Fecha de diligenciamiento: 9 | 09 | 2025

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

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

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

Unidad de Servicio sugerida: CDI FRONTERAS DE PAZ.

Tipo documento identidad: (X) 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: 1122344024

Fecha nacimiento: 05 | 05 | 2022

Nombres: LICETH DAHANY

Apellidos: BRAVO

Presenta discapacidad? ( ) Si (X) 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 (X) N/A

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

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

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

Departamento residencia: PUTUMAYO

Municipio de residencia: SAN MIGUEL

Zona: URBANA

Barrio: METROPOLITANO

Vereda:

Sector:

Dirección: CASA UBICADA DIAGONAL AL COLICEO.

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

Parentesco: (X) Madre ( ) Padre ( ) Cuidador/a

Tipo documento identidad: ( ) Tarjeta identidad (X) 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: 1006 788 218

Nombres: FRANCY LORENA

Apellidos: RODRIGUEZ.

País de nacimiento: COLOMBIA

Fecha nacimiento: 14 | 05 | 1998

Correo electrónico:

Número de celular: 3138669180

Número de fijo:

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

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

Nombre y Firma del padre, madre y/o cuidador: Francy Rodriguez.

Nombre y Firma del profesional que diligencia: LILIANA TOTIATAR

Observaciones:

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:

LICETH DAHNY BRAVO RODRIGUEZ

Nº DOCUMENTO: 1122344024 **TIPO DOCUMENTO:** RC X CC ___ OTRO ___

FECHA DE NACIMIENTO: 05-MAYO-2022 **EDAD:** 3 A-3 M

LUGAR DE NACIMIENTO: HOBOA - PUTUMAYO

NOMBRE DE LA UDS: CDI FRONTERAS DE PAZ.

CODIGO UDS: 867571126972 **BARRIO/VEREDA:** SIETE DE AGOSTO.

FECHA DE INGRESO: 9-09-2025 **FECHA DE RETIRO:** _____

SISBEN: A3 (PE) **EPS:** EMSSANAR **RÉGIMEN (C)**__ **(S)** X

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

GRUPO ETNICO: SI____ **NO**____ **¿CUAL?** _____

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

NOMBRE DE LA MADRE: FRANCY LORENA RODRIGUEZ

Nº CÉDULA: 1006 788 218 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** SAN MIGUEL

NOMBRE DEL PADRE: JAIRO ALEJANDRO BRAVO QUINTERO

Nº CÉDULA: 1130 884 156. **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** CAIARCA

Nº DE CELULAR: 313 866 9180

NOMBRE DEL ACUDIENTE: _____

Nº CÉDULA: _____ **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** _____

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

NUMERO DE CELULAR _____

Francy Rodríguez.
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.122.344.024

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 61322559

61322559

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** X 6 Z

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

REGISTRADURIA DE SAN MIGUEL(LA DORADA) - COLOMBIA - PUTUMAYO - SAN M

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
BRAVO	RODRIGUEZ

Nombre(s): LICETH NAOMY

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes MAY Día 05	FEMENINO	O	POSITIVO

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

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	164018135

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: RODRIGUEZ NARVAEZ FRANCY LORENA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.006.788.218	COLOMBIA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: BRAVO QUINTERO JAIRO ALEJANDRO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.130.884.156	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: BRAVO QUINTERO JAIRO ALEJANDRO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.130.884.156	Jairo Bravo

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2022 Mes JUN Día 30	ROY EDISON CALLE QUIRAMA - REGIST Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Adhesivo Copia Registro Civil 37210060-4

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

ESTA REPRODUCCIÓN FOTOMECÁNICA ES FIEL COPIA DE LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURÍA

San Miguel (La Dorada) - Putumayo, 01 de octubre de 2024
VALIDO PARA TRAMITES LEGALES Y CIVILES.

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

ROY EDISON CALLE QUIRAMA
Registrador Municipal del Estado Civil

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.130.884.156**

BRAVO QUINTERO
APELLIDOS

JAIRO ALEJANDRO
NOMBRES

Jairo Bravo
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **26-NOV-1990**

SAN MIGUEL (LA DORADA)
SAN MIGUEL(LA DORADA) (PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **M** SEXO

27-ABR-2009 CALARCA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-2601000-00161521-M-1130884156-20090706 **0013**116333A 1 24861806

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	1122344024
NOMBRES	LICETH NAOMY
APELLIDOS	BRAVO RODRIGUEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	SAN MIGUEL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EMSSANAR S.A.S.	SUBSIDIADO	26/05/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	07/29/2025 07:57:57	**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 de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta:	**29/07/2025**
Ficha:	**86757031478500000075**

A3

GRUPO SISBÉN IV

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: LICETH NAOMY

Apellidos: BRAVO RODRIGUEZ

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122344024

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:	**07/11/2017**
Última actualización ciudadano:	**06/07/2022**
Última actualización vía registros administrativos:	**25/11/2023**

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

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

Contacto Oficina SISBEN

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

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEducación - Ministerio de Educación
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ICETEX

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA ...Sanos



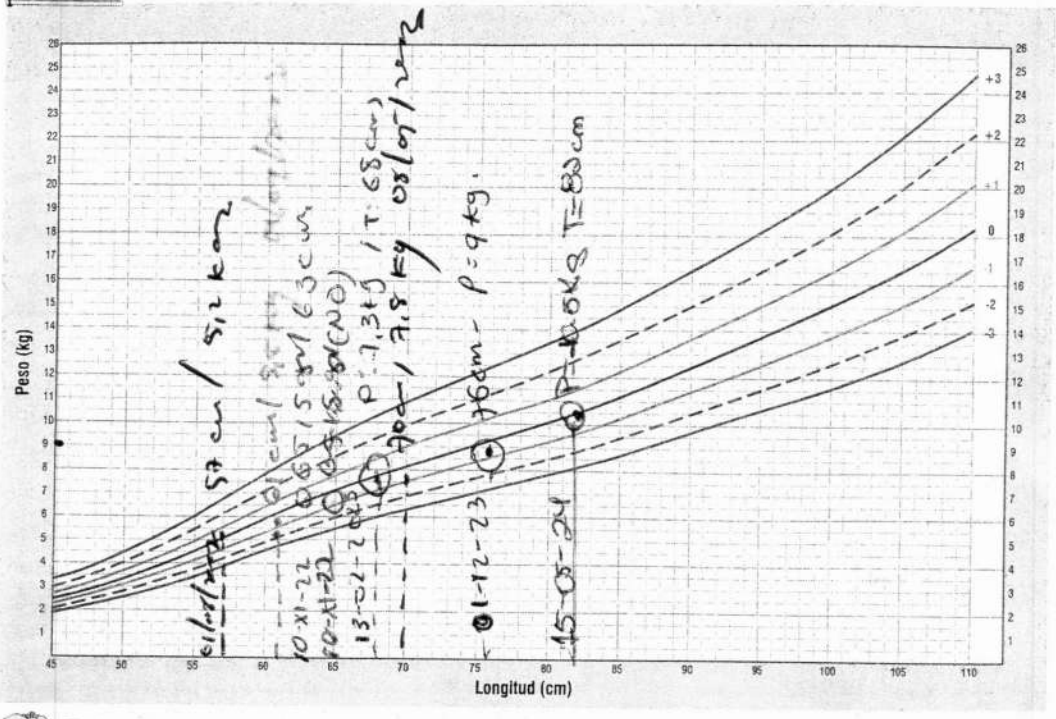
E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

Nombres: NAOMY	Apellidos: BRAVO RODRIGUEZ
Fecha de nacimiento: DÍA 05 / MES 05 / AÑO 2022	Historia Clínica: 1122340249
Barrio/Vereda: B/ METROPOLITANO	Responsable del niño:
Teléfono:	EPS: 18

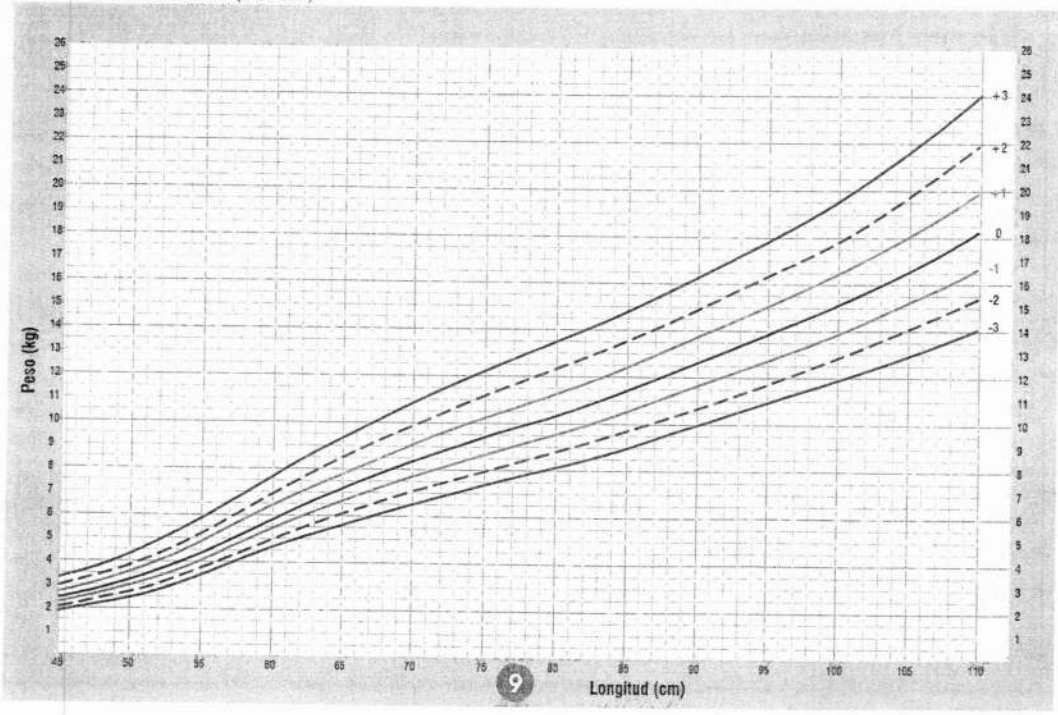
Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



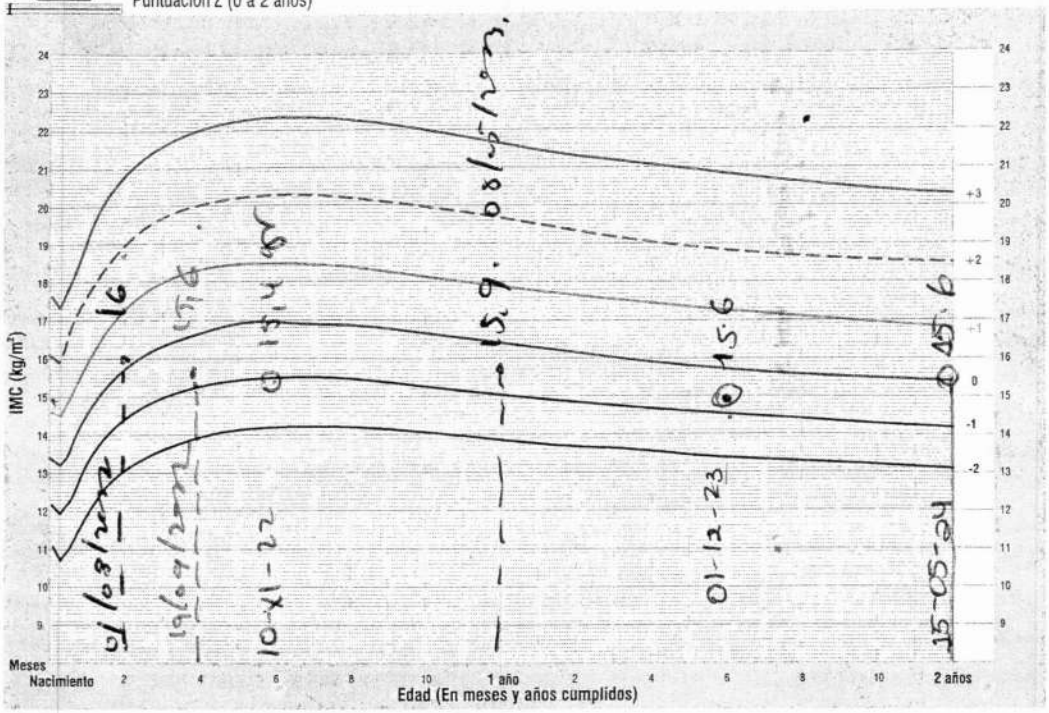
Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



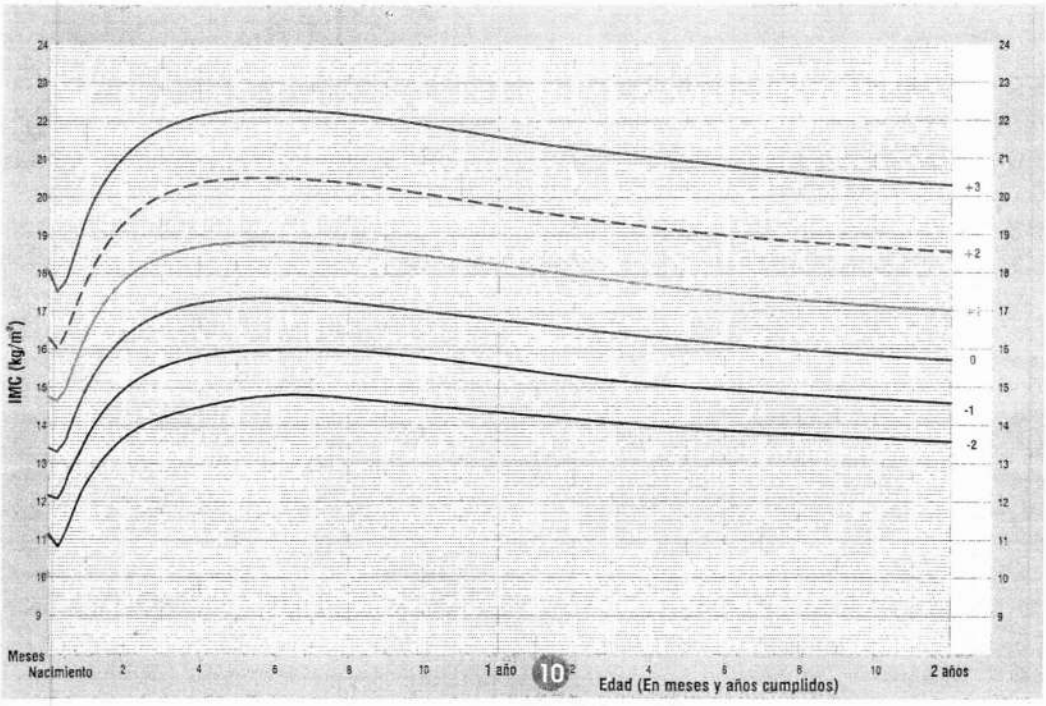
IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



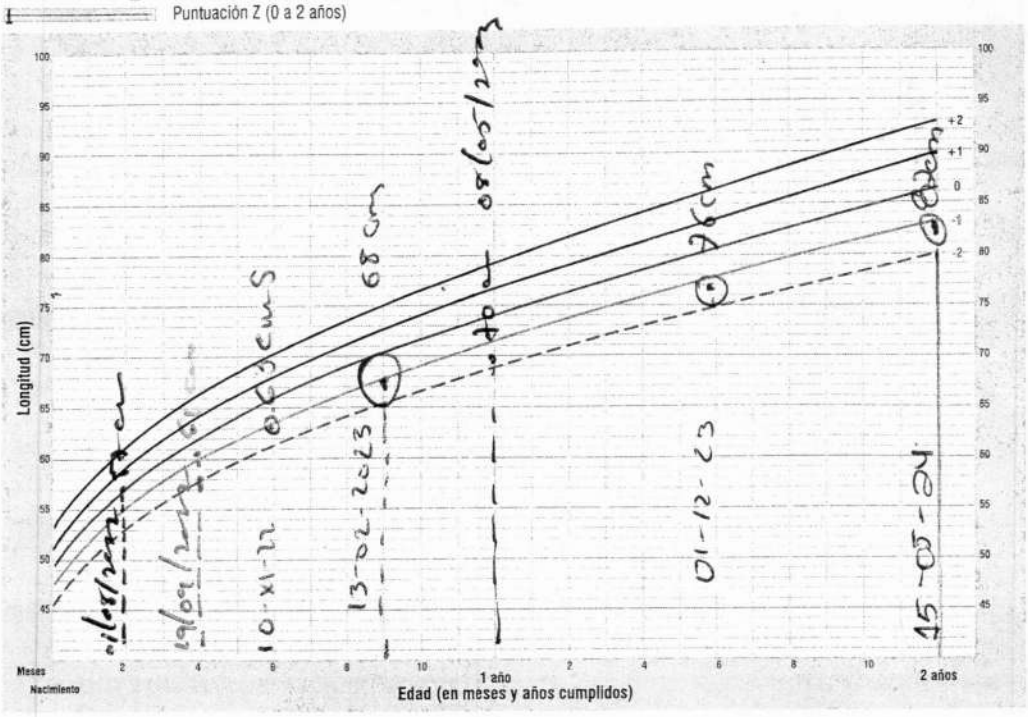
IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



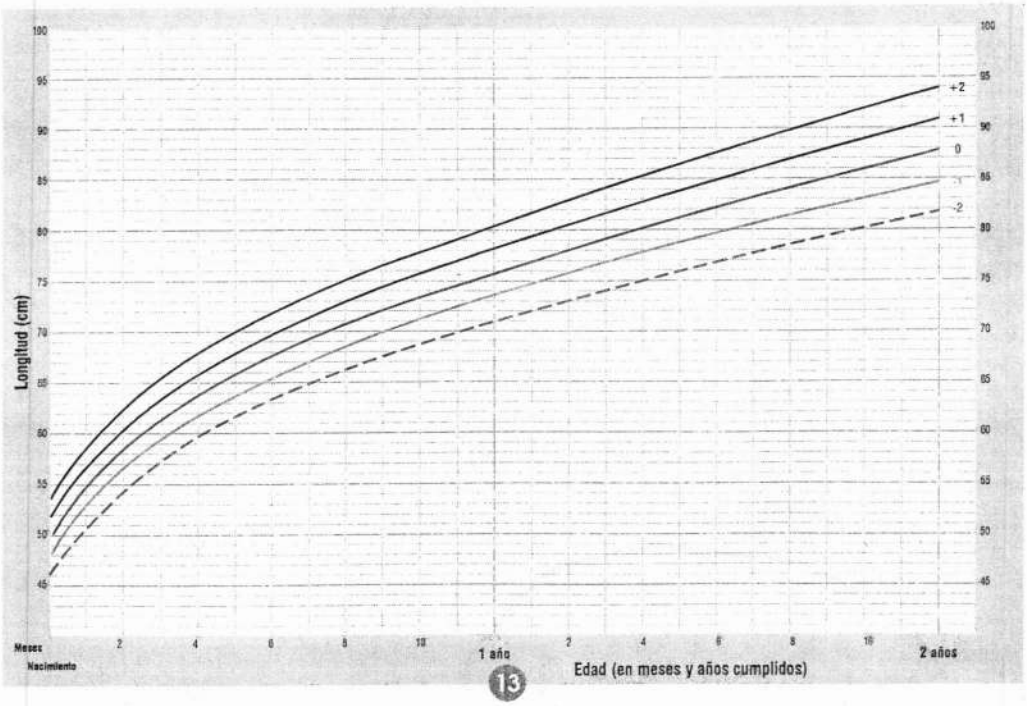
Talla para la edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



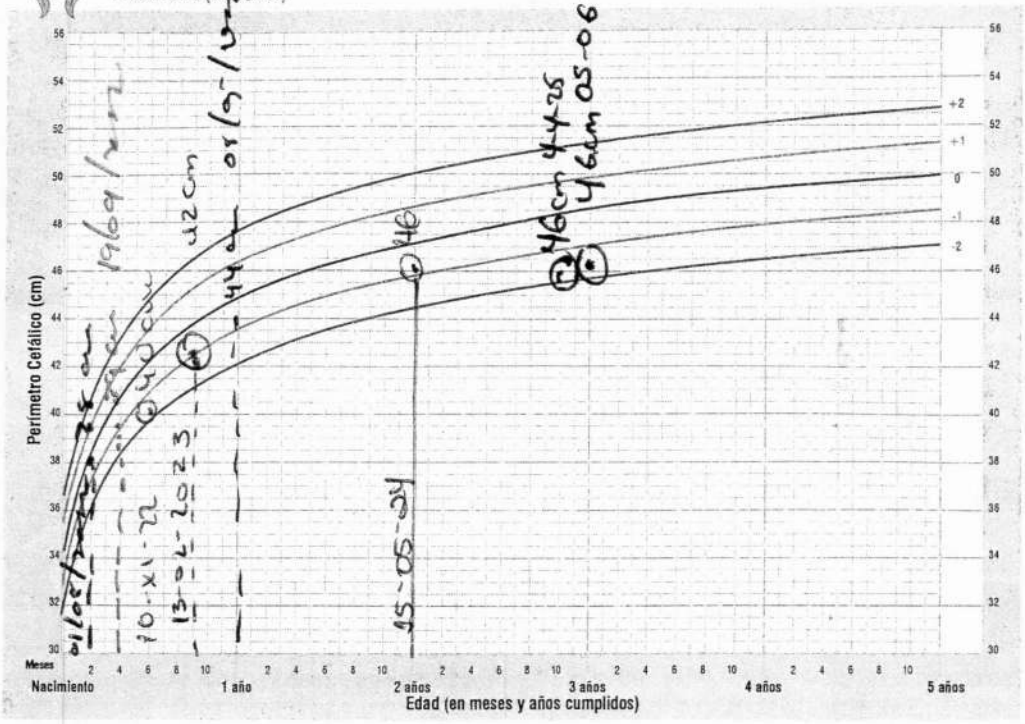
Talla para la edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



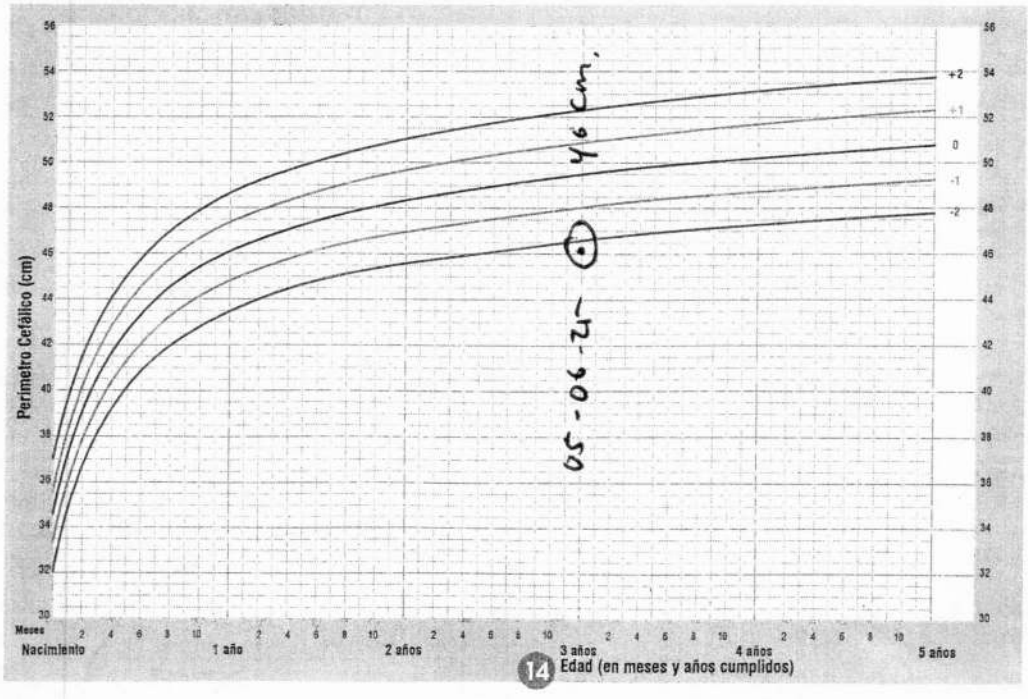
Perímetro Cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)



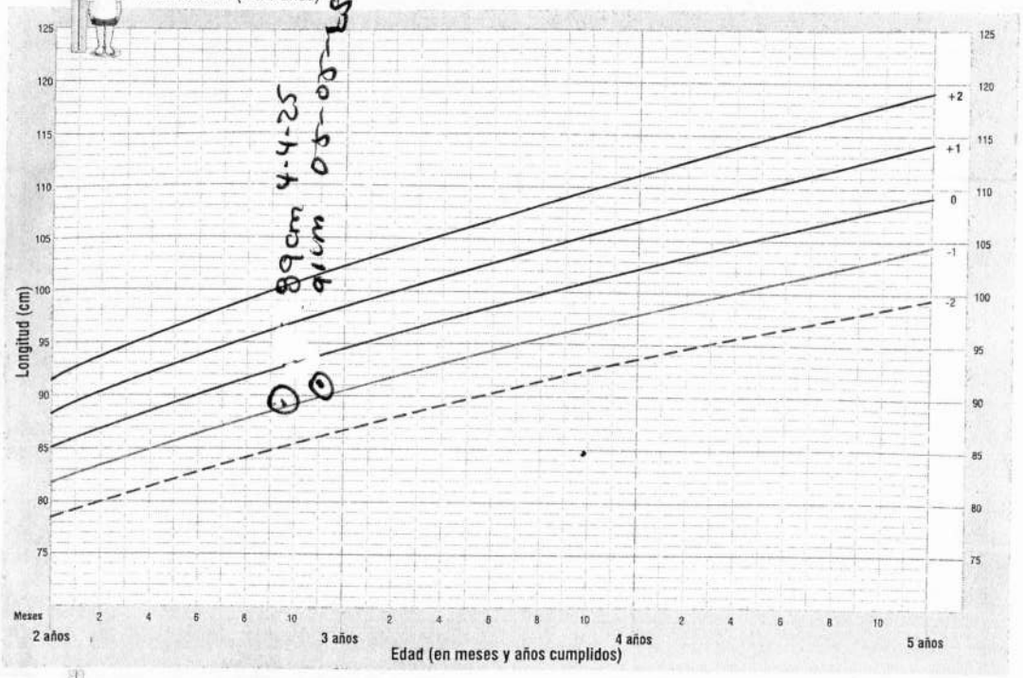
Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)



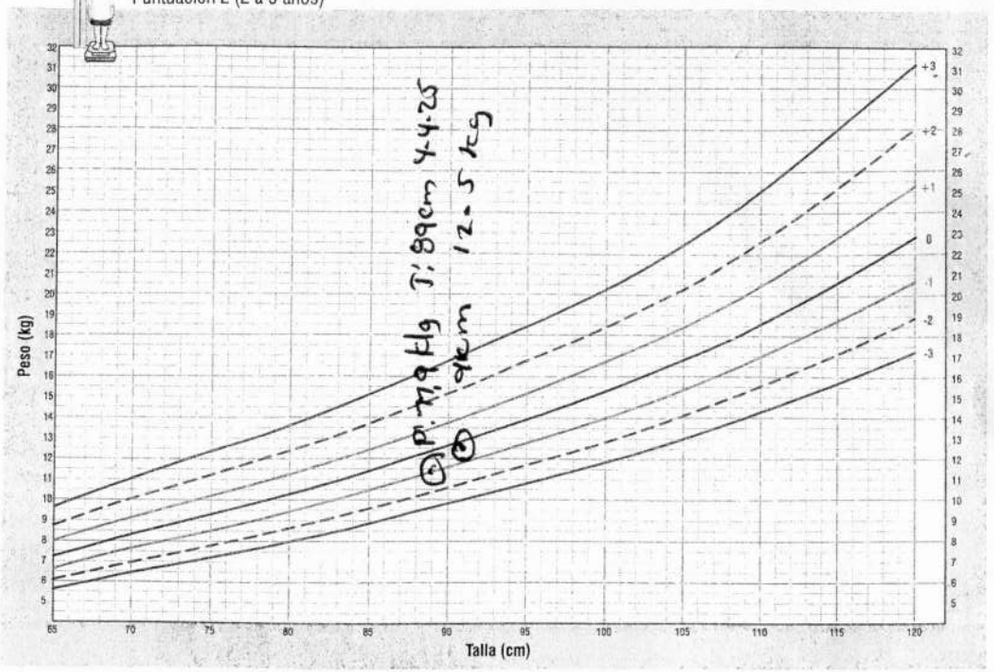
Talla para la edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



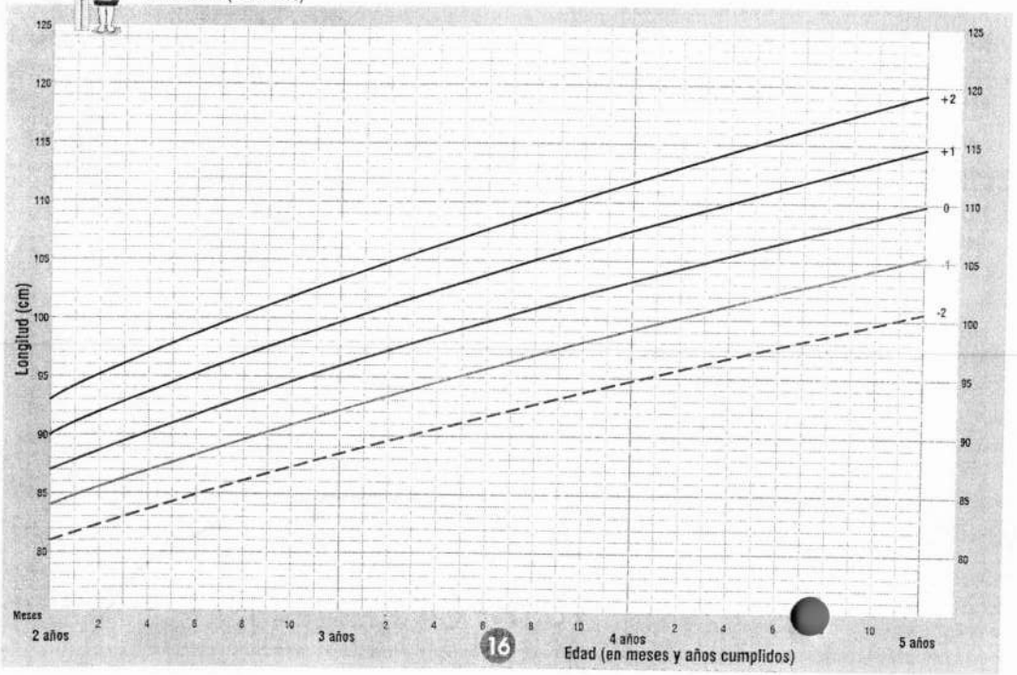
Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



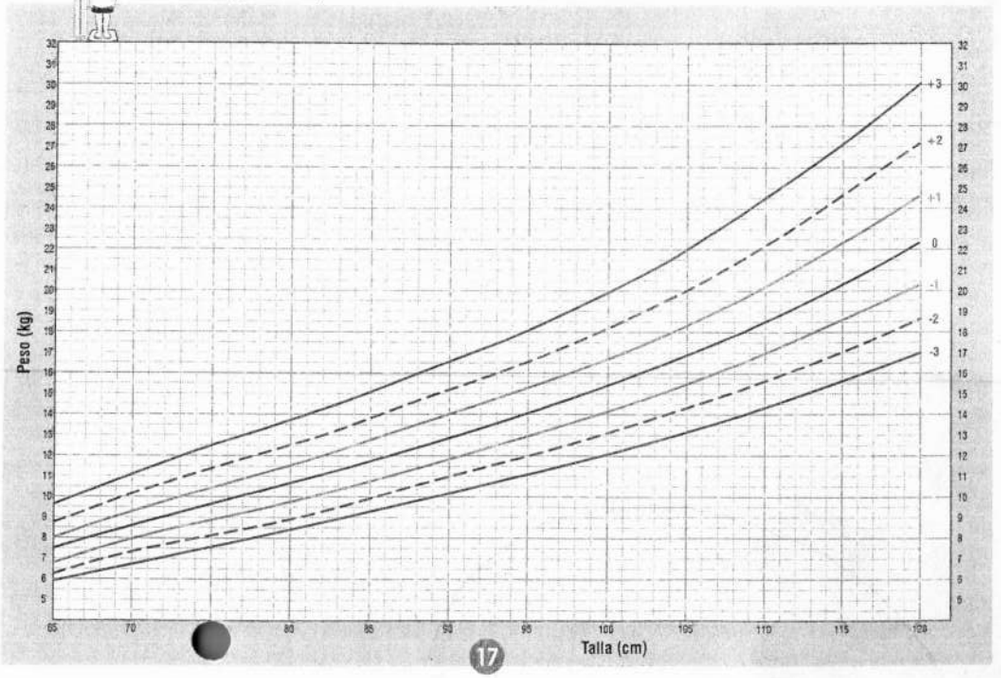
Talla para la edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



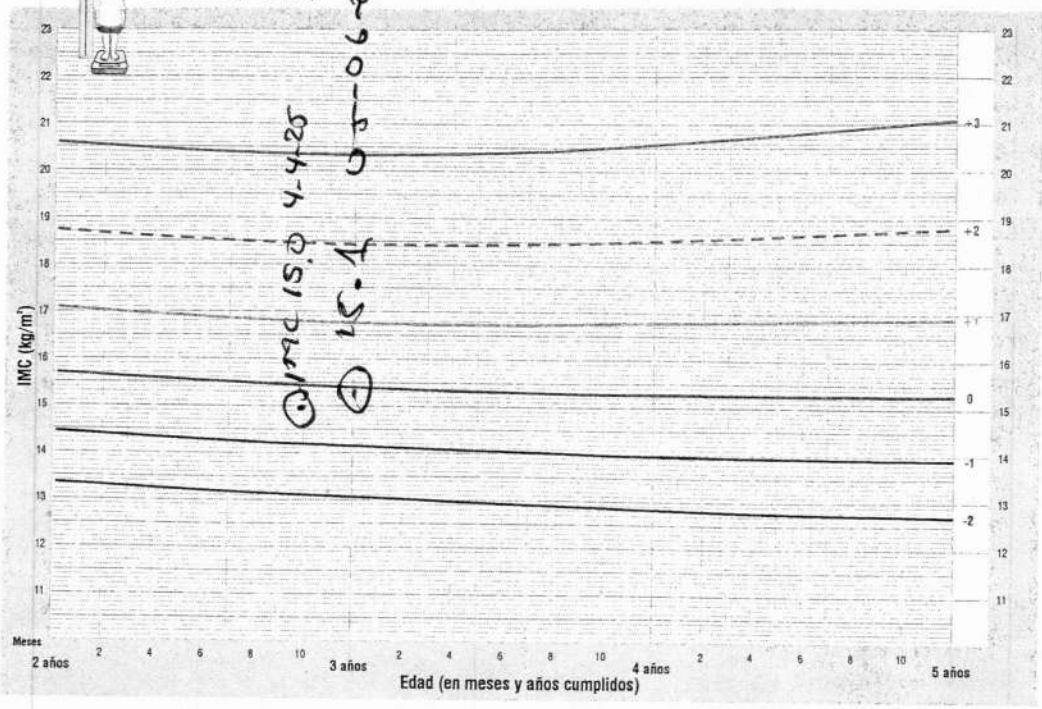
Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



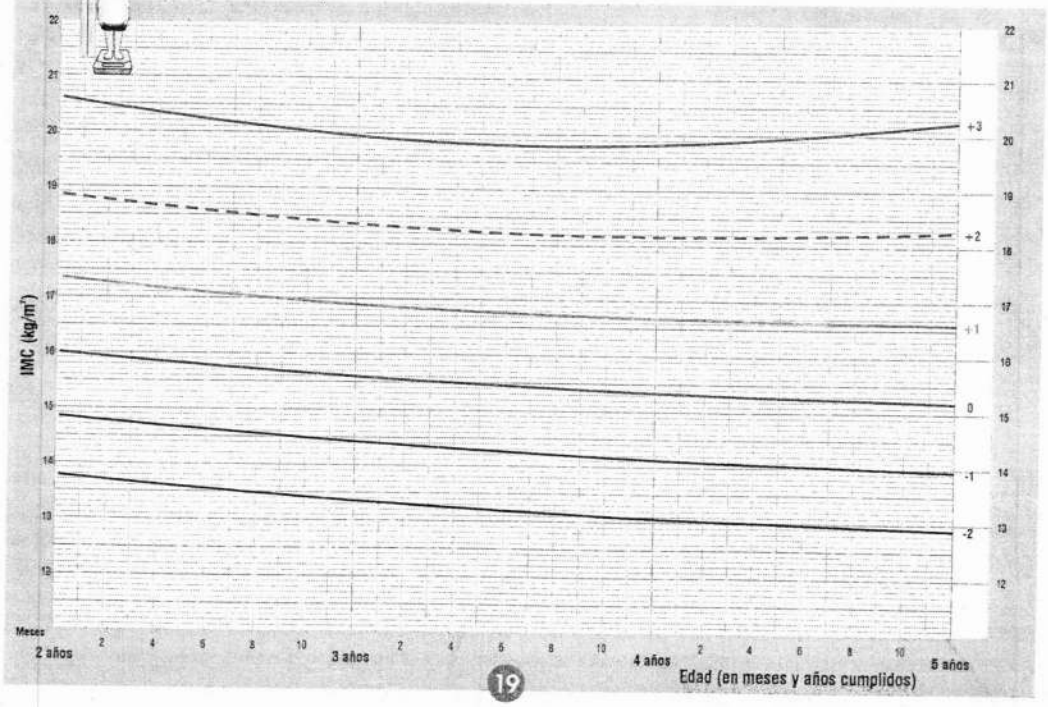
IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ	
				SI	NO
01	08	2022		/	
01	09	2022		/	
19	10	202		si -	
16	Febrero	2023	Enfe.	Si ✓	
05	Mayo	2023	Medico		
06	11	2023.	Jefe.	SI ✓	
05	05	2024	Medi.	Si ✓	
05	11	2024	Enf.		
04	Abril	2025	Enfermeria	Si ✓	Milena C-
05	Mayo	2025	Medico	cita	
05	06	2026	Enfermo		

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			

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

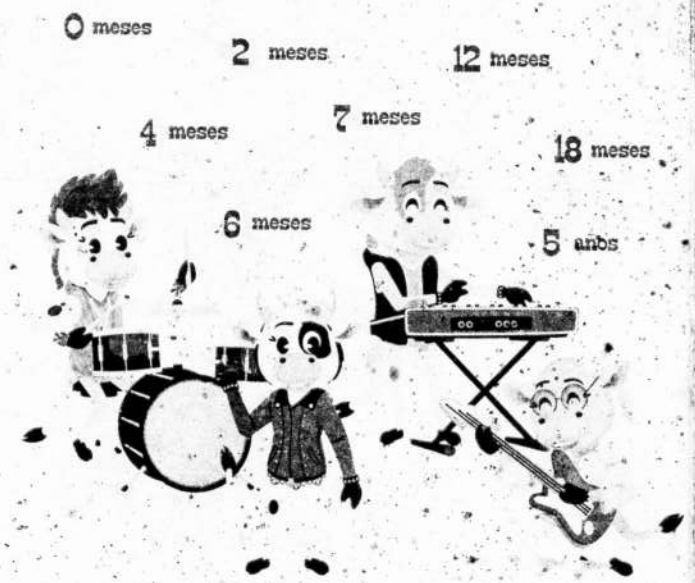
3 años					
4 años					
5 años					

*Menor o igual a 20 normal

Vacunar oportunamente con todas las dosis a tus hijos, 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)

15
P/N

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: [illegible] BRAVO
Fecha de nacimiento: 05 mayo 2022
Nº de certificado de nacido vivo:
Registro civil: 1.122.344.024
Sexo: Femenino
Grupo sanguíneo: O+ positivo.
Peso al nacer: 2920gr. Talla: 49 cm
Dirección: [illegible] SG 37 55
Teléfono 1:
Teléfono 2: [illegible]
Responsable: Francy Lorena Rodriguez Narvaez
Municipio de residencia:
Departamento: Putumayo
cc: 1006.788.218 #118.

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Nombres y Apellidos: ISETH NAHOMY BRAVO RODRIGUEZ Tipo identificación: REGISTRO CIVIL No. ID: 1.122.344.024

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién nacido			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	05	MAYO	2022	SERUM	0387 0MA0 98	ESE HUMH				MIRIAM JANSASOY
	Hepatitis B	Recién nacido	05	MAYO	2022	SERUM	0321 0X01 7D	ESE HUMH				MIRIAM JANSASOY
2 meses			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
	Poliomielitis (VIP)	1.ª	13	07	22	BIOLOGICO	211500 6	HFID				
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	13	07	22	SERUM	2EJ1XC07A					
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª	13	07	22	SERUM	2EJ1XC07A					
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	1.ª	13	07	22	SERUM	2EJ1XC07A					
	Diarrea por rotavirus	1.ª	13	07	22	GSK	ARCICE02 AC					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	13	07	22	GSK	AJPNB342 AA					
4 meses			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						CITA:			
	Poliomielitis (VIP)	2.ª	13	09	22	BIOLOGICO	214003	HFID	13-SEPTIEMBRE			
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	13	09	22	SERUM	2851402 2A		2022.			Daniela Casanova Tec. Aux en Enfermeria CC. No. 1007728227
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª	13	09	22	SERUM	2851402 2A					
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	2.ª	13	09	22	SERUM	2851402 2A					
	Diarrea por rotavirus	2.ª	13	09	22	GSK	ARCLCD04 5A					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	13	09	22	GSK	AJPNB342 AA					
6 meses			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						CITA:			
	Poliomielitis (VIP)	3.ª	07	02	23	BIOLOGICO	214104	HFID	13-NOVIEMBRE			
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	07	02	23	SERUM	2851402 2A		2022.			Sandy Martinez Tec. Aux en Enfermeria CC. No. 1123338512
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª	07	02	23	SERUM	2851402 2A					
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	3.ª	07	02	23	SERUM	2851402 2A					
	Influenza estacional	1.ª	30	05	23	GRENSS	V5052300 1	HFID	CITA:			Eduard B. Rocha C.
7 meses	Influenza estacional	2.ª	19	07	23	GLEEN	V5052300 1	HFID	05-MAYO			
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	08	05	23	SERUM	013 1N17 1A		2023			Hayeth O
12 meses	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	08	05	23	SERUM	EX8SA	HFID				
	Varicela	2.ª	08	05	23	GSK	W051657					Suclucl
	Hepatitis A	Única	08	05	23	GSK	ZV00488 02					Hayeth O
	Influenza estacional	Anual	15	05	24	BIOLOGICO	240097B / 00	HFID				
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.er refuerzo	08	02	24	SERUM	9851403 3D	HFID				
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.er refuerzo	08	02	24	BIOLOGICO	230005	HFID				
	Fiebre amarilla	Única	08	5	23	MERCK	13641	HFID				
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo							cita			
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo							2/02/24			
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª	08	02	24	SERUM	013LNUA6B	HFID				Suclucl
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.ª							CITA!			
		2.ª							SANOS			
		3.ª							COMPLETOS			
Vacunas complementarias y otras dosis												

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

CITA: 2 AÑOS CUMPLIDOS

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

Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

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

RIAS PRIMERA INFANCIA

E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA

Mi prioridad es tu salud



Nombres y Apellidos: Liceth Naomy Bravo.
Doc. de Identidad: 1122344024 EPS: Emssanar.
Teléfono: 3138669180 Domicilio: Metropolitano

		PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) ó AÑOS (A)													
			5 DÍAS	1 M	2-3 M	4-5 M	6-8 M	9-11M	12-17M	18-23M	24-29M	30-35M	3 A	4 A	5 A	
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico														
		Atención en salud por medicina general														
		Atención en salud por enfermería														
		Atención en salud por Odontología									03-04-25. 03-04-25					
		Promoción y apoyo de la lactancia materna														
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor										04-04-25	20-10-2026			
		Profilaxis y remoción de placa										04-04-25	20-10-2026			
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)														
	V	Vacunación														

ADRIAN ALONSO NARVAEZ DELGADO
CC. 1085337137
TP. 031034
UNIV. AUT. DE MANIZALES, ODONTOLOGO

LILIANA MARIBEL CORDOBA
AUX. EN SALUD ORAL
RES. 8600493-2011

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 LICETH DAHNY BRAVO RODRIGUEZ., identificado (a) con documento de identidad número 1122344024, 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, FRANCY LOREDA RODRIGUEZ., quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1006788218, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	✓	Audios	✓	Videos	✓	Otros datos personales	

La autorización comprende:

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

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

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

Los productos autorizados son originados por FUNDACION AMOR 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 CDI FRONTERAS DE PAZ-

Suscriben:

Firma: Francy Rodriguez
Nombre: Francy Rodriguez.
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: _____
Fecha: 9-09-2025
Municipio: SAN MIGUEL

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

CLASIFICADA

PACTO DE CONVIVENCIA MODALIDAD INSTITUCIONAL

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

DERECHOS Y DEBERES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

DERECHOS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

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

DEBERES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

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

DERECHOS Y DEBERES DE LOS PADRES DE FAMILIA

DERECHOS DE LOS PADRES DE FAMILIA

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

DEBERES DE LOS PADRES DE FAMILIA

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

(telefónico, mensajería y/o escrito).

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

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

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

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

Para efectos de legalidad, se firma el presente documento a los 9 días, del mes de 09 del año 2025

2025.

EDITH ISABEL MENESES
Coordinadora pedagógica

MARGARITA MOSQUERA
Apoyo psicosocial

Francy Rodriguez.
Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Agente educativa

Huella del niño/niña

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad SAN MIGUEL - LA DORADA

Nombre completo de la niña o niño LLECTH NAOMY BRAVO RODRIGUEZ.

Fecha de nacimiento Día 05 Mes 05 Año 2022 **N° Documento de Identidad** 1122344024

Sexo Masculino ○ Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** Día 9 Mes 09 Año 2025.

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador LILIANA TOTISTAR ROIZ.

Fecha de registro cualitativo Día 11 Mes 11 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
LLECTH MUESTRA LOGROS SIGNIFICATIVOS DE A CUERDO A SU EDAD POR LO TANTO SE ENCUENTRA EN PERFIL DE DESARROLLO ESPERADO, SE HA EVIDENCIADO CONTROL ESTRUCTURAL, DESPLAZAMIENTO SEGURO, MUESTRA DESTREZAS PARA MANIPULAR OBJETOS Y AGRUPARLOS, POR FORMA Y COLOR, SE COMUNICA CON PALABRAS SENCILLAS PARA DAR A CONOCER SUS NECESIDADES.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de registro 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)***

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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

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

Observaciones generales

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

Valoración Cualitativa	Relación con los demás														Relación consigo misma/o										Relación con el mundo								
	Comunicación						Interacción						Construcción de normas			Identidad						Autoestima			Manejo corporal			Conocimiento de los objetos			Relaciones de causalidad			Representación de la Realidad Social		
	Verbal			No verbal			Independencia			Cooperación			Autonomía			Personal			Social															
⇨	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a
0 a 6 meses	① ② ③	① ② ③	① ② ③	④ ⑤	④ ⑤	④ ⑤	⑥ ⑦	⑥ ⑦	⑥ ⑦	⑧ ⑨	⑧ ⑨	⑧ ⑨	⑩	⑩	⑩	⑪ ⑫ ⑬	⑪ ⑫ ⑬	⑪ ⑫ ⑬	⑭ ⑮	⑭ ⑮	⑭ ⑮	⑯ ⑰ ⑱	⑯ ⑰ ⑱	⑯ ⑰ ⑱	⑲ ⑳ ㉑ ㉒	⑲ ⑳ ㉑ ㉒	⑲ ⑳ ㉑ ㉒	㉓	㉓	㉓	㉔	㉔	㉔	㉕	㉕	㉕
6 meses y 1 día a 12 meses	① ②	① ②	① ②	③ ④	③ ④	③ ④	⑤ ⑥ ⑦ ⑧	⑤ ⑥ ⑦ ⑧	⑤ ⑥ ⑦ ⑧	⑨ ⑩	⑨ ⑩	⑨ ⑩	⑪ ⑫ ⑬ ⑭	⑪ ⑫ ⑬ ⑭	⑪ ⑫ ⑬ ⑭	⑮ ⑯ ⑰ ⑱	⑮ ⑯ ⑰ ⑱	⑮ ⑯ ⑰ ⑱	⑲ ⑳ ㉑	⑲ ⑳ ㉑	⑲ ⑳ ㉑	㉒	㉒	㉒	㉓ ㉔ ㉕ ㉖	㉓ ㉔ ㉕ ㉖	㉓ ㉔ ㉕ ㉖	㉗ ㉘	㉗ ㉘	㉗ ㉘	㉙ ㉚ ㉛	㉙ ㉚ ㉛	㉙ ㉚ ㉛	㉜ ㉝	㉜ ㉝	㉜ ㉝
1 año y 1 día a 2 años	① ②	① ②	① ②	③ ④ ⑤	③ ④ ⑤	③ ④ ⑤	⑥ ⑦ ⑧	⑥ ⑦ ⑧	⑥ ⑦ ⑧	⑨ ⑩	⑨ ⑩	⑨ ⑩	⑪ ⑫	⑪ ⑫	⑪ ⑫	⑬ ⑭	⑬ ⑭	⑬ ⑭	⑮ ⑯	⑮ ⑯	⑪ 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: NAOMY BRAVO. UNIDAD DE ATENCIÓN: PREJARDIN 1 AGENTE EDUCATIVO: LILIADA T.

MUNICIPIO: SAN MIGUEL FECHA DE INGRESO: 01-0 -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)
13-11-25	EL DIA DE HOY LA NIÑA NO ASISTIÓ AL CDI POR MOTIVO DE VIAJE. LA MADRE DE FAMILIA INFORMA A LA DOCENTE MENSAJE POR WHASAPP.	* LA DOCENTE REGISTRA LA NOVEDAD Y RECOMIENDA CUIDADOS.		. JAIRO BRAVO

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: LUCETH DAHANY RODRIGUEZ. UNIDAD DE ATENCIÓN: PREJARDIN 1 AGENTE EDUCATIVO: LILIANA TOTESTAP

MUNICIPIO: SAN MIGUEL FECHA DE INGRESO: 01-08-2025.

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)
	LA MADRE DE FAMILIA, DA A CONOCER A LA DOCENTE QUE EL DIA DE HOY NO ASISTIRÁ AL CDI, POR QUE TIENE CITA CON PEDIATRIA EN LA CLINICA CEAD DE PUERTO ASIS, EL DIA LUNES YA LA TRAERA PUNTUALMENTE.	* LA DOCENTE REGISTRA LA NOVEDAD Y SOLICITA ENVIAR COPIA DE HISTORIA CLINICA.		• Francy Rodriguez

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
4-10-23	LA MADRE DE FAMILIA LLEGA A DEJAR A LA NIÑA AL CDI, REFIERE QUE YA ESTÁ MEJOR DE SALUD, DESPUÉS DE HABER ESTADO EN OBSERVACION EN EL HOSPITAL YA NO HA PRESENTADO FIEBRE, NI MALESTAR GENERAL. SE OBSERVA CON BUEN ESTADO DE ANIMO AL LLEGAR LA NIÑA AL CDI.

DOCENTE

Francy Rodriguez.
MADRE.

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: IVAONY BRAVO RODRIGUEZ **UNIDAD DE ATENCIÓN:** PREJARDIN 1 **AGENTE EDUCATIVO:** LILIANA TOTISTAR.

MUNICIPIO: SAN MIGUEL **FECHA DE INGRESO:** 09-09-2025

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
7-10-2025	LA MADRE DE FAMILIA EL DIA DE AYER. 06-10-2025, A LAS 6:48 P.M. ENVIA MENSAJE VIA WHATSAPP A LA DOCENTE DANDO A CONOCER QUE LA NIÑA SE ENCUENTRA EN EL HOSPITAL CANALIZADA Y EN OBSERVACION DEBIDO A FIEBRE ALTA. ASI MISMO MANIFIESTA QUE LE REALIZARON EXAMENES DE LABORATORIO Y DEBE ESPERAR LOS RESULTADOS, DE ACUERDO A ESTO, DECIDIRAN SI LA DEJAN HOSPITALIZADA O NO.	* LA DOCENTE, LE RECOMIENDA INFORMAR Y DAR A CONOCER SI LA NIÑA LA HOSPITALIZARON O NO. * ASI MISMO DA A CONOCER LA NOVEDAD A LA COORDINADORA.	DOCENTE	FRANCY RODRIGUEZ

BIENESTAR FAMILIAR

SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO

HOY A LAS 7:30 LA DOCENTE SE COMUNICA CON LA MADRE DE FAMILIA PARA SABER EL ESTADO DE SALUD DE LA NIÑA Y SI AÚN SIGUE HOSPITALIZADA.

PARA LO ANTERIOR LA MADRE DE FAMILIA REFIERE QUE EN EL EXAMEN DE ORINA, APARECEN CON PINTAS PEQUEÑAS DE SANGRE, POR LO TANTO, DEBEN DEJAR A LA NIÑA EN EL HOSPITAL Y VOLVER A REALIZAR EL EXAMEN DE ORINA, LA SEÑORA SE ENCUENTRA A LA ESPERA DE LOS RESULTADOS.

ACCIÓN: LA DOCENTE SE COMUNICARA MAS TARDE CON LA MADRE DE FAMILIA, ASI MISMO REMITE LA NOVEDAD A NUTRICIONISTA. PARA QUE REALICE EL DEBIDO SEGUIMIENTO A LA USUARIA.

DOCENTE. CONTACTO: 3138669180 - D FRANCY LORENA - D MADRE DE FAMILIA • Francy Rodriguez

8-10-25

A LAS 8:00 A.M LA DOCENTE ENVIA MENSAJE DE HOY A LA MADRE DE FAMILIA, YA QUE NO RESPONDE A LA LLAMADA TELEFONICA, PARA SABER CÓMO SE ENCUENTRA LA NIÑA, (PARO) SI AUN ESTÁ EN EL HOSPITAL O YA LE DIERON SALIDA.

LA DOCENTE SE ENCUENTRA A LA ESPERA DE LA RESPUESTA, DE LO CONTRARIO EN HORAS DE LA TARDE SE VOLVERA A COMUNICAR VIA TELEFONICA.

• Francy Rodriguez.

EN HORAS DE LA TARDE LA MADRE DE FAMILIA COMUNICA A LA DOCENTE, QUE LA NIÑA YA ES DADA DE ALTA, SE ENCUENTRA EN CASA, LOS EXAMENES QUE LE REALIZARON NUEVAMENTE ARROJO NEGATIVO PARA DENGUE Y NEGATIVO PARA INFECCION URINARIA.

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: NAOMY BRAVO RODRIGUEZ. UNIDAD DE ATENCIÓN: PREJARDIN 1 AGENTE EDUCATIVO: LILIANA TOTISTAR.

MUNICIPIO: SAN MIGUEL FECHA DE INGRESO: 09-09-2025.

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
1-10-25	LA MADRE DE FAMILIA LLEGA PUNTUALMENTE AL CDI A DEJAR A LA NIÑA, ASI MISMO SOLICITA PERMISO PARA RETIRAR A LA NIÑA A LA 1:00 P.M YA QUE DEBE IR A ORITO A REALIZAR UNAS DILIGENCIAS. Y NO TIENE UNA PERSONA RESPONSABLE QUE LLEGUE POR LA NIÑA A LAS. 4:00 P.M	* LA DOCENTE REGISTRA LA NOVEDAD Y DA A CONOCER A COORDINACION.		Francy Rodriguez.

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: LICETH DAHNY BRAVO UNIDAD DE ATENCIÓN: PREJARDIN 1 AGENTE EDUCATIVO: LILIANA TOTISTAR,

MUNICIPIO: SAN MIGUEL FECHA DE INGRESO: 09-09-2025.

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
19-09-2025	LA MADRE DE FAMILIA SOLICITA PERMISO PARA EL DIA VIERNES 19-09-2025 REFIRIENDO QUE LA NIÑA TIENE CITA CON PEDIATRIA EN PUERTO ASIS, A LAS 11:20 A.M, POR LO ANTERIOR SOLICITA PERMISO, COMPROMETIENDOSE A TRAERLA EL DIA LUNES PUNTUALMENTE.	*LA DOCENTE ESTABLECE LA NOVEDAD Y ANEXA AUTORIZACION MEDICA.		JAIRO BRAVO

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
22-09-2023	LA NIÑA ASISTE AL CDI, LA MADRE DE FAMILIA ES QUIEN LA TRAE Y REFIERE A LA DOCENTE QUE LA NIÑA LE REALIZA. RON UNA ECOGRAFIA, LA CUAL FUE VALORADA POR PEDIATRIA. QUIEN ESTABLECE EN LA HISTORIA CLINICA "PEQUEÑA HERNIA UMBILICAL" HOY NOS PRESENTA ORDENES DE EXAMENES MEDICOS POR REALIZAR A LA NIÑA. ACCION: LA DOCENTE ESTABLECE LA NOVEDAD Y ANEXA HISTORIA CLINICA Y ORDENES DE EXAMENES MEDICOS

CLINICA DE LA AMAZONIA IPS LTDA
Codigo de habilitacion 865680020201 NIT: 900021788-1
Dir. CLL10 N°25-18 BR EL CARMEN Tel. 3336025519 - 3138251619.
HISTORIA CLINICA PEDIATRICA.

Folio No: 1396160 Admision No: 736249

PACIENTE: BRAVO RODRÍGUEZ LICETH NAOMY **E.CIVIL:** Soltero(a) FECHA ATENCION: 19/09/2025 09:52 a. m.
IDENTIFICACION: RC1122344024 **EDAD:** 3 Años 4 Meses
No HISTORIA: 1122344024 **SEXO:** Femenino **TELEFONO:** 313 8669180
EMPRESA: EMSSANAR E.P.S. S.A.S. **FEC. NAC:** 05/05/2022 **MUNICIPIO:** PUERTO ASIS PUT
REGIMEN: Subsidiado **DIRECCION:** SAN MIGUEL RURAL

M892-OTROS TRASTORNOS DEL DESARROLLO Y CRECIMIENTO OSEO

NOMBRE DEL PADRE: NO REFIERE **NOMBRE DE LA MADRE:** NO REFIERE

DATOS DEL ACOMPAÑANTE:

NOMBRE: NO REFIERE DIRECCION: 1
TELEFONO: No refiere PARENTESCO: Otro (a)

ENFOQUE DIFERENCIAL:

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

MOTIVO DE CONSULTA:

"TIENE UNA HERNIA"

ENFERMEDAD ACTUAL:

PACIENTE FEMENINA, PREESCOLAR DE 3 AÑOS Y 4 MESES, QUIEN ACUDE TRAIDA POR LA MADRE A VALORACION DADO ANTECEDENTE DE HERNIA UMBILICAL. MENOR ASINTOMATICA AL MOMENTO DE LA VALORACION. ACUDEN CON REPORTE DE ECOGRAFIA DE PARED ABDOMINAL (22/07/2025): PEQUEÑA HERNIA UMBILICAL.

ANTECEDENTES:
PRODUCTO DE PARTO POR CESAREA POR CESAREA PREVIA A LAS 38 SEMANAS, PESO AL NACER: 2940 GRS, TALLA AL NACER: 49 CMS, NO DATOS DE APGAR, NO REQUIRIO HOSPITALIZACION EN UCI NEONATAL. GS: O+.
PAI COMPLETO PARA LA EDAD (NO APORTA CARNET) / VACUNACION ANTICOVIS: NEGATIVA.
ACUDE A CONTROLES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO.
HERNIA UMBILICAL.
NO OTROS DE IMPORTANCIA.

ANTECEDENTES PERSONALES:

FACTOR RH: No refiere
HTA:. . . . . No refiere
OBESIDAD: . . . . No refiere
DIABETES: . . . . No refiere
DISCAPACIDAD: . . No refiere
Aler. Medicamento No refiere
E.Cardiovascular. No refiere
ICC ICT . . . . . No refiere
Angina. . . . . No refiere
IAM . . . . . No refiere
ICR . . . . . No refiere
Enf. Endocrina. . No refiere
Enf. Renal. . . . No refiere
Enf. Vascular . . No refiere
Retinopatia . . . No refiere
Asma. . . . . No refiere
Tbc . . . . . No refiere
Traumas . . . . . No refiere
Epilepsia:. . . . No refiere

GENERAL: PRODUCTO DE PARTO POR CESAREA POR CESAREA PREVIA A LAS 38 SEMANAS, PESO AL NACER: 2940 GRS, TALLA AL NACER: 49 CMS, NO DATOS DE APGAR, NO REQUIRIO HOSPITALIZACION EN UCI NEONATAL. GS: O+

CLINICA DE LA AMAZONIA IPS LTDA
Codigo de habilitacion 865680020201 NIT: 900021788-1
Dir. CLL10 N°25-18 BR EL CARMEN Tel. 3336025519 - 3138251619.
HISTORIA CLINICA PEDIATRICA.

Folio No: 1396160

PACIENTE: BRAVO RODRÍGUEZ LICETH NAOMY
IDENTIFICACION: RC1122344024
No HISTORIA: 1122344024
EMPRESA: EMSSANAR E.P.S. S.A.S.
REGIMEN: Subsidiado
E.CIVIL: Soltero(a)
EDAD: 3 Años 4 Meses
SEXO: Femenino
FEC. NAC: 05/05/2022
Admision No: 736249
FECHA ATENCION: 19/09/2025 09:52 a. m.
TELEFONO: 313 8669180
MUNICIPIO: PUERTO ASIS PUT
DIRECCION: SAN MIGUEL RURAL

M892-OTROS TRASTORNOS DEL DESARROLLO Y CRECIMIENTO OSEO
NOMBRE DEL PADRE: NO REFIERE
NOMBRE DE LA MADRE: NO REFIERE

HERNIA UMBILICAL.
NO OTROS DE IMPORTANCIA.

REVISION POR SISTEMA

NORMAL
CABEZA:. . . . . NIEGA
OJOS:. . . . . NIEGA
NARIZ: . . . . . NIEGA
OIDOS::. . . . . NIEGA
OROFAFINGE:. . . . . NIEGA
CUELLO:NARIZ:. . . . NIEGA
RESPIRATORIO:. . . . NIEGA
NEUROLOGICO: . . . . NIEGA
ENDOCRINO: . . . . . NIEGA
MUSCULO(ESQUELETICO: NIEGA
HEMATOPOYETICO:. . . NIEGA
LINFORRETICULAR: . . NIEGA
PSIQUIATRICOS: . . . NIEGA
PIEL Y FANERAS:. . . NIEGA
ARTICULAR: . . . . . NIEGA
CARDIOVASCULAR:. . . NIEGA
GASTRO - INTESTINAL: NIEGA
GINECOLOGICO:. . . . NIEGA
UROLOGICO: . . . . . NIEGA
OTROS: . . . . . NIEGA

SIGNOS VITALES:

FREC CARDIACA: . . .88 Latidos por Min.
FREC RESPIRATORIA: .20 Resp. por Min.
TEMPERATURA: . . . .36.5 C.
TENSION ART: . . . .90/60 mmHg
PRESION ART. MEDIA:.70
SAT. DE OXIGENO: . .97 %
PESO:. . . . . .12 Klg.
TALLA: . . . . . .92 cm.
IMC: 14.2
OBSERVACIONES: . . . .

EXAMEN FISICO:

BUENAS CONDICIONES GENERALES.
PERIMETRO CEFALICO: 47
SINTOMATICO DE PIEL:. . . . No
SINTOMATICO RESPIRATORIO: . No
SINDROME FEBRIL:. . . . . No
SINTOMATICO NERV. PERIF:. . NO
ESTADO NUTRICIONAL: . . . . adecuado
CABEZA: . . . . . NORMOCONFIGURADO, SIN PUNTOS DOLOROSOS
OJOS: . . . . . PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS- .-AV OD 20/20 OI 20/20
OIDOS:. . . . . SIN ALTERACIONES
NARIZ:. . . . . SIN ALTERACIONES
BOCA: . . . . . MUCOSA ORAL ROSADA Y HUMEDA
OTORRINOLARINGOLOGIA: . . . sin alteracion
CUELLO: . . . . . MOVIL, SIN MASAS, SIN PUNTOS DOLOROSOS
TORAX: . . . . . SIMETRICO, NORMOEXPANSIVO SIN DEFORMIDADES, SIN PUNTOS DOLOROSOS.-
PULMONAR: . . . . . PULMONES BIEN VENTILADOS, SIN RUIDOS PATOLOGICOS AGREGADOS, SIN AREAS DE SUBMATIDEZ.-
PERFUSION:. . . . . <2seg
ABDOMEN:. . . . . BLANDO, DEPRESIBLE, CON PERSITALSIS NORMAL, SIN VISCEROMEGALIAS PUÑO PERCUSION LUMBAR
NO DOLOROSA, NO BLUMBERG, MURPHY NEGATIVO, MC BURNEY NEGATIVO
EXTREMIDADES: . . . . . SIMETRICAS, SIN DEFORMIDADES, SIN DEFICIT DE PULSO , SIN DEFICIT NEUROLOGICO DISTAL
COLUMNA:. . . . . SIN DEFORMIDADES
PERIMETRO BRAQUIAL. 0
EVALUACION ANOGENITAL:. . . NO SE EXPLORA
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL . normal

CLINICA DE LA AMAZONIA IPS LTDA
Codigo de habilitacion 865680020201 NIT: 900021788-1
Dir. CLL10 N°25-18 BR EL CARMEN Tel. 3336025519 - 3138251619.
HISTORIA CLINICA PEDIATRICA.

olio No: 1396160 Admision No: 736249

ACIENTE: BRAVO RODRÍGUEZ LICETH NAOMY **E.CIVIL:** Soltero(a) FECHA ATENCION: 19/09/2025 09:52 a. m.
DENTIFICACION: RC1122344024 **EDAD:** 3 Años 4 Meses
o HISTORIA: 1122344024 **SEXO:** Femenino **TELEFONO:** 313 8669180
MPRESA: EMSSANAR E.P.S. S.A.S. **FEC. NAC:** 05/05/2022 **MUNICIPIO:** PUERTO ASIS PUT
EGIMEN: Subsidiado **DIRECCION:** SAN MIGUEL RURAL

892-OTROS TRASTORNOS DEL DESARROLLO Y CRECIMIENTO OSEO
NOMBRE DEL PADRE: NO REFIERE **NOMBRE DE LA MADRE:** NO REFIERE

EUROLOGICO:. . . . . ALERTA, GLASGOW 15/15, ORIENTADO EN 3 ESFERAS, SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO, SIN OCALIZACION
IEL: . . . . . INTEGRA, SIN ALTERACIONES,
ANERAS:. . . . . SIN ALTERACIONES

RATAMIENTO

STADO NUTRICIONAL: PESO/TALLA: RIESGO DE DESNUTRICION (DS: -1.14). TALLA/EDAD: RIESGO DE TALLA BAJA (DS: -1.39).

ACIENTE EN EL MOMENTO EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, HIDRATADA, AFEBRIL, O IMPRESIONA DOLOR, TOLERA LA VIA ORAL, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, ASINTOMATICA AL MOMENTO DE LA ALORACION, SE SOLICITAN ESTUDIOS DADO BAJO PESO Y TALLA PARA LA EDAD ADEMAS DE VALORACION POR NUTRICION, POR RESENCIA DE HERNIA UMBILICAL SE DA ORDEN DE VALORACION POR CIRUGIA GENERAL, CONTROL POR CONSULTA EXTERNA DE EDIATRIA EN 1 MES CON REPORTES. SE DAN RECOMENDACIONES Y SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR.

DEN MEDICA

lo	CODIGO	DESCRIPCION:	CANTIDAD:	DURACION
1	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	1	.
2	903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	1	.
3	904902	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES	1	.
4	904921	TIROXINA LIBRE	1	.
5	904104	HORMONA DE CRECIMIENTO [SOMATOTROPICA]	1	.
6	904101	SOMATOMEDINA C [FACTOR I DE CRECIMIENTO SIMILAR A LA INSULINA O IGF-1]	1	.
7	903706	VITAMINA D 25 HIDROXI TOTAL [D2-D3] [CALCIFEROL]	1	.
8	903605	IONOGRAMA [CLORO SODIO POTASIO Y BICARBONATO O CALCIO]	1	.
9	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1	.
10	903856	NITROGENO UREICO	1	.
11	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	1	.
12	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	1	.
13	907106	UROANALISIS	1	.
14	907004	COPROSCOPICO	1	.
15	873004	RADIOGRAFIA PARA DETECTAR EDAD OSEA [CARPOGRAMA]	1	CON LECTURA.
16	890206	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICION Y DIETETICA	1	.
17	890235	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL	1	.
18	890383	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	1	EN 1 MES CON REPORTES.

35
R/

CLINICA DE LA AMAZONIA IPS LTDA

codigo de habilitacion 865680020201 Nit: 900021788

Dir:CLL10 N°25-18 BR EL CARMEN Tel: 3336025519 - 3138251619

ORDEN MEDICA CONSULTA EXTERNA.

PACIENTE: BRAVO RODRÍGUEZ LICETH NAOMY
No HISTORIA: 1122344024
IDENTIFICACION: RC1122344024
EMPRESA: EMSSANAR E.P.S. S.A.S
REGIMEN: Subsidiado

EDAD: 3 Años 4 Meses
SEXO: Femenino
FEC. NAC: 05/05/2022

FOLIO No: 162604 **FECHA:** 19/09/2025 9:57 a.m.
ADMIN No: 736249
TELEFONO: 313 8669180
MUNICIPIO: SAN MIGUEL LA DORADA
DIRECCION: SAN MIGUEL RURAL

6	904101	SOMATOMEDINA C [FACTOR I DE CRECIMIENTO SIMILAR A LA INSULINA O IGF-1]	1
7	903706	VITAMINA D 25 HIDROXI TOTAL [D2-D3] [CALCIFEROL]	1
8	903605	IONOGRAMA [CLORO SODIO POTASIO Y BICARBONATO O CALCIO]	1
9	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	1
10	903856	NITROGENO UREICO	1
11	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	1
12	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	1
13	907106	UROANALISIS	1
14	907004	COPROSCOPICO	1
			1

Maira Muñoz Meneses
MEDICA PEDIATRA
C.C. 1.089.481.131

PROFESIONAL: MUÑOZ MENESES MAIRA STEFANY
REG MEDICO: 1089481131
ESPECIALIDAD: PEDIATRIA
IDENTIFICACION: 1089481131

Firma Paciente:

Fecha Impresion: 19/09/2025

InfoSalud Net

CLINICA DE LA AMAZONIA IPS LTDA

codigo de habilitacion 865680020201 Nit: 900021788

Dir:CLL10 N°25-18 BR EL CARMEN Tel: 3336025519 - 3138251619

ORDEN MEDICA CONSULTA EXTERNA.

PACIENTE:	BRAVO RODRÍGUEZ LICETH NAOMY			**FOLIO No:** 162604	**FECHA:** 19/09/2025 9:57 a.m.
No HISTORIA:	1122344024	**EDAD:**	3 Años 4 Meses	**ADMIN No:** 736249	
IDENTIFICACION:	RC1122344024	**SEXO:**	Femenino	**TELEFONO:** 313 8669180	
EMPRESA:	EMSSANAR E.P.S. S.A.S	**FEC. NAC:**	05/05/2022	**MUNICIPIO:** SAN MIGUEL LA DORADA	
REGIMEN:	Subsidiado			**DIRECCION:** SAN MIGUEL RURAL	

DIAGNOSTICO

M892 OTROS TRASTORNOS DEL DESARROLLO Y CRECIMIENTO OSEO
R634 PERDIDA ANORMAL DE PESO
K429 HERNIA UMBILICAL SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA

No.	CODIGO	DESCRIPCION	CANT.
1	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	1
2	903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	1
3	904902	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES	1
4	904921	TIROXINA LIBRE	1
5	904104	HORMONA DE CRECIMIENTO [SOMATOTROPICA]	1

Maira Muñoz Meneses
MEDICA PEDIATRA
C.C. 1.089.481.131

Firma Paciente:

PROFESIONAL: MUÑOZ MENESES MAIRA STEFANY
REG MEDICO: 1089481131
ESPECIALIDAD: PEDIATRIA
IDENTIFICACION: 1089481131

Fecha Impresion: 19/09/2025

InfoSalud Net

CLINICA DE LA AMAZONIA IPS LTDA

codigo de habilitacion 865680020201 Nit: 900021788

Dir:CLL10 N°25-18 BR EL CARMEN Tel: 3336025519 - 3138251619

ORDEN MEDICA CONSULTA EXTERNA.

PACIENTE: BRAVO RODRÍGUEZ LICETH NAOMY
No HISTORIA: 1122344024
IDENTIFICACION: RC1122344024
EMPRESA: EMSSANAR E.P.S. S.A.S
REGIMEN: Subsidiado
EDAD: 3 Años 4 Meses
SEXO: Femenino
FEC. NAC: 05/05/2022
FOLIO No: 162604
ADMIN No: 736249
TELEFONO: 313 8669180
MUNICIPIO: SAN MIGUEL LA DORADA
DIRECCION: SAN MIGUEL RURAL
FECHA: 19/09/2025 9:57 a.m.

15873004	RADIOGRAFIA PARA DETECTAR EDAD OSEA [CARPOGRAMA] Observaciones: CON LECTURA.	1
16890206	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICION Y DIETETICA	1
17890235	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL	1
16890383	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA Observaciones: EN 1 MES CON REPORTES.	1

Maira Muñoz Meneses
MEDICA PEDIATRA
C.C. 1.065.481.131

ROFESIONAL: MUÑOZ MENESES MAIRA STEFANY
EG MEDICO: 1089481131
SPECIALIDAD: PEDIATRIA
)ENTIFICACION: 1089481131

Firma Paciente:

Fecha Impresion: 19/09/2025

InfoSalud Net

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: LICETH NAOMY BRAVO R. UNIDAD DE ATENCIÓN: PREJARDIN 1 AGENTE EDUCATIVO: LILIANA TOTASTAR

MUNICIPIO: SAN MIGUEL FECHA DE INGRESO: 9-09-2025.

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
15-09-25.	LA MADRE DE FAMILIA ESTE DIA SOLICITA PERMISO A LA DOCENTE PARA LLEVAR A LA NIÑA YA QUE DE UN MOMENTO A OTRO LE INFORMAN QUE DEBE REALIZAR UNAS GESTIONES PERSONALES EN EL LAGO-ECUADOR. Y NO TIENE UNA PERSONA RESPONSABLE QUE VENGA A RECOGERLA. LA NIÑA.	* LA DOCENTE REGISTRA LA NOVEDAD. DANDO A CONOCER. EL MOTIVO POR EL CUAL SE AUSENTÓ LA NIÑA.		Jairo Bravo