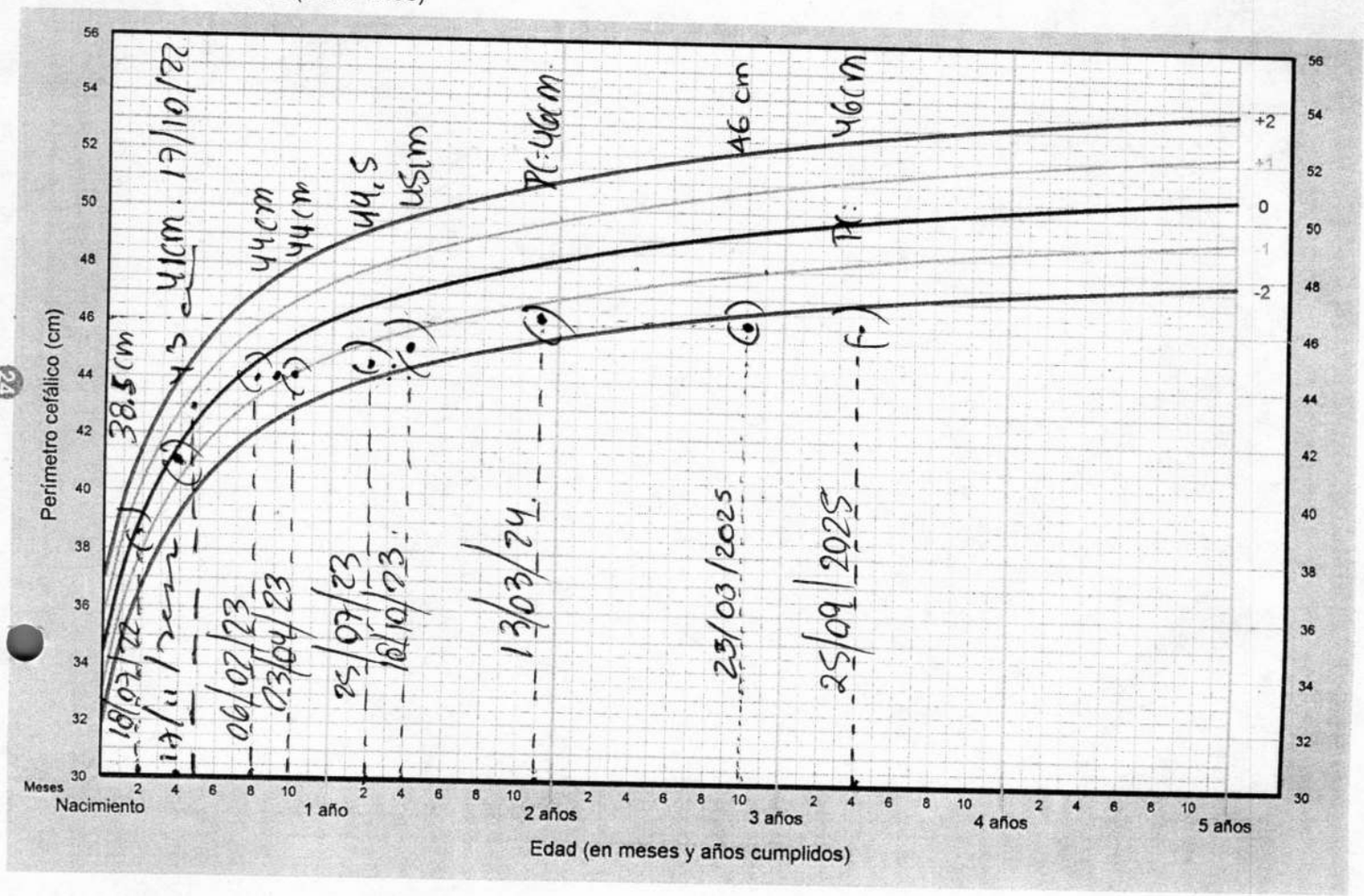
CITAS PROGRAMADOS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
18	10	22.	9am	X	
17	11	22	10am	X	
17	12	22	8am		X.
06	04	23	10am	X	
06	06	23	8am.		X
25	07	23	3pm	X	
25	11	23.	2pm	X	
20	02	24			
23	03	24	2pm	X	
23	09	24.	1pm		X
25	03	25	3PM	X	
25	09	25		X	
25	03	26	8am.		

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
18/09/22	5kg	59cm	38,5		14.3	18/10/22	Dr Juan
17/10/22	8kg	69	41cm		16.8	17/11/22	Dr Juan
17/11/22	8.8kg	71cm	43cm		17.5	A/12/22	Dr Juan
06/04/23	9,3kg	76cm	44cm		16.1	06/04/23	Dr Juan
03/04/23	10kg	76cm	44cm		17.8	06/06/23	Dr Juan
25/07/23	10.5kg	78cm	44,5cm		17.4	25/11/23	Dr Juan
18/10/23	10.9kg	82cm	45cm		16.2	20/02/24	Dr Juan
13/03/24	12.9kg	86	46cm		17.4.	23/09/24	Dr Juan
23/09/24	—	—	—		—	—	—
25/03/25	14.2	94	46 cm		16.1	25/09/25	Dr Juan
25/09/25	15.1	98	46cm		16.5		Dr Juan
25/03/26							

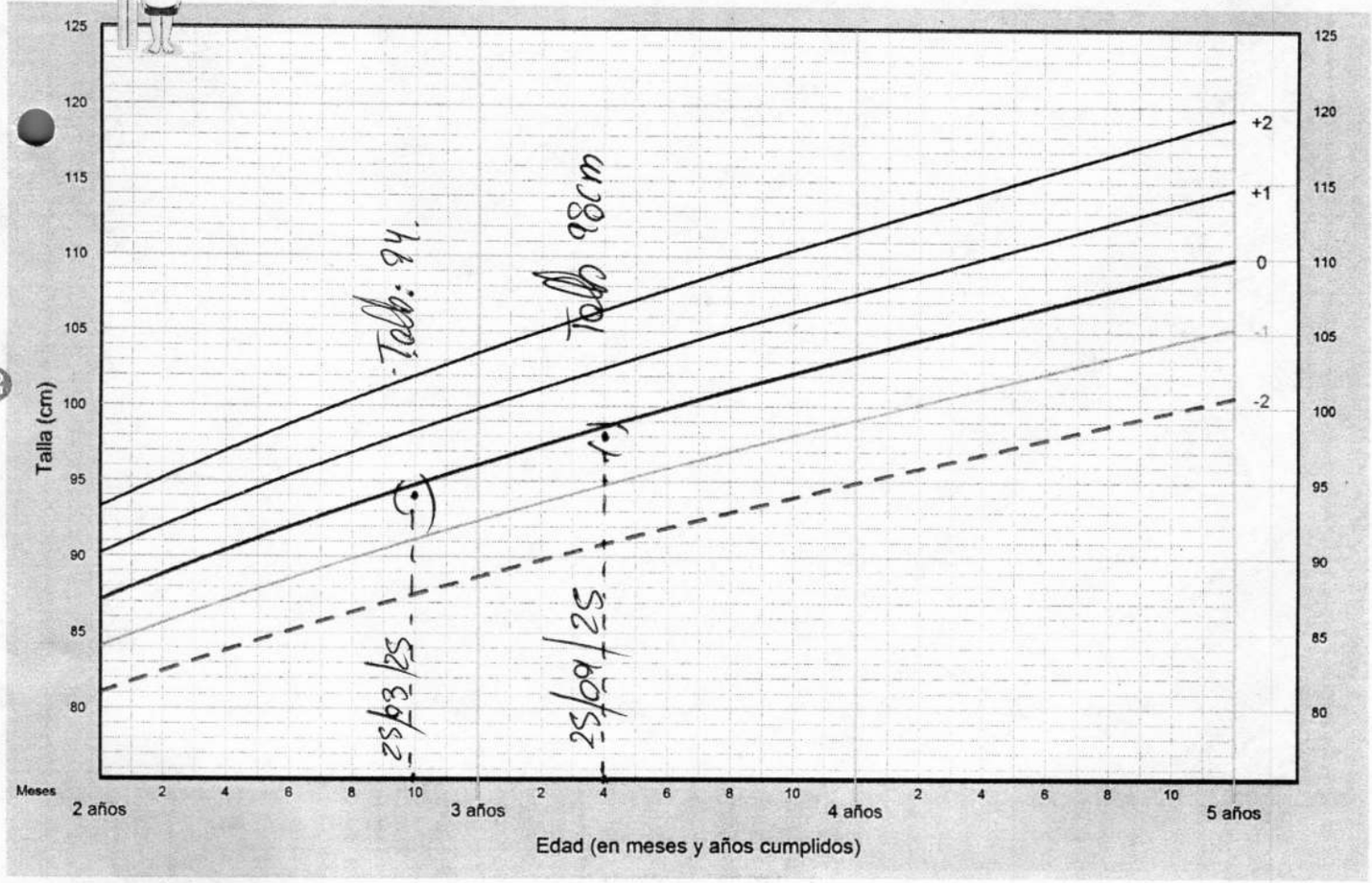
Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)



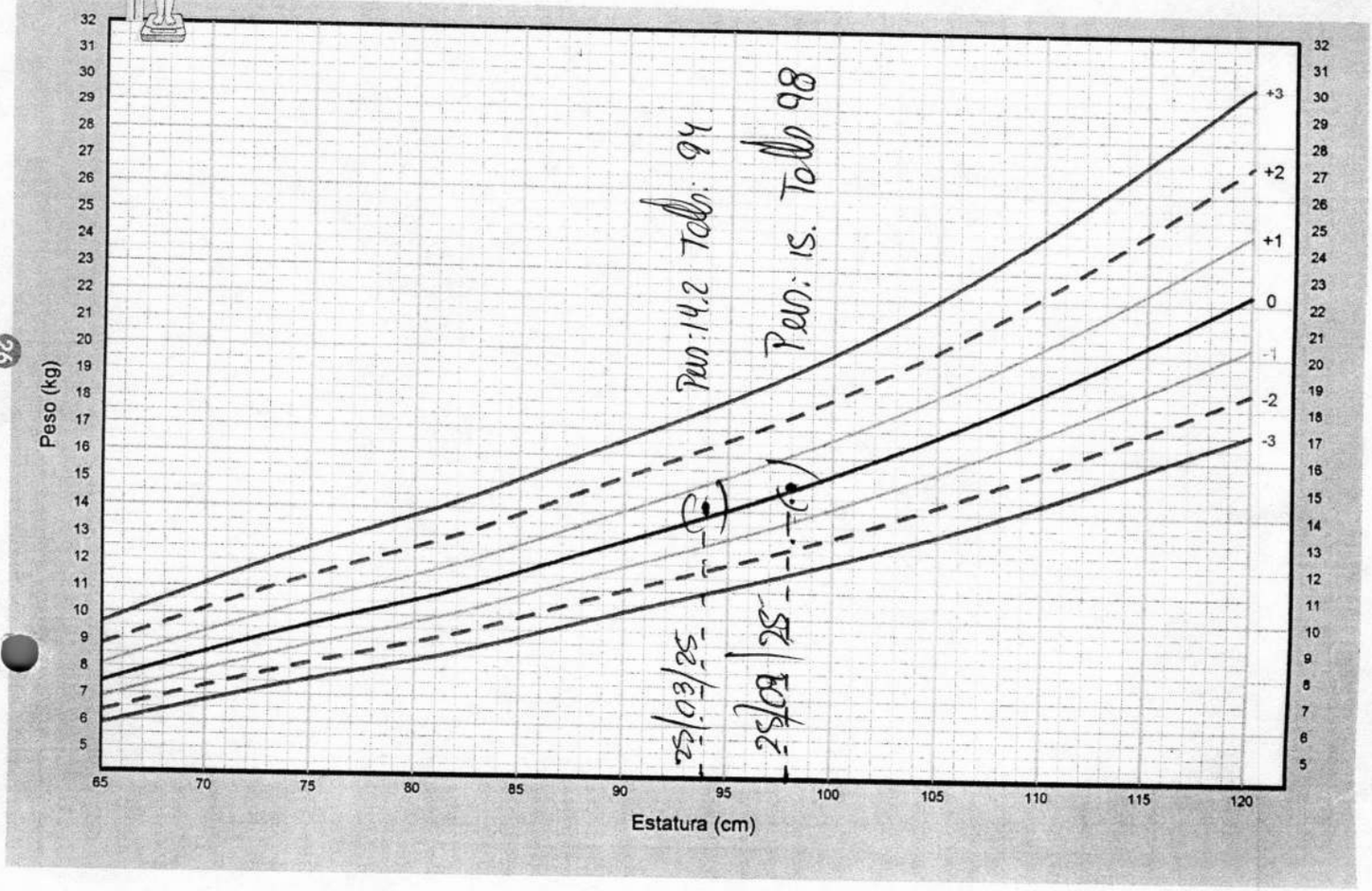
Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5años)



Peso para la Talla Niños

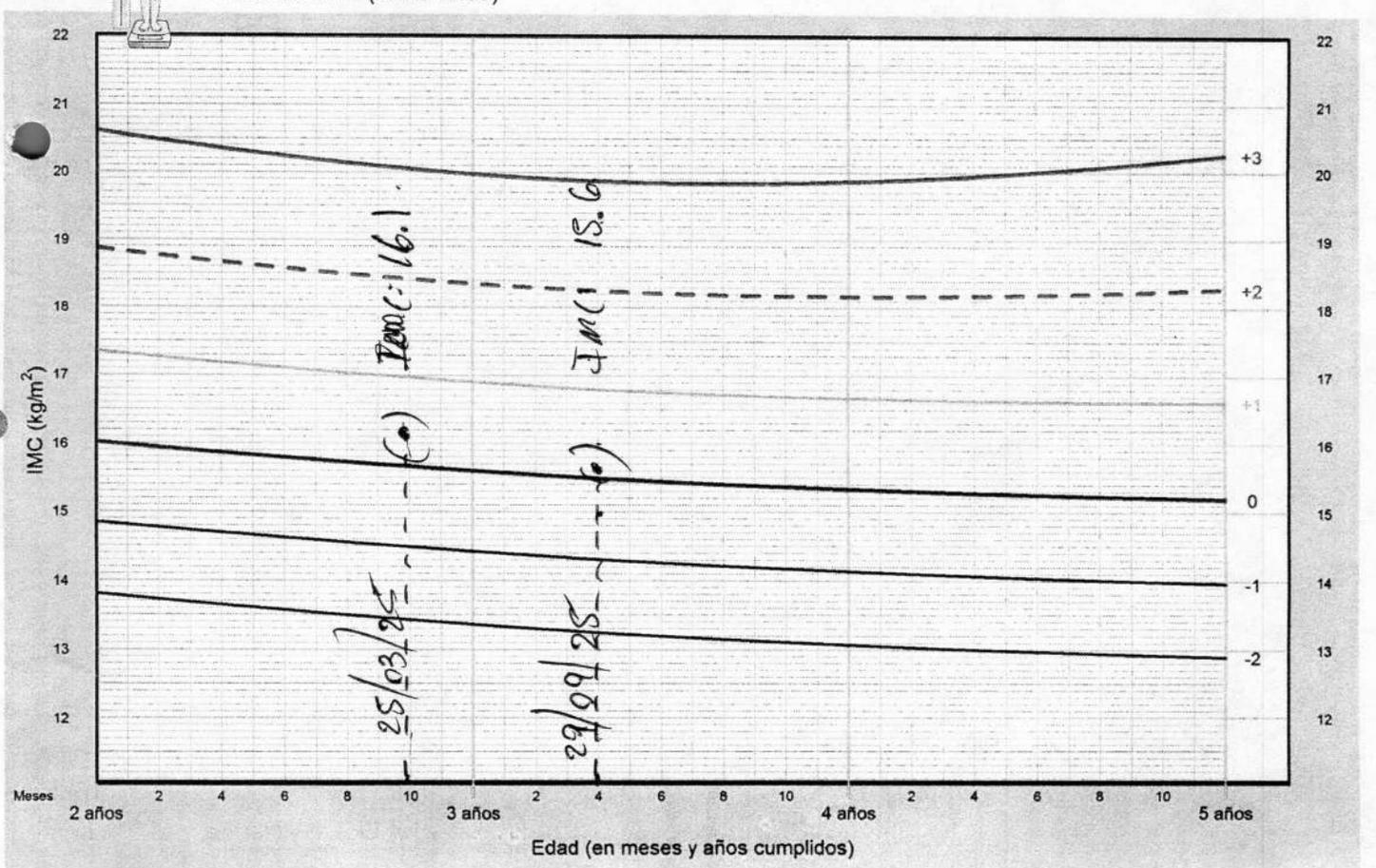
Puntuación Z (2 a 5 años)



26

IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



21

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

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO									
Resulado Tamizaje Neonatal	TSH neonatal	Normal		Alterado					
	Auditivo OEA/PEAA	Normal		Alterado					
	Cardipopatía 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 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)

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Anthony Acosta Diaz
Fecha de nacimiento: 22 Mayo -2022
Nº de certificado de nacido vivo:
Registro civil: 1.122.344.020
Sexo: Masculino
Grupo sanguíneo: CC: 1.123.208.391
Peso al nacer: 3700 gr Talla: 56cm-40Sem
Dirección: Bl Paraiso
Teléfono 1:
Teléfono 2:
Responsable: Diana Nathali Diaz
Municipio de residencia: San Miguel.
Departamento: Putumayo

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

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

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
Recién nacido	Tuberculosis meníngea (BCG)	Única	22	Mayo	2022	Serum	03701MA049E	ESE HSC				Solandy
	Hepatitis B	Recién nacido	22	Mayo	2022	Serum	03201X017J	ESE HSC				Solandy
			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						22	Julio	22	
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1.ª	22	07	2022	Biological	21210094					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	22	07	2022	Serum	2E51X0074D	HFID				
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª	22	07	2022		2E51X0074D					
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	1.ª	22	07	2022		2E51X0074D					
	Diarrea por rotavirus	1.ª	22	07	2022	GSK	APC1C0534LA					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	22	07	2022	GSK	ADPNB3970BA					
			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						CITA:			
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2.ª	22	09	22	Biological	21400034		22-	Sept-		
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	22	09	22		2X51Y035A			2022.		
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª	22	09	22	Serum	11111111					Daniela Ramirez Tec. Aux. en Enfermeria CC. No 1007728227
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	2.ª	22	09	22							
	Diarrea por rotavirus	2.ª	22	09	22	GSK	ARQ1C85AA	HFID	cita 22			
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	22	09	22	GSK	ASPNB35AB		NOV 2022			
			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3.ª	22	11	22	Biological	21411014					Scarly Martinez Tec. Aux. en Enfermeria CC 1123739322
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	22	11	22	Serum	2X51402 2A	HFIP				
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª	22	11	22	Serum	2X51402 2A					
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	3.ª	22	11	22	Serum	2X51402 2A					
	Influenza estacional	1.ª	23	05	23	Green	V2505230 01	HFID	CITA:			Jeniffer C.
7 meses	Influenza estacional	2.ª	26	06	24	Butantan	2400979 4/B 0	HFID	22- MAYO			
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	23	05	23	Serum	0131N1316B	HFID	2023			Karen A.
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	23	05	23	Serum	WO37B	HFID				
12 meses	Varicela	2.ª	23	05	23	Serum	EX859	HFID				
	Hepatitis A	Única	23	05	23	GSK	T03626S	HFID				
	Influenza estacional	Anual										
	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.er refuerzo	14	11	23	Biolog	223400 81	HFID				Jeniffer C
18 meses	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.er refuerzo	24	11	23	Serum	2851400 33C	HFID				Karen A.
	Fiebre amarilla	Única	23	05	23	Sanofi	N3V1	HFID				
	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
5 años	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª	24	11	23	Serum	0132N466AB	HFID				Jeniffer C
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.ª										
		2.ª							CITA:			
		3.ª							2 AÑOS			
Vacunas complementarias y otras dosis									CUMPLIDOS			
									SR.			

he 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.

19
RV

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

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

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL

La salud es de todos · Minsalud

CIUDAD San Miguel FECHA: DÍA 26 MES 03 AÑO 2025 HORA: 11:26 a.m

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Anthony Santiago APELLIDOS Acosta Diaz

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [x] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1.122.344.020

FECHA DE NACIMIENTO DIA: 22 MES: 09 AÑO: 2022 / EDAD: 2 años + 10 meses.

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE famisanar Tel: 3104214972

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)

papá refiere tener miedo por los efectos secundarios

¿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: _____

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

Nombres Diana Nataly Apellidos Diaz Vallejo

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1.123.203.371.

Firma: Diana Diaz

En caso de requerirse firma a ruego:

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

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

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

de _____

Huella dactilar o plantar del Rogante

Firma del Rogado

C.C. N°

C.C. N°

Nombres y apellidos del vacunador: Isabel Arias Erazo

Firma

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1.004.695.938

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HTLB

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.

ODONTOLOGÍA INTEGRAL

CERTIFICADO ODONTOLOGICO

NOMBRE: ANTHONY SANTIAGO ACOSTA DIAZ

DOCUMENTO: RC 1122344020

EDAD: 3 AÑO 4 MESES

FECHA DE ASITENCIA: 25/09/2025

FECHA DE NACIMIENTO: 22/05/2022

Yo STEPHANNY ORTEGA odontóloga egresada de la Universidad Cooperativa de Colombia campus Pasto con registro profesional 52-570 certifico que el paciente de 3 AÑO 4 MESES, asiste a consulta odontológica en compañía de su madre DIANA DIAZ. Al examen clínico se observa 20 piezas dentales en boca, presenta caries en el diente 64 por oclusal, encías color rosado, mordida escalón mesial derecho e izquierdo. Lengua aspecto saburral, leve apiñamiento en el sector anterior inferior. Se realiza índice de placa bacteriana, profilaxis, y aplicación de flúor.

Se da indicaciones de higiene oral a la madre.

Próxima cita en 6 meses.

ODONTOLOGÍA INTEGRAL

Stephanny Ortega
ODONTOLOGA
Reg. 52-570

Stephanny Ortega

Odontóloga UCC

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 Anthony Santiago Acosta Diaz., identificado (a) con documento de identidad número 1122344020., 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, Diana Nataly Diaz Vallejo, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1123203371, 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: Diana Diaz
Nombre: Diana Nataly Diaz Vallejo
Calidad - Titular: ____ Representante legal: ____
Teléfono de contacto: 3104214972.
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

Diana Diaz
Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Andrea Montenegro
Agente educativa

Anthony
Huella del niño/niña



EMPRESA DE ENERGÍA DEL BAJO PUTUMAYO S.A. E.S.P.
Nit. 846.000.553-0 - NUIR: 2-86503000-7
Autorretenedores Res. 547 de 25/01/2002
Responsables de IVA

"Generamos Desarrollo con Energía"

Vigilado Superservicios

Código de Suscripción	SM 48989	Pago oportuno hasta:	06-MAR-2025	Mes Facturado
Factura Nro.	2037006964	Suspensión a partir de:	07-MAR-2025	FEBRERO 2025

1. Información General

Nombre: ADRIANA LUCELMIR GARCIA CARDENAS

Dirección: LOTE 8 - MZ M BARRIO 7 DE AGOSTO AP 3

Tuve servicio de energía entre: 05-FEB-2025 y 18-FEB-2025 - 21-FEB-2025 (34) 25-FEB-20

Último pago $ 40,080

Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Área	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Tarifa	División Geopolítica
CM1	6106	38	1	RESIDENCIAL	URBANA	1	2.0	AEREA	EMPRESA	105	SAN MIGUEL - 7 DE AGOSTO

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

2. Información Consumo Energía

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

502.93 + 56.03 + 249.01 + 113.93 + 69.39 + 10.41 = ...

2A. Información Medidor

Marca	Serial	Factor Múltiplo
LIHI	2030014077	

2B. Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	14705	14593
Reactiva:		

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS

Obs. Lectura:

2C. Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	112	
Consumo Reactiva KVarh:	0	
Costo del consumo $	112190.39	
Tarifa (hasta 173 Kwh):	402.74	
Subsidio: %	59.7 $44	-67083.57
Contribución: %	$ 0	
Sub Total $	45106.82	

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

2D. Consumo Ultimos 6 Meses

Mes	Consumo
2025/Ene	90
2024/Dic	93
2024/Nov	92
2024/Oct	77
2024/Sep	87
2024/Ago	90

Promedio: 88

2E. Información Calidad del Servicio

Tel. O.R. EEBP 01 8000 942415

Transformador SLD109 Grupo 22

DRUG 30.24 FRUG 19 Circuito C14

Carga D 257.19 Dscto %I 20

CEC 90.76

DIU 109.98 FIU 109.00

IIC 3.74 VC 3.00

Valor a compensar 9,336.70

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	112,190.39	0	0.00	112,190
SUBSIDIO	- 67,083.57	0	0.00	- 67,084
AJUSTE A SUBSIDIO	1,572.21	0	0.00	1,572
COMPENSACION RES CREG 015/2018	- 9,336.70	0	0.00	- 9,337
AJUSTE A LA DECENA	2.87	0	0.00	3

5. Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP

37,345

6. Información Facturación Convenio Impuesto Alumbrado Público

Sujeto Activo	Operador A.P.	Convenio No.	Dirección PQR	Valor Periodo	Saldo Ant.	Valor Total
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL	MUNICIPIO SAN MIGUEL	ACUERDO 008 31/08/2023	Cra 4 Cll 7 Esquina	6,055	0	6,055

7. Información Facturación Convenio Aseo y Alcantarillado

Concepto	Empresa	Dirección PQR	USO	Valor Tarifa	Subsidio o Factor Solidario	Cargo Consumo o Variable	Valor Tasa Ambiental	Saldo Anterior	Ajustes/Otros	Valor Total
Alcantarillado				0	0	0	0	0		0
Aseo*	Alcaldia San Mi	Cra 4 Cll 7 Esq B/la Laberta		6,000	0	0	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
					0
					0
					0

Total EEBP	+ Total Impuesto Alumbrado público	+ Total Aseo y/o Alcantarillado	+ Total Otros Convenios	= Debo pagar en Total
37,345	6,055	6,000	0	49,400

CUFE: b72f22b3440526[illegible]

(415)7709998005532(8020)1000203700696421(3900)0000049400(96)20250306

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

www.eebpsa.com.co @eebpsaesp /eebpsa

Fac. Electronica: EEBP 122033

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

Factura presta Mérito Ejecutivo de acuerdo a las Normas del Derecho Comercial Ley 142 Art. 130

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

26
R/V

Hospital de Alta Complejidad del PUTUMAYO
Tu salud, nuestro compromiso

HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD DEL PUTUMAYO S.A.S ZOMAC

NIT: 901201887

Fecha impresión : 2025-08-21

Identifi: RC 1122344020 Paciente: ANTHONY SANTIAGO ACOSTA DIAZ Edad : 3 Años Sexo :M Fecha nacimiento:2022-05-22 HC : RC1122344020

Cliente : ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR S A S Plan : FAMISANAR EPS - SUBSIDIADO 2025 Tipo Afiliado: SUBSIDIADO

Profesional: ROSA HELENA MUNERA LIBREROS Especialidad: NEUROPEDIATRIA

SOLICITUD DE SERVICIOS

3058665 - 890210 - (1)CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR POR FONIATRIA Y FONOAUDIOLOGIA
Fecha: 21/08/2025
Observación:

Profesional: ROSA HELENA MUNERA LIBREROS
CC - 1116236639 **T.P** - 1116236639
Especialidad - NEUROPEDIATRIA

3058668 - 937101 - (1)TERAPIA FONOAUDIOLOGICA PARA PROBLEMAS EVOLUTIVOS Y ADQUIRIDOS DEL LENGUAJE ORAL Y ESCRITO
Fecha: 21/08/2025
Observación: DOS VECES POR SEMANA DURANTE 6 MESES. 48 SESIONES.

Profesional: ROSA HELENA MUNERA LIBREROS
CC - 1116236639 **T.P** - 1116236639
Especialidad - NEUROPEDIATRIA

3058672 - 890375 - (1)CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA PEDIATRICA
Fecha: 21/08/2025
Observación: CITA DE CONTROL EN 4 MESES

Profesional: ROSA HELENA MUNERA LIBREROS

27

CC - 1116236639 **T.P** - 1116236639
Especialidad - NEUROPEDIATRIA

DIAGNOSTICO PRINCIPAL: F808 - OTROS TRASTORNOS DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE



Nombres y Apellidos del Médico: ROSA HELENA MUNERA LIBREROS
Registro Médico No.: 1116236639

28
RN

Hospital de Alta Complejidad del PUTUMAYO
Tu salud, nuestro compromiso

RESUMEN EPICRISIS

PACIENTE:	ANTHONY SANTIAGO ACOSTA DIAZ			**IDENTIFICACION:**	RC 1122344020	**HC:**	1122344020 - RC
SEXO:	M	**FECHA DE NACIMIENTO:**	22/5/2022	**EDAD:** 3 Años	**ESTADO CIVIL:** SOLTERO(A)	**TIPO AFILIADO:**	SUBSIDIADO
RESIDENCIA:	URB SAN CARLOS	**DIRECCION:**	PUTUMAYO-SAN MIGUEL (LA DORADA)	**TELEFONO:**	3123327272	**OCUPACIÓN:**	NO APLICA
RESPONSABLE:	DIANA DIAZ			**PARENTESCO RESPONSABLE:**	MADRE	**TELEFONO RESPONSABLE:**	3123327272
ACOMPAÑANTE:	DIANA DIAZ			**PARENTESCO:**		**TELEFONO:**	3123327272
FECHA INGRESO:	21/08/2025 02:50 PM			**FECHA EGRESO:**	.	**CAMA:**	.
DEPARTAMENTO:	110103 - URGENCIA CONSULTORIO				**SERVICIO:**	URGENCIAS	
CLIENTE:	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR S A S - URGENCIA CONSULTORIO			**PLAN:**	FAMISANAR EPS - SUBSIDIADO 2025	**CODIGO PRESTADOR:**	865680081301

MOTIVO DE SALIDA Y RECOMENDACIONES

2025-08-21 17:01	**PROFESIONAL:** ROSA.MUNERA - ROSA HELENA MUNERA LIBREROS	**ESPECIALIDAD:** NEUROPEDIATRIA

SE SOLICITA VALORACION AMBULATORIA POR FONOAUDIOLOGIA
SS TERAPIA OCUPACIONAL 2 VECES POR SEMANA DURANTE 6 MESES (48)
SE SOLICITA CITA DE CONTROL EN 4 MESES

FECHA	MOTIVOS DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL
2025-08-21	**14:56** **NICOLL.QUEVEDO - NICOLL DANIELA QUEVEDO LUNA** **ESPECIALIDAD: MEDICINA GENERAL** **MOTIVO DE CONSULTA :** PADRE REFIERE EL NI?O NO HABLA **ENFERMEDAD ACTUAL :** MENOR DE 3 A?O EN COMPA?IA DE SUS PADRES (MADRE DIANA DIAZ Y SU PADRE JAMES ACOSTA), QUIEN CONSULTA POR CUADRO CLINCO DE LARGA DARTA DE EVOLUCION, EXACERBADO HACE 12 HORAS, CONSISTENTE EN ALTERACION EN EL LENGUAJE, QUE COMPROMETE SUS ACTIVIDADES DIARIAS, POR LO QUE DECIDEN CONSULTAR AL SERVICIO DE URGENCIAS ANTECEDENTES: PATOLOGICOS: AUTISMO?? ALERGICOS: NIEGA QX: NIEGA HOSPITALIZACIONES: BRONCONEUMONIA HACE 1 MES PAI COMPLETO PARA LA EDAD

ANTECEDENTES PERSONALES

GRUPO	ANTECEDENTE	OP	DETALLE
PATOLOGICOS	Diabetes	NO	NO REFIERE
	Otros	NO	NO REFIERE
	Hipertension Arterial	NO	NO REFIERE
QUIRURGICOS	Quirurgicos	NO	NO REFIERE
TOXICOS	Toxicoalérgicos	NO	NO REFIERE
DISCAPACIDAD	Discapacidad Fisica	NO	NO REFIERE
	Discapacidad Visual	NO	NO REFIERE
	Discapacidad Auditiva	NO	NO REFIERE

	Discapacidad Intelectual	NO	NO REFIERE
	Discapacidad psicosocial(Mental)	NO	NO REFIERE
	Sordoceguera	NO	NO REFIERE
	Discapacidad Multiple	NO	NO REFIERE
	Sin Discapacidad	NO	NO REFIERE
ALERGICOS	Medicamento	NO	NIEGA
	Alimento	NO	NO REFIERE
	Sustancia del ambiente	NO	NO REFIERE
	Sustancias que entran en contacto con la piel	NO	NO REFIERE
	Picadura de insectos	NO	NO REFIERE
	Otra	NO	NO REFIERE
EXPOSICION A FACTORES DE RIESGO	Químicos	NO	NO REFIERE
	Físicos	NO	NO REFIERE
	Biomecánicos	NO	NO REFIERE
	Psicosociales	NO	NO REFIERE
	Biológicos	NO	NO REFIERE

REVISION POR SISTEMA DEL PACIENTE

SISTEMA	OBSERVACION	FECHA REGISTRO
Estado General	NIEGA	2025-08-21 02:54
Cabeza y cuello	NIEGA	2025-08-21 02:54
Cardio Pulmonar	NIEGA	2025-08-21 02:54
Abdomen	NIEGA	2025-08-21 02:54
Extremidades	NIEGA	2025-08-21 02:54
Genitourinario	NIEGA	2025-08-21 02:54
Piel y Faneras	NIEGA	2025-08-21 02:54
Neurologico	NIEGA	2025-08-21 02:54
Examen Mental	NIEGA	2025-08-21 02:54

EXAMEN FISICO/MENTAL

USUARIO	FECHA
NICOLL DANIELA QUEVEDO LUNA	2025-08-21

TIPO SISTEMA	VALORACION	HALLAZGO
Estado General	**NORMAL**	ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, HIDRATADO
Cabeza y cuello	**NORMAL**	CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS MUCOSA ORAL HUMEDA CUELLO SIN INGURGITACION YUGULAR NO SE OBSERVAN MASAS
.	.	CUELLO SIMETRICO
Cardio Pulmonar	**NORMAL**	TORAX SIMETRICO SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA RUIDOS RESPIRATORIOS CONSERVADOS SIN AGREGADOS
.	.	RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS
Abdomen	**NORMAL**	BLANDO Y DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL RUIDOS
.	.	INTESTINALES PRESENTES
Extremidades	**NORMAL**	EUTROFICAS ADECUADA PERFUSION DISTAL LLENADO CAPILAR DE 2 SEGUNDOS SIN EDEMA PULSOS DISTALES
.	.	PALPABLES
Genitourinario	**NORMAL**	SIN ALTERACIONES ESTRUCTURALES, GENITALES EXTERNOS NORMOCONFIRUGADOS
Piel y Faneras	**NORMAL**	SIN ALTERACIONES
Neurologico	**NORMAL**	SIN DEFICIT SENSITIVO- MOTOR, GLASGOW 15/15,

30
R/V

Examen Mental	**NORMAL**	Conciencia alerta con orientación en sus tres esferas Porte y actitud adecuados Psicomotricidad y conducta normales Atención euproséxica Lenguaje sin alteraciones Afectividad eutímica Pensamiento lógico y coherente Memoria conservada

DIAGNOSTICOS DE INGRESO ASIGNADOS

CODIGO	DIAGNOSTICO DE INGRESO	ESTADO	OBSERVACION	USUARIO	FECHA
F808	OTROS TRASTORNOS DEL DESARROLLO DEL	.	.	NICOLL DANIELA QUEVEDO LUNA	2025-08-21
.	HABLA Y DEL LENGUAJE	.	.	.	.

FECHA	RESUMEN DEL PLAN TERAPEUTICO
2025-08-21	16:59 ROSA.MUNERA - ROSA HELENA MUNERA LIBREROS ESPECIALIDAD: NEUROPEDIATRIA ORDEN DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS: CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR POR FONIATRIA Y FONOAUDIOLOGIA , ORDEN DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS: TERAPIA FONOAUDIOLOGICA PARA PROBLEMAS EVOLUTIVOS Y ADQUIRIDOS DEL LENGUAJE ORAL Y ESCRITO , ORDEN DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS: CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA PEDIATRICA , 14:57 NICOLL.QUEVEDO - NICOLL DANIELA QUEVEDO LUNA ESPECIALIDAD: MEDICINA GENERAL -OBSERVACION URGENCIAS -TAPON VENOSO -ACOMPAÑAMIENTO PERMANENTE -SS INTERCONSULTA POR NEUROPEDIATRIA -CONTROL DE SIGNOS VITALES -AVISAR CAMBIOS ORDEN DE INTERCONSULTA: NEUROPEDIATRIA, CANTIDAD: 1

DIAGNOSTICOS DE EGRESO ASIGNADOS

CODIGO	DIAGNOSTICO DE EGRESO
F808	OTROS TRASTORNOS DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE

FECHA	CONSOLIDADO DE EVOLUCIONES
2025-08-21	**17:01** **SERVICIO: URGENCIAS** ROSA HELENA MUNERA LIBREROS - **ESPECIALIDAD: NEUROPEDIATRIA** **H. SUBJETIVO:** VALORACION POR SERVICIO DE NEUROLOGIA PEDIATRICA DRA. ROSA HELENA MUNERA LIBREROS DR . ESTEBAN PESTANA , HOSPITALARIO UNIDAD PEDIATRICA SE ATIENDE PACIENTE SEGÚN LO ESTABLECIDO POR EL MINISTERIO DE SALUD Y LA OMS Y EN CONTEXTO DE LA PANDEMIA POR COVID 19, CON TODOLO LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, CONSERVANDO DISTANCIAMIENTO A 2 METROS, PACIENTE ADEMAS CON TAPABOCA QUIRURGICO. NOMBRE: ANTHONY SANTIAGO ACOSTA DIAZ EDAD: 3 AÑOS Y 2 MESES PROCEDENCIA:LA DORADA ACOMPAÑANTE: MADRE ESCCOLARIDAD: NO APLICA LATERALIDAD: NO APLICA MOTIVO DE CONSULTA: "SOLICITA VALORACION POR ALTO RIESGO NEUROLOGICO POR SOSPECHA DE AUTISMO" ENFERMEDAD ACTUAL:ES TRAIDO A VALORACION POR PADRES, QUIENES REFIEREN PACIENTE NO ATIENDE AL LLAMADO POR EL NOMBRE, NO EMITE LENGUAJE VERBAL, SELECTIVIDA ALIMENTARIA, TOLERA CONTACTO FISICO, TIENE ESTEREOTIPIAS, POBRE CONTACTO VISUAL, INTERACCIONA CON PARES, NO MIRA A LA OJOS. TIENE INTERESES RESTRINGIDOS, PREFIERE ALINEAR OBJETOS, LO DESCRIBEN ORGANIZADO, NO JUEGO SIMBOLICO. REFIERE SE LE REALIZARON ESTUDIOS DE IMAGENES TIPO RMN CEREBRAL QUE NO DEMUESTRA PATOLOGIA ESTRUCTURAL Y VIDEOTELEMETRIA NORMAL. RXS: ALIMENTACIÓN: NORMAL COMPORTAMIENTO: NORMAL, NO AUTO NI HETEROAGRESIVIDAD

SUEÑO: DUERME DE10:00PM HASTA19:00AM, DESPERTARES NOCTURNOS
EXPOSICION A PANTALLAS: 3 HORAS

ANTECEDENTES PERSONALES:

PERINATALES: FRUTO DE LA PRIMERA GESTACION, CONTROLADA, PARTO VAGINA NORMAL A LAS 40 SEMANAS, SIN COMPLICACIONES, ADAPTACION NEONATAL ESPONTANEA, NO REANIMACION NI IOT, PESO: 3700 GRAMOS, TALLA: 56 CM, ALOJAMIENTO Y ALTA CONJUNTA

TAMIZ METABOLICO NEGATIVO
TAMIZ AUDITIVO NEGATIVO
PATOLOGICOS: NEG
ALERGICOS: NEG
QX: NEG
HOSPITALIZACIONES: NEG
PAI COMPLETO PARA LA EDAD
ANTECEDENTES FAMILIARES:
MADRE: 20 AÑOS, APARENTEMENTE SANA
PADRE: 32 AÑOS, APARENTEMENTE SANA
NIEGA ENFERMEDADES GENETICAS, NEUROLOGICAS O MUERTES TEMPRANAS EN LA FAMILIA
ENDONGAMIA Y CONSANGUINIDAD: NEGATIVAS

H. OBJETIVO: NEURODESARROLLO:
SOSTEN CEFALICO: 3 MESES
ROLADOS: 5 MESES
SEDESTACION: 7 MESES
GATEO: 9 MESES,
MARCHA: 12 MESES.
BALBUCEO: NO

EXPLORACION NEUROLOGICA

PERIMETRO CEFALICO: 47 CM

ALERTA, NO REALIZA CONTACTO VISUAL, IRRITABLE, NO EMITE LENGUAJE, NO HAY INTENCION COMUNICATIVA, MARCHA INDEPENDIENTE. NO NO SIGNOS DE DISRAFISMO OCULTO.
NERVIOS CRANEALES: PUPILAS ISOCÓRICAS, NORMORREFLECTICAS, FONDO DE OJO: PAPILA DE CONTORNOS REGULARES, CON PRESENCIA DE PULSO VENOSO; MOVIMIENTOS OCULARES CONSERVADOS, REFLEJO FOTOMOTOR Y CONSENSUAL SIN ALTERACIÓN; SENSIBILIDAD EN ROSTRO NORMAL; SIMETRÍA FACIAL; ACTITUD NORMOOYENTE; ÚVULA CENTRAL CON ELEVACIÓN SIMÉTRICA DEL VELO DEL PALADAR Y REFLEJO NAUSEOSO PRESENTE; TRAPECIO Y ECN CON ADECUADA FUERZA; LENGUA CENTRADA SIN FASCICULACIONES.
MOTOR: TONO Y TROFISMO CONSERVADOS, FM 5/5 GLOBAL, REMS ++/++++, RESPUESTA PLANTAR FLEXORA FUNCIÓN CEREBELOSA: NO DISMETRÍA, NO DISDIADOCOCINESIA NI NISTAGMUS; MARCHA SIN ALTERACIÓN CON VARIANTES
NO SIGNOS MENINGEOS

ANALISIS: SE TRATA DE UN ESCOLAR MASCULINO DE 3 AÑOS DE EDAD, SIN NOXA PERINATAL, CON RETRASO GLOBAL DEL NEURODESARROLLO DE PREDOMINIO DEL LENGUAJE CON PATRONES RESTRINGIDOS REPETITIVOS, AUSENCIA DE JUEGO SIMBOLICO, AUNQUE CON SOCIALIZACION INTERMITENTE CON PARES, TIENE NEUROIMAGEN, PEA Y TELEMETRIA QUE SON NORMALES. A LA EXPLORACION NEUROLOGICA FIJA MIRADA DE FORMA INTERMITENTE, NO EMITE LENGUAJE, NO CONOCE PARTES DE SU CUERPO. ADECUADA PROGRESION DE P ´C, CONSIDERO PACIENTE CON BANDERAS ROJAS PARA AUTISMO, TIENE PENDIENTE REPORTE DE AMINOACIDOS SERICOS. SE INDICA INICIO DE TERAPIAS DE MANERA OPORTUNA, NECESITA CONTROL EN 4 MESES.

PLAN: SE SOLICITA VALORACION AMBULATORIA POR FONOAUDIOLOGIA
SS TERAPIA OCUPACIONAL 2 VECES POR SEMANA DURANTE 6 MESES (48)
SE SOLICITA CITA DE CONTROL EN 4 MESES



Profesional: ROSA HELENA MUNERA LIBREROS
CC - 1116236639 - T.P 1116236639
Especialidad - NEUROPEDIATRIA

DIAGNOSTICOS ASIGNADOS		
CODIGO	DIAGNOSTICO	DX PRINCIPAL
F808	OTROS TRASTORNOS DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE	⊙



PROFESIONAL : ROSA HELENA MUNERA LIBREROS
CC - 1116236639 1116236639
ESPECIALIDAD - NEUROPEDIATRIA

...o Benavides B.
...diatra
...idad de Chile
No. 52826

H. Clinica No. : 1122344020

FECHA:	DIA	12	MES	08	AÑO	2024

SERVICIO:		NEUROPEDIATRIA			HISTORIA CLINICA			
APELLIDOS: Acosta Diaz					NOMBRES: Antony Santiago			
IDENTIFICACION:					EDAD	2 AÑOS	3	MESES
PESO:	3160gramos		TALLA:			P.C.:	46,5cm	
1. ETIOLOGIA:					Hora Atención:			
2. DIAGNOSTICO:	TEA (trastorno del espectro autista) Retardo del desarrollo del lenguaje.							

ORDENES MEDICAS

- **Resonancia cerebral simple bajo sedación.**
- **Electroencefalograma computarizado**
- **Potencial evocado auditivo, imitancia acústica**
- **Aminoácidos cuantitativos en sangre**
- **Escolarizarlo**
- **Terapia ocupacional y fonoaudiológica: dos sesiones por semana**

Dr. Alberto José Benavides B.
NEUROPEDIATRA
UNIVERSIDAD DE CHILE
R.M. No. 52826-0

C.C. Valle de Atriz Oficina 403 Bloque oficinas. Teléfono 7317547 Cel 3013516062-3164813598. e-mail: neuropediatra@gmail.com

Neuropediatra
Universidad de Chile
R.M. No. 52826



H. Clínica No. : 1122344020

FECHA:	DIA	12	MES	08	AÑO	2024

SERVICIO:		NEUROPEDIATRIA		HISTORIA CLINICA				
APELLIDOS: Acosta Diaz				NOMBRES: Antony Santiago				
IDENTIFICACION:				EDAD	2	AÑOS	3	MESES
PESO:	3160gramos	TALLA:		P.C.:			46,5cm	
1. ETIOLOGIA:				Hora Atención:				
2. DIAGNOSTICO:	TEA (trastorno del espectro autista) Retardo del desarrollo del lenguaje.							

3. Antecedentes								
Pre y perinatales:	Producto del primer emabarzo normal, parto eutócico institucional sin complicaciones.							
Personales:	Alergia a medicamentos: NO							
Familiares:	Scrdomudez							
Edad paterna	31	Edad Materna	19	Consanguinidad:	Si		NO	x

4. HALLAZGOS	
S:	Asiste a consulta con sus padres. Se refiere que consulta por que presenta retardo del desarrollo del lenguaje y algunas dificultades en comportamiento y socialización. Apetito normal, duerme bien.
O:	Paciente vigil, lenguaje no acorde a edad, con algunas conductas de tea, sin signos meningeos ausentes. Cardio-pulmonar normal, Abdomen normal, signos meningeos ausenets. Cardio-pulmonar normal Abdomen normal Estereotipias motoras.
A:	

5. PLAN DE MANEJO AMBULATORIO – FARMACOLOGICO
- Recomendaciones
- Resonancia cerebral simple bajo sedación.
- Electroencefalograma computarizado
- Potencial evocado auditivo, imitancia acústica
- Aminoacidos cuantitativos en sangre
- Escolarizarlo
- Terapia ocupacional y fonoaudiológica: dos sesiones por semana

6. RECOMENDACIÓN

Control en un mes.

RESPONDE A CONTRAREFERENCIA					
NOMBRE:	Dr. Ramiro Benavides B.	REG.	52826	FIRMA	

Dr. Ramiro José Benavides B.
NEUROPEDIATRA
UNIVERSIDAD DE CHILE
R.M. No. 52826-01

C.C. Valle de Atriz. Oficina 403. Bloque oficinas. Teléfono 7317347. Cel. 3013516062-3164813398. e-mail: neuropediatra@gmail.com

CEHANI	PROCESO ATENCION AYUDAS DIAGNÓSTICAS	Código FR-ADI-003 Fecha de aplicación Aplica desde el 15 de Julio de 2021
	REPORTE DE RESULTADOS EEG / VIDEOTELEMETRÍA	Versión 2 Páginas

RESULTADOS EGG:
EGG NO: 2409056

RESULTADOS VIDEOTELEMETRÍA:
VIDEOTELEMETRÍA NO: NO

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:
NOMBRE: Acosta Diaz Anthony Santiago
N° DE IDENTIFICACIÓN: 1122344020
FECHA DE NACIMIENTO: 22/May/2022 EDAD: 2 Años 3 meses
EPS: Particular
DIAGNÓSTICO Trastorno el espectro autista, Retardo en desarrollo.
FECHA DE TOMA EXAMEN 09/09/2024
MOTIVO DE REMISION N/A
Medico remitente Dr. Benavides
MEDICAMENTOS. No
TÉCNICA E INSTRUMENTO. Estudio de electroencefalograma digital realizado con equipo Cadwell Easy III, utilizando registro de 32 canales de EEG simultáneos. según el sistema Internacional 10/20 de acuerdo a las directivas de la American Electroencephalography Society
Sedación: No
Estado del Paciente: Dormido
Activación: FE
HALLAZGOS:

TRAZADO DE FONDO: Registro de electroencefalografía continúo digital de sueño, caracterizado por presentar ritmo de fondo tetha de 4-6cps y 30-50uVol de amplitud que se alterna con ritmos lentos delta de predominio posterior de 2-3cps y hasta 60uVol de amplitud, grafoelementos específicos como husos de sueño, ondas de Vertex y complejos K están presentes.
ANORMALIDADES: No se observó actividad paroxística, signos de focalización ni asimetrías significativas en el trazado de fondo.
PROCEDIMIENTO DE ACTIVACIÓN: Se realiza fotoestimulación a 3,6,9,12,15,18,21,24 y 35Hz sin observar modificación del trazado de fondo.

CONCLUSIÓN:
Registro Electroencefalografico de sueño NORMAL

EXÁMEN TOMADO POR: Andrés Palomino Segovia

INTERPRETADO POR:

RAMIRO JOSÉ BENAVIDES B.
MÉDICO NEUROPEDIATRA
RM 52826-00 CC: 98.379.377

H. Clínica No. : 1122344020

FECHA:	DIA	17	MES	09	AÑO	2024

SERVICIO:		NEUROPEDIATRIA		**HISTORIA CLINICA**				
APELLIDOS: Acosta Diaz				**NOMBRES: Antony Santiago**				
IDENTIFICACION:				**EDAD**	2	AÑOS	4	MESES
PESO:	13kg	**TALLA:**			**P.C.:**		cm	
1. ETIOLOGIA:				**Hora Atención:**				
2. DIAGNOSTICO:	TEA (Trastorno del espectro autista) Retardo del desarrollo del lenguaje.							

3. Antecedentes							
Pre y perinatales:	**Producto del primer emabarzo normal, parto eutócico institucional sin complicaciones.**						
Personales:	**Alergia a medicamentos: NO**						
Familiares:	Sordomudez						
Edad paterna	**31**	**Edad Materna**	**19**	**Consanguinidad:**	**Si**	**NO**	**x**

4. HALLAZGOS	
S:	Asiste a consulta con sus padres. Se refiere que consulta por que presenta retardo del desarrollo del lenguaje y algunas dificultades en comportamiento y socialización. Trae paraclínicos previamente solicitados. Resonancia cerebral simple normal. potencial auditivo normal. eeg de sueño normal.
O:	Paciente vigil, lenguaje no acorde a edad, con algunas conductas de tea, sin signos meníngeos ausentes. Cardio-pulmonar normal, Abdomen normal, signos meníngeos ausentes. Pupilas isocricas y reactivas. Cardio-pulmonar normal Abdomen normal sin visceromegalias Estereotipias motoras.
A:	

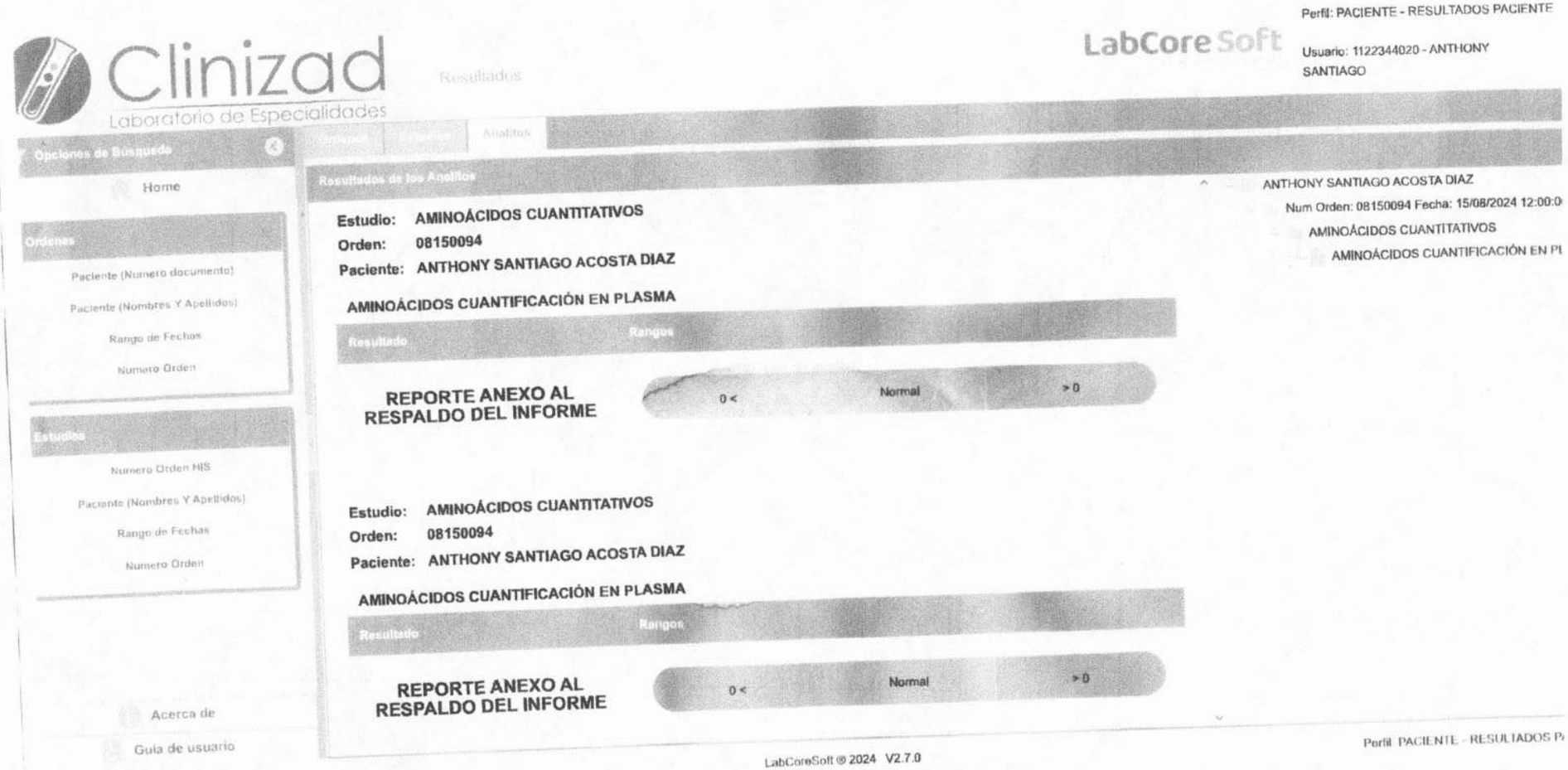
5. PLAN DE MANEJO AMBULATORIO – FARMACOLOGICO
- **Recomendaciones**
- **Mantener escolarizado**
- **Terapia ocupacional y fonoaudiológica: dos sesiones por semana**
- **Psicología: Una sesión por semana**
- **Estimulación**

6. RECOMENDACIÓN

Control en 6 meses.

RESPONDE A CONTRAREFERENCIA					
NOMBRE:	Dr. Ramiro Benavides B.	**REG.**	52826	**FIRMA**	

C.C. Valle de Atriz. Oficina 403. Bloque oficinas. Teléfono 7317347. Cel. 3013516062-3164813398. e-mail: neuropediatra@gmail.com



Clinizad
Laboratorio de Especialidades
Resultados
LabCore Soft
Perfil: PACIENTE - RESULTADOS PACIENTE
Usuario: 1122344020 - ANTHONY SANTIAGO
Opciones de Búsqueda
Home
Ordenes
Paciente (Numero documento)
Paciente (Nombres Y Apellidos)
Rango de Fechas
Numero Orden
Estudios
Numero Orden HIS
Paciente (Nombres Y Apellidos)
Rango de Fechas
Numero Orden
Acerca de
Guia de usuario
suario: 1122344020 - ANTHONY SANTIAGO
Analitos
Resultados de los Analitos
ANTHONY SANTIAGO ACOSTA DIAZ
Num Orden: 08150094 Fecha: 15/08/2024 12:00:0
AMINOÁCIDOS CUANTITATIVOS
AMINOÁCIDOS CUANTIFICACIÓN EN PL
Estudio: AMINOÁCIDOS CUANTITATIVOS
Orden: 08150094
Paciente: ANTHONY SANTIAGO ACOSTA DIAZ
AMINOÁCIDOS CUANTIFICACIÓN EN PLASMA
Resultado
Rangos
REPORTE ANEXO AL RESPALDO DEL INFORME
0 <
Normal
> 0
Estudio: AMINOÁCIDOS CUANTITATIVOS
Orden: 08150094
Paciente: ANTHONY SANTIAGO ACOSTA DIAZ
AMINOÁCIDOS CUANTIFICACIÓN EN PLASMA
Resultado
Rangos
REPORTE ANEXO AL RESPALDO DEL INFORME
0 <
Normal
> 0
LabCoreSoft © 2024 V2.7.0
Perfil: PACIENTE - RESULTADOS P

MEDINUCLEAR

Medicina Imagenes Medicina Nuclear NIT. 800 223 618-0

NOMBRE:	ANTONY SANTIAGO ACOSTA DIAZ
EXAMEN:	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CEREBRO SIMPLE BAJO SEDACIÓN
EDAD:	2 Años, 3 Meses y 1 Dias
ENTIDAD:	PARTICULAR
RECIBO:	401686
IDENTIFICACION:	1122344020
FECHA ESTUDIO:	22 agosto 2024

Motivo del estudio: Retardo del desarrollo del lenguaje comportamiento y socialización.

Técnica: Se realizaron secuencias de pulso Spin Echo (SE), Fast Spin Echo (FSE), Inversión–Recuperación (FLAIR) y Echo planar (EPI), en los planos axial, sagital y coronal con imágenes potenciadas en T1, T2 y Difusión.

Hallazgos:

La morfología e intensidad de señal del parénquima cerebral supra e infratentorial es normal. Adecuada diferenciación cortico – subcortical.
Línea media central.
No se identifican zonas de alteración de la intensidad señal ni de la difusión con distribución u otras características atribuibles a proceso isquémico.
No se detectan áreas de componente hemorrágico.
No se observan colecciones hemáticas epi o subdurales ni signos de hemorragia subaracnoidea.
El sistema ventricular conserva características de forma, tamaño, posición e intensidad de señal normales.
No se observan signos de hidrocefalia ni paso transependimario del LCR.
Cisternas de la base permeables. Amplitud de cisternas insulares y de surcos corticales cerebrales apropiados para la edad.
Silla turca, clivus y estructuras de la unión craneocervical de apariencia normal para la edad.
Estructuras vasculares de apariencia habitual.

Opinión:

1. No se observan alteraciones encefálicas agudas en el presente estudio.

Atte,

ELSY MABEL DEL CARMEN ROSERO ANDRADE
MEDICO RADIOLOGO
R.M:52753

Se realiza toma de temperatura y encuesta epidemiológica con respecto a síntomas y contactos de Covid-19 previo a la exploración. Se realiza lavado de manos y utilización de elementos de protección personal durante el procedimiento diagnóstico. Se desinfectan los equipos posterior al estudio.

CEHANI
Empresa Social del Estado
NIT 8912006538 - 1

CEHANI E.S.E.
CLL 18 45 49 TOROBAJO - 7244424

IMITANCIA ACUSTICA [IMPEDANCIOMETRIA] +,POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE CORTA LATENCIA MEDICIÓN DE INTEGRIDAD,

Paciente:	ACOSTA DIAZ ANTHONY SANTIAGO	**Factura:**	FE556530
Identificación:	RC1122344020	**Admisión:**	84402
Empresa:	PARTICULAR	**Edad:**	2 Años
Ciudad:	SAN JUAN DE PASTO	**Sexo:**	Masculino
Atencion:	AMBULATORIO	**Teléfono:**	3104214972
Fecha:	06/09/2024		

Hallazgos:

POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE TALLO CEREBRAL (BERA)
ANTECEDENTES: Retraso en eldesarrollo del lenguaje
OTOSCOPIA: Normal bilateral

Se realiza PEATC, modalidad Di- sincronia auditiva, realizado a 80dBHL, monoauralmente, con transductor de inserción, a una velocidad de conducción de 32.1 pulsos por segundo, polaridad rarefacción y condensacion; 45dB de enmascaramiento contralateral, evidenciando:
- Diferencia interaural de la onda V: 0.00 ms, valor dentro de parametros normales,
- Las latencias absolutas y relativas se encuentran dentro de parametros normales bilateralmente para la edad madurativa
- Ondas reproducibles en morfología al realizar el cambio de polaridad, evidenciando adecuada sincronía neural bilateralmente.

POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE ESTADO ESTABLE (ASSR)
Realizado en búsqueda monoaural, con modalidad descendente en intensidad y auriculares de inserción, en el cual se evidencia:
Resultados sugestivos en ambos oídos de UMBRALES ELECTROFISIOLÓGICOS AUDITIVOS AEREOS NORMALES para las frecuencias de 500Hz, 1000Hz, 2000Hz Y 4000Hz.

INMITANCIA ACUSTICA
OIDO DERECHO: Curva tipo A, sugiere estado y funcionalidad de oído medio normal.
OIDO IZQUIERDO: urva tipo As, sugestiva de complacencia disminuida a nivel del sistema tímpano oscicular.

SUGERENCIAS
Control con médico tratante
Diagnóstico: Z011 - EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION

Paula A. Maigual A
FONOAUDIOLOGA
ESP AUDIOLOGIA

Paula A. Maigual A
FONOAUDIOLOGA
ESP AUDIOLOGIA

Dr(a). MAIGUAL PAULA ANDREA		
REGISTRO NO.	30334444	Esp. AUDIOLOGIA

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN PEDAGÓGICA PARA LA ATENCIÓN A NIÑAS Y NIÑOS CON DISCAPACIDAD O ALERTAS EN EL DESARROLLO EN LOS SERVICIOS DE EDUCACIÓN INICIAL	F20.MO12. PP	24/03/2023
		Versión 2	Página 1 de 8

1. DATOS GENERALES				
Fecha de diligenciamiento (10/7/2025)				
Marque con una X el servicio de educación inicial al que asiste la niña o el niño con discapacidad				
Institucional	Centros de Desarrollo Infantil (CDI)	X	Hogares Empresariales	
	Hogares Infantiles (HI)		Hogares Comunitarios de Bienestar Múltiples (HCB Múltiples)	
	Jardines Sociales		Desarrollo Infantil en Establecimientos de Reclusión (DIER)	
Comunitaria	Hogares Comunitarios de Bienestar - HCB			
	Hogares Comunitarios de Bienestar Agrupados - HCB Agrupados			
	Hogares Comunitarios de Bienestar Integrales – HCB Integrales			
Familiar	Desarrollo Infantil en Medio Familiar (DIMF)			
	Educación Inicial en zona rural y rural dispersa. (EIR)			
	Hogares Comunitarios de Bienestar Familiar – Familia, Mujer e Infancia (HCB FAMI).			
Propia e intercultural	Propia e intercultural			
Regional: Putumayo				
Centro Zonal: La hormiga				
Nombre de la Unidad de Servicio:	**CDI FRONTERAS DE PAZ**			
Dirección: Barrio 7 de agosto			**Municipio: Dorada**	
Zona: Urbano_x__ Rural____ **Teléfono contacto de UDS:**				
Correo electrónico:				
Nombre del Agente Educativo y/o madre/padre comunitario: Lizeth Andrea Montenegro Arteaga				

2. DATOS DE LA NIÑA O EL NIÑO				
Nombre de la niña o niño: **Anthony Santiago Acosta Díaz**			**Documento de Identificación: 1122344020**	
			Edad (Años y meses): 3 años 1 mes	
Grupo de atención (para los casos que aplique)				
Tipo de Discapacidad (Marque con una X)	Motora		Visual	
	Auditiva		TEA (trastorno de espectro autista) Retardo del desarrollo del lenguaje	x
	Psicosocial		Intelectual	
	múltiple			
Alertas en el desarrollo (Marque con una x cuando aplique) **Nota:** aplica solo cuando una niña o un niño según la escala	**PROCESOS SUBPROCESOS**	**O**	**DESCRIPCIÓN**	
	Cognitivo	x		

PÚBLICA

de valoración cualitativa del desarrollo (EVCD-R) se valora con dos o más procesos o subprocesos del desarrollo en alerta	Personal social		
	Comunicativo		
	Corporal		

3. CARACTERÍSTICAS DE LA NIÑA O NIÑO / FACILITADORES PARA LA PARTICIPACIÓN	
A partir de los ítems establecidos en el siguiente apartado, realice una descripción de la niña o el niño con relación a sus procesos de desarrollo y aprendizaje, tenga en cuenta, que podrá observar estas características en el desarrollo de las experiencias pedagógicas e interacciones que acontecen en la UDS, UA y/o UCA.	
a. Gustos e intereses.	Anthony Santiago Acosta Díaz lo motivan juguetes favoritos y juegos repetitivos.
b. Habilidades y capacidades.	Imitación de gestos, seguimiento de instrucciones simples, interacción con adultos.
c. Ambientes, materiales y experiencias que favorecen su participación.	Los ambientes dentro de CDI son: Apoyos visuales, rutina claras y ambientes con pocos distractores.
d. Acceso a otros servicios (terapéuticos, culturales y /o deportivos).	Se da inicio al proceso de valoración desde el año 2024 con especialista en Neuropediatria, cual realiza: Resonancia cerebral simple bajo sedación, electroencefalograma computarizada, potencial evocado auditivo, imitación acústica, aminoácidos cuantitativos en sangre. Especialista recomienda escolarizarlo, asistir a terapia ocupacional y fonoaudiología dos veces semana.
e. Sobre lo anterior, que aportes tiene la familia y/o cuidadores de la niña o el niño.	Existe un acompañamiento adecuado por parte de la red de apoyo familiar (madre y padre), de la misma manera de agente educativa, auxiliar pedagógica y apoyo psicosocial. No se ha dado cumplimiento a las atenciones por terapia ocupacional y fonoaudiología ya que el menor presenta dificultades en las en afiliación en salud y los padres de familia han cancelado todos los servicios de salud de manera particular.

4. BARRERAS QUE SE EVIDENCIAN PARA LA PARTICIPACIÓN	
Se consideran como barreras aquellas condiciones, prácticas, concepciones y escenarios fuera y dentro de la UDS, UA y/o UCA que dificultan el desarrollo de prácticas inclusivas. Las barreras pueden visibilizarse durante el acceso, permanencia y tránsito de las niñas y los niños con discapacidad.	
a. Espacios físicos de la UDS, UA y/o UCA.	Actualmente no se detallan barreras específicas, pero se pueden anticipar: • Posibles limitaciones en comunicación (requiere pictogramas, gestos, apoyo visual). Necesidad de ajustes en materiales y dinámicas de grupo. Ajustes razonables recomendados:

¡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

	◆ Espacios: Crear zonas seguras y tranquilas. ◆ Materiales: Uso de apoyos visuales y sensoriales. ◆ Comunicación: Sistemas alternativos como pictogramas, gestos o tableros. ◆ Actitudes: Sensibilizar a docentes, cuidadores y familias para garantizar inclusión.
b. Ubicación geográfica de la UDS, UA y/o UCA.	El **CDI Fronteras de Paz** se encuentra en el **Barrio 7 de Agosto**, en zona **urbana** del municipio de La Dorada, Putumayo. **Acceso físico**: Vías sin pavimentar **Servicios complementarios** cercanos (centros de salud) Recomendación: • Garantizar rutas seguras de acceso para la familia. • Articular con EPS, entidades locales de salud y cultura para acercar servicios terapéuticos. • Realizar trabajo comunitario para promover la inclusión en el entorno.
c. Mecanismos de comunicación (auditivos, visuales, táctiles u otros)	Actualmente, Anthony presenta **retardo del desarrollo del lenguaje**, lo que implica barreras significativas en la comunicación verbal. Si no se implementan mecanismos de apoyo alternativos, pueden limitarse sus posibilidades de **expresarse**, **comprender instrucciones** y **participar activamente** en actividades grupales.
d. Ambientes, materiales y/o experiencias en la UDS, UA y/o UCA.	En la actualidad, si se detallan ambientes, materiales o experiencias adaptadas específicamente para favorecer la participación activa de Anthony, quien presenta **TEA y retardo del lenguaje**.
e. Imaginarios, discursos y actitudes que generan exclusión (por parte del talento humano, la comunidad, familias, autoridades, entre otros).	En el contexto del CDI, pueden existir **imaginarios y actitudes excluyentes** que limiten la inclusión efectiva de Anthony Santiago, como: • Actitudes **de sobreprotección excesiva** o subestimación de sus capacidades, limitando oportunidades para explorar, decidir o interactuar. • Falta de estrategias claras para **incluirlo de forma activa** en actividades grupales, generando aislamiento o marginalidad. **Recomendación:** ✓ Realizar jornadas de **sensibilización y formación** con docentes, cuidadores y familias sobre inclusión, TEA y convivencia respetuosa. ✓ Visibilizar **fortalezas y avances** de Anthony. ✓ Promover **actividades de integración grupal** donde todos los niños y niñas participen y aprendan a convivir con la diversidad. ✓ Acompañar a la familia para fortalecer su rol como defensora de derechos e inclusión de su hijo. ✓ Articular con directivos y autoridades del CDI para adoptar políticas y prácticas inclusivas claras.

PUBLICA

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

5. AJUSTES RAZONABLES PARA LA INCLUSIÓN

Son comprendidos como aquellas modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas en las condiciones físicas, relaciones sociales y actitudinales, que no impongan una carga desproporcionada o indebida cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las niñas y niños su participación en la UDS, UA y/o UCA.

Estos ajustes se pueden generar a partir de las expresiones de las niñas y los niños, el análisis de la información registrada en las diversas herramientas de seguimiento al desarrollo, observaciones de los equipos interdisciplinarios y la corresponsabilidad de las familias.

Para la selección de los tipos de apoyo tenga en cuenta las siguientes definiciones:

1. **Intermitentes(I)**: apoyos que son necesarios durante periodos cortos conforme a las necesidades del usuario.
2. **Limitados(L):** esta intensidad de apoyo se caracteriza por su consistencia en el tiempo, por un tiempo limitado, pero no intermitente. Puede exigir un coste inferior y menos personal que otros niveles más intensos de apoyo.
3. **Extensos(E)**: se definen por la implicación continua y regular, en relación a algunos entornos y sin límite de tiempo.
4. **Generalizados(G)**: constante y de alta intensidad, se proporciona en distintos entornos y son, potencialmente, para toda la vida. Normalmente son más intrusivos y exigen más atención personal que las otras intensidades de apoyo.

PÚBLICO

Condiciones para la participación	Ajuste razonable	Tipo de apoyo				Seguimiento
		I	L	E	G	
a. Espacios físicos de la UDS, UA y/o UCA.						
b. Ubicación geográfica de la UDS, UA y/o UCA.						
c. Imaginarios, discursos y actitudes que generan exclusión (por parte del talento humano, la comunidad, familias, autoridades, entre otros).						
d. Mecanismos de comunicación (auditivos, visuales, táctiles u otros)						
e. Ambientes, materiales y/o experiencias en la UDS, UA y/o UCA.						

PUBLICA

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

6. VINCULACIÓN DE ACTORES PARA FAVORECER LA INCLUSIÓN

Este ítem hace referencia a las personas que se comprometerán a la gestión con enfoque diferencial en la UDS, UA y/o UCAS incluyendo a la Familia como corresponsable del proceso. En la consolidación de estos compromisos, se hace necesaria la participación del equipo interdisciplinario del servicio.

ACTORES	ACCIONES/ COMPROMISOS	FECHA
FAMILIA, CUIDADORES O CON QUIENES VIVE	• Participar activamente en las actividades de seguimiento pedagógico y terapéutico. • Apoyar el equipo interdisciplinario en la gestión del trámite en salud. • Asistir a escuelas de familia o talleres de sensibilización sobre el TEA y estrategias de apoyo en casa. Apoyar el uso de pictogramas, gestos o tableros de comunicación en el hogar, reforzando lo trabajado en el CDI. Mantener comunicación constante con el agente educativo y profesionales interdisciplinarios para compartir avances y dificultades. Facilitar la asistencia del niño a valoraciones terapéuticas externas (fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo) si se recomienda. Proveer información relevante sobre gustos, intereses y cambios de comportamiento para ajustar las estrategias pedagógicas.	**11/07/2025**
PROFESIONALES DE EQUIPO INTERDICIPLINAR	• Realizar **valoración integral** de Anthony (lenguaje, sensorial, cognitivo, social) para definir planes de intervención específicos. • Elaborar y ejecutar un **Plan Individual de Apoyo (PIA)** en coordinación con el agente educativo y la familia. • Recomendar y articular **remisiones externas** si se identifican necesidades terapéuticas adicionales (fonoaudiología, terapia ocupacional, intervención conductual). • Hacer **seguimiento periódico** a los avances y ajustes necesarios para garantizar su participación plena en las actividades del CDI. • Brindar **asesoría y acompañamiento técnico** al talento humano del CDI para fortalecer prácticas inclusivas. • Participar en jornadas de **sensibilización y formación** para familias y comunidad educativa. Documentar todos los procesos y mantener comunicación constante con la familia para ajustar estrategias cuando sea necesario.	**11/07/2025**

PÚBLICA

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

MADRE O PADRE COMUNITARIO / AGENTE EDUCATIVA	• Implementar **estrategias pedagógicas adaptadas** que respondan a las necesidades de Anthony, usando apoyos visuales, actividades cortas y espacios estructurados. Organizar el **ambiente del aula** para ofrecer zonas tranquilas, materiales sensoriales y rutinas claras. Usar **mecanismos alternativos de comunicación** (pictogramas, gestos) durante las actividades diarias. Realizar **observación y registro continuo** de avances, dificultades y conductas, para compartirlos con el equipo interdisciplinar y la familia. • Facilitar la **interacción progresiva** de Anthony con otros niños y promover actividades de juego inclusivo. Mantener **comunicación directa y frecuente con la familia**, orientando sobre estrategias que puedan replicarse en casa.	**11/07/2025**
EAS	• Brindar **acompañamiento técnico y metodológico** al equipo del CDI para fortalecer la inclusión de Anthony. • Coordinar y articular la **gestión de apoyos externos** necesarios (EPS, remisiones terapéuticas, enlaces con salud y entidades locales). • Monitorear la implementación de los **ajustes razonables** propuestos en la ficha de caracterización. • Promover **espacios de sensibilización** con familias, comunidad y actores institucionales para prevenir imaginarios excluyentes. • Participar en reuniones de **seguimiento interdisciplinar** para evaluar avances y retos. Apoyar la articulación entre el CDI, la familia y otros sectores que garanticen la atención integral.	
CENTRO ZONAL	Garantizar el **seguimiento y acompañamiento técnico** a la UDS (CDI) para la correcta implementación de prácticas inclusivas. Verificar que se cumplan los **ajustes razonables** definidos en la ficha de caracterización. Articular con otras entidades y sectores (salud, educación, protección) para asegurar que Anthony acceda a los **servicios terapéuticos complementarios** que requiera. Apoyar la **sensibilización comunitaria** para fortalecer la inclusión y derribar barreras actitudinales o imaginarios excluyentes. Hacer seguimiento a los **informes periódicos** del equipo interdisciplinar y del agente educativo. Mantener comunicación permanente con la familia para resolver inquietudes y promover la corresponsabilidad.	

¡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

	Asegurar el **registro documental** de todos los avances y compromisos asumidos por los actores vinculados.	
REGIONAL	• Brindar orientación técnica y administrativa al Centro Zonal y a la UDS (CDI) para garantizar la adecuada atención del niño. • Asegurar la asignación de recursos necesarios para implementar los ajustes razonables definidos (materiales didácticos, apoyos visuales, formación del talento humano). • Apoyar la articulación intersectorial con entidades de salud, educación y protección para garantizar la atención integral del niño. • Monitorear que se cumplan las políticas y lineamientos establecidos para la atención a niños y niñas con discapacidad en la región. • Promover espacios de capacitación para el talento humano de las UDS sobre inclusión, diversidad y manejo del TEA. • Respaldar las acciones de sensibilización comunitaria y familiar para derribar imaginarios o prácticas excluyentes. • Evaluar de forma periódica los resultados y apoyar la toma de decisiones para fortalecer procesos inclusivos.	

Firmas de quienes aportan a la construcción de esta ficha

NOMBRE	N° DE IDENTIFICACIÓN	ACTOR (Familia, talento humano, EAS, ICBF)	CARGO	FIRMA
Yorgeda Rangel	1.123.137.951	Apoyo social	Psicóloga	

PÚBLICA

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre 48

Ciudad San Miguel la Dagda

Nombre completo de la niña o niño Anthony Santiago Acosta Diaz

Fecha de nacimiento 22 05 2022 **N° Documento de Identidad** 1.122.344.020

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Andrea Montenegro

Fecha de registro cualitativo Día 2 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

Anthony se encuentra en un desarrollo esperado acorde a su edad le llamaba la atención los rompecabezas y las actividades, de encaje. Se fortalecera principalmente la comunicación oral, brindando espacios donde pueda expresar sus ideas, ampliar su vocabulario.

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 2 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

Anthony Acosta se encuentra en un Perfil esperado teniendo en cuenta que cumple con los ítems de su rango de edad Participa en las actividades propuestas y se integra con sus compañeros, Se continuara fortaleciendo el desarrollo de la Comunicación 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 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: Anthony Acosta **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvula 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)
1 - diciembre - 2025.	el niño no asiste a la Unidad de atencion Parvula 2.	Agente educativa realiza llamada telefonica Para Conocer el motivo de la inasistencia, el Cual no se obtuvo respuesta, Se deja un mensaje Via whatsapp Solicitando información Siendo las 9:00 am madre de familia informa que Presenta Un Poquito de tos, Por lo cual decide tenerlo en casa.	Andrea Montenegro	Diana Diaz

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
2/12/25	el niño asiste a la Unidad de atención, a parentemente bien de Salud, Se Procede a Cerrar novedad.

- Diana Diaz

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

BIENESTAR FAMILIAR

RLV

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Anthony Acosta Diaz **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Paiulas 2. **AGENTE EDUCATIVO:** Andra 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)
12/08/25.	Seguimiento y acompañamiento a tramite en Salud.	Se realiza acompañamiento psicosocial al tramite correspondiente en Salud Verificando que en los correos electronicos no se ha recibido ninguna respuesta a las solicitudes realizadas durante el mes de junio y Julio.	Apoyo Psicosocial	Diana Diaz.
12/09/25.	Solicitud Visita con EPS y Dirección local de salud.	Con el fin de tener una información a las solicitudes se reúne a solicita información con la dirección local de Salud la cual informa que el niño no se encuentra vinculado con EPS FAMISANAR que se procedera a realizar tramite de asignación y solicitud de cambio de EPS	Apoyo Psicosocial.	Diana Diaz.

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
21/10/2025	Se le da seguimiento a la novedad de traslado de EPS del menor A(un) Anthony, se realiza llamada via b llamada de voz a las 10:06 am contesta el padre de familia, donde me presento y menciono que soy la psicologa del CDI, y procedo a preguntarle como va el tramite de traslado de EPS, donde el padre refiere que ya ido dos veces a la secretaria de salud y que (ya fleva) no se ha podido hacer el retiro puesto que esa EPS Famisanar, no suelta los usuarios y que es bien dificil hacer el cambio, por este motivo fuimos a la personeria a que nos colaboren con una tutela, para hacer su solicitud de retiro la semana pasada y estamos a la espera de lo que le digan, se procede a pedi que nos comparta un soporte o oficio de recibido de la tutula, a lo que el padre refiere que el la va a pedir porque no lo tiene y me lo comparte al whatsApp.
18-NOV 2025	Padre de familia envia soportes de que a corte de 31 de diciembre de 2025, continua afiliado a famisanar y apartir del 1 de enero de 2026 ya estaria afiliado a la nueva eps en San Miguel, y padres de familia se comprometen a llevarlo a los controles mientras pasa particular. Estepany Blandón Linares y Se Procede a Cenar navidad

8:10

87377

fortaleciendo los servicios y garantizando la atencion a nuestros afiliados.

viernes • 09:01

NUEVA EPS te informa: el traslado del afiliado RC 1122344020 ha sido aprobado a partir del 2026-01-01 fecha desde la cual nuestra entidad sera la responsable de la prestacion del servicio de salud Para mayor informacion comunicate a la linea gratuita nacional 01 8000 952000

sábado • 10:10

ANTHONY En NUEVA EPS pensamos en tu bienestar, accede de manera GRATUITA a los Programas de Promocion y Prevencion. Consulta en tu IPS asignada.

10:10

Mensaje de texto

55

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	1122344020
NOMBRES	ANTHONY SANTIAGO
APELLIDOS	ACOSTA DIAZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS FAMISANAR S.A.S. -CM	SUBSIDIADO	01/05/2023	31/12/2025	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	11/18/2025 08:15:18	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Anthony Acosta Diaz 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)
24-octubre-2025	el niño no asiste a la Unidad de atención Parvulos 2	Agente educativa realiza llamada telefonica Para Conocer el motivo de la Inasistencia del niño, madre informa que debido a las Condiciones climaticas (lluvia) y a que el niño tiene cita Con terapias en la hormiga.	Andrea Montenegro	- Diana Diaz

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
27/10/23	el niño asiste a la Unidad de atencion en buenas Condiciones se procede a Cenar normal

Diana Diaz

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Anthony Acosta 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)
24- Septiembre 2025	Agente educativa evidencia que el niño tiene el Proximo control de Creamiento y desarollo Para el 25 de Septiembre y higiene oral.	Se dialoga con la madre de familia Se da a conocer Sobre los Proximos control de Crecimiento y desarollo y higiene oral tiene Para el 25 Septiembre, Se recomienda Sacar cita. Madre de familia refiere que el dia 25, lleva al niño al control y higiene Oral.	Andrea Montenegro	Diana Diaz

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
29/09/25	Llega madre de familia Se Presenta a la Unidad con las copias actualizadas del Carnet y higiene Oral Se anexa a la Carpeta y Se Procede a Cenar novedad.

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