Fecha de diligenciamiento: 2 | 05 | 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: 1122343817

Fecha nacimiento: 02 | 09 | 2021

Nombres: Rosally Sarith

Apellidos: Trujillo Hermosa

Presenta capacidad? ( ) Si (X) No

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

¿Se autoreconoce en alguno de los siguientes grupos poblacionales? ( ) Si (X) 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: Ptyo

Municipio de residencia: San Miguel

Zona: Urb

Barrio: Risaralda

Vereda:

Sector:

Dirección: Cancha sintetica via a san Carlos.

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: 1086528135

Nombres: Natalid Vanesa

Apellidos: Hermosa Vacca

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 12 | 12 | 2005

Correo electrónico: natalitvanesahermosa@gmail.com

Número de celular: 3133661748

Número de fijo:

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

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

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

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Leidy Marcela Rincon E.

Observaciones:

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:
Rosally Sarith Trujillo Hermosa

N° DOCUMENTO: 1122343817 **TIPO DOCUMENTO:** RC X CC ___ OTRO ___
FECHA DE NACIMIENTO: 02-09-2021 **EDAD:** 3 años
LUGAR DE NACIMIENTO: Puerto Asis - putumayo

NOMBRE DE LA UDS: CDI Fronteras de paz
CODIGO UDS: 8615711126972 **BARRIO/VEREDA:** 3 de agosto
FECHA DE INGRESO: 02-05-2025 **FECHA DE RETIRO:** ___

SISBEN: A3 **EPS:** Emssanar **RÉGIMEN (C)** ___ **(S)** X
DESPLAZADO: SI ___ **NO** X **DISCAPACIDAD: SI** ___ **NO** X **¿CUAL?** ___
GRUPO ETNICO: SI ___ **NO** X **¿CUAL?** ___
GRUPO AFROCOLOMBIANO: SI ___ **NO** X **¿CUAL?** ___
NOMBRE DE LA MADRE: Natalid vanesa Hermosa Vacca
N° CÉDULA: 1086528135 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Valle guamuez
NOMBRE DEL PADRE: Cristian fabian trujillo Cuellar
N° CÉDULA: 1122341782 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Valle Guamuez
N° DE CELULAR: 3133661748
NOMBRE DEL ACUDIENTE: Ana Mileida Vacca pantoja
N° CÉDULA: 59396348 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Samaniego
DIRECCIÓN VIVIENDA: Vda Risaralda **ZONA POBLACIONAL: (R)** X **(U)** ___
NUMERO DE CELULAR ___

FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Leidy Marcela Rincón
NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO
Número: **N** 1442947

NUIP 1.122.343.817

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
TRUJILLO HERMOSA ROSALLY SARITH

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)											Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año	2	0	2	1	Mes	S	E	P	Día	0	2	FEMENINO	B +

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

Fecha de Inscripción (Mes en letras)											Indicativo serial
Año	2	0	2	1	Mes	S	E	P	Día	2	3	0061318573

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
HERMOSA VACCA NATALID VANESA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
TARJETA DE IDENTIDAD 1.086.528.135	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
TRUJILLO CUELLAR CRISTIAN FABIAN

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.122.341.782	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
TRUJILLO CUELLAR CRISTIAN FABIAN

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.122.341.782

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: X 6 Z

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)											
Año	2	0	2	1	Mes	S	E	P	Día	2	3

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
Adhesivo Copia Registro Civil 29830860-0

Nombre y firma del funcionario
ROY EDISON CALLE CUIRAMA
Registrador del Estado Civil



CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Apellidos
HERMOSA VACCA

NUIP 1.086.528.135

Nombres
NATALID VANESA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.68

Sexo
F

Fecha de nacimiento
12 DIC 2005

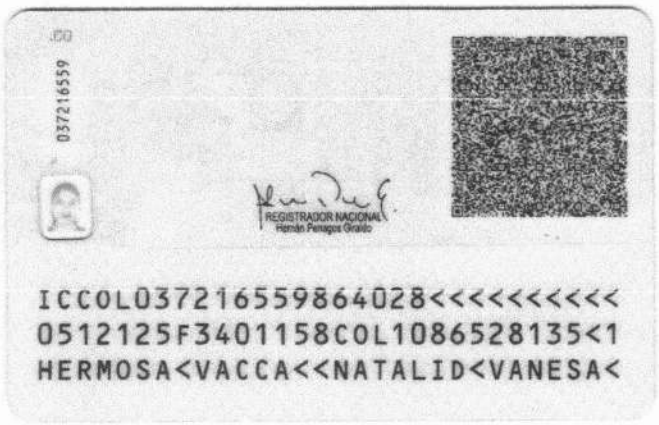
G.S.
B+

Lugar de nacimiento
SAMANIEGO (NARIÑO)

Fecha y lugar de expedición
15 ENE 2024, VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)

Firma

Fecha de expiración
15 ENE 2034



JCO

037216559

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL037216559864028<<<<<<<<<<
0512125F3401158COL1086528135<1
HERMOSA<VACCA<<NATALID<VANESA<

Abuela

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
59396348
NUMERO

VACCA PANTOJA
APELLIDOS

ANA MILEIDA
NOMBRES

Ana Mileyda Vacca.
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 25-ABR-1984
CUMBITARA
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.59 ESTATURA
B+ G.S. RH
F SEXO

08-NOV-2002 SAMANIEGO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-2311500-53113581-F-0059396348-20030528 06716 03148A 01 134771895

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta:	06/05/2025
Ficha:	86865032478900000078

A3

GRUPO SISBÉN IV

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres:	ROSALLY SARITH
Apellidos:	TRUJILLO HERMOSA
Tipo de documento:	Registro civil
Número de documento:	1122343817
Municipio:	Valle del Guamuéz
Departamento:	Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:	20/11/2017
Última actualización ciudadano:	24/11/2023
Última actualización via registros administrativos:	

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

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:	BELSY MILDRED GOMEZ ERASO
Dirección:	Calle 7 No 5 - 20
Teléfono:	4282059 - 3134307915
Correo Electrónico:	sisben@valledelguamuez-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	1122343817
NOMBRES	ROSALLY SARITH
APELLIDOS	TRUJILLO HERMOSA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	VALLE DEL GUAMUEZ

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EMSSANAR S.A.S.	SUBSIDIADO	01/10/2021	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de impresión:	10/10/2025 08:43:26	**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

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS EMSSANAR EPS SAS
Régimen Subsidiado

EMSSANAR EPS SAS, CERTIFICA que el afiliado relacionado a continuación, presenta la siguiente información a la fecha de su expedición:

Tipo y Número de identificación:	RC 1122343817
Apellidos:	TRUJILLO HERMOSA
Nombres:	ROSALLY SARITH
Ficha Sisben:	86865032478900000078
Nivel Sisben:	Nivel I
Grupo Sisben	A03
Tipo de discapacidad:	Ninguna
Plan de salud:	Régimen Subsidiado
Estado de servicio:	Vigente
Fecha de Afiliación:	02/09/2021
Departamento de Afiliación:	PUTUMAYO
Municipio de Afiliación:	VALLE DEL GUAMUEZ
Zona:	Urbana - Cabecera Municipal

IV - Afiliado cumple con metodología IV SISBEN.

IPS de atención de primer nivel

IPS	Direccion	Servicio
HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS - VALLE DEL GUAMUEZ (PUTUMAYO)	VIA ROSAL	MEDICINA GENERAL ODONTOLOGÍA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Tiene derecho a recibir los servicios contemplados en el Plan de Beneficios en Salud.
Válida únicamente para comprobación de derechos de la red prestadora, en la fecha de expedición. No es válido para aclarar multiafiliación ni para traslados (Decreto 806 Artículo 55 y 56).

Señores Prestadores: Esta certificación es válida únicamente para corroborar el estado del afiliado en el momento de la prestación del servicio, de la población contratada y remitida periódicamente por la institución según normatividad. En ningún momento esta certificación puede ser empleada para reemplazar las autorizaciones necesarias para la prestación de servicios en los niveles superiores de complejidad

En constancia se firma el 6 de Mayo de 2025 a solicitud del interesado.

JEFE COMERCIAL
EMSSANAR EPS SAS

Toda certificación generada es almacenada en base de datos para su verificación, la modificación parcial o total de este documento puede incurrir en un delito.

CARNET DE SALUD INFANTIL

CRECIMIENTO Y DESARROLLO

"Su Salud en Buenas Manos"

ROSALLY SARITH TROJILLO HERMOSA
RC 1.122.343.817
FN: 02/09/2021
GS: B+
Emssanar



CLÍNICA SAN JORGE LA HORMIGA S.A.S
RÉGIMEN COMÚN - NIT 900115211-7
CARRERA 6 N° 9-38 - BARRIO LAS ACACIAS
TELEFONO: 4283272 - CEL: 3138873678
LA HORMIGA - PUTUMAYO

ESE Hospiti
Sagrado Corazón de J

Nombre del Usuario: F
Numero de cedula: F
Género: Femenino
Edad: 48 Meses
Dirección: LA DORAD
Teléfono: 3133661748
Celular: 3233481585
• Procedimientos
Fecha y Hora: 0
Fecha del resultado:
Nº: 2
Cod: PM5581
Descripción

AGUDEZA VISUAL: SE E REALIZA TOMA DE L

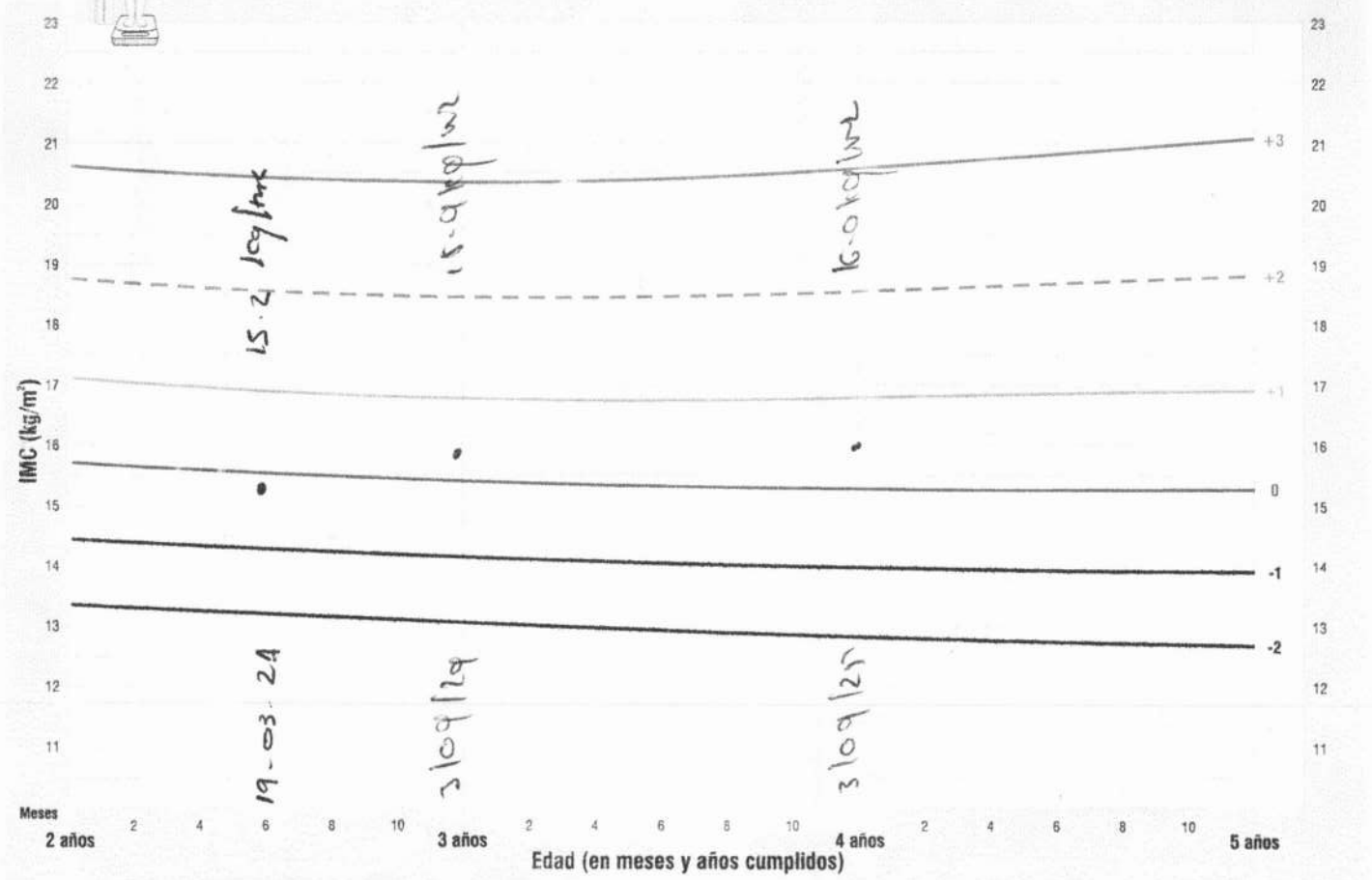
CUIDADOS VISUALES: COMUNITARIO. (PRO MENTARIO O MEDIAN O. MARAÑÓN. MANE LLO; ZANAHORIA. ESI LLAS DURANTE LA MI AR LOS ACCIDENTES ECESARIO CON OBJE

CONTROL DE CITAS

FECHA			HORA	ASISTIÓ	
DÍA	MES	AÑO		SI	NO
09	Noviembre	2021.	12 PM.	Desarrollo Adecuado nutrición normal.	
10	ENERO	2022.	—		
03	MARZO	2022	02:30 pm Enfermera	PESO y talla ADECUADO	
09	Junio	2022	2:30 PM Enfx		
05	Sept.	2022	8:00 am x Enf		
6	Marzo	2023	10 AM	Enfermeria.	
4	Abril	2023	7. a m	Enfermera	
13	septiembre	2023	9AM	No	
4	Marzo	2024	11.40 am x Enf.		
19	marzo	2024	2:40pm x enf		
19	marzo	2024	7:00 am x enf		
03	Sept	2024	9:30 am		
3	Sept	2025	8:30 am x enf		
3	Sept	2026			Ausencia
2	Sept	2026	10:00 am x Medico		

IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



Resolución MINSALUD 2465 del 14 de Junio de 2016
Publicada en el diario oficial número 499926 el 06/07/2016.

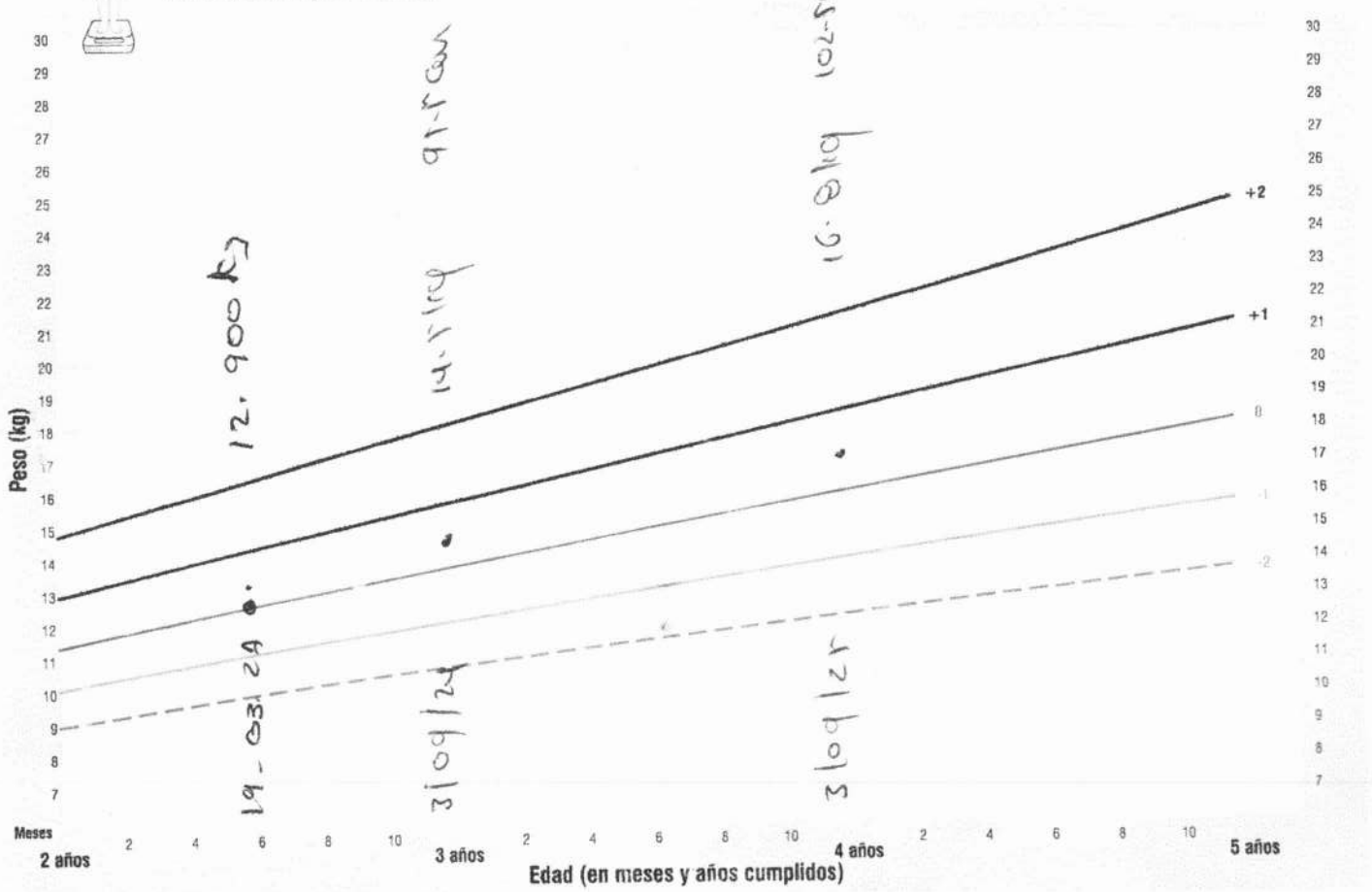
Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Organización Mundial de la Salud

12

Peso para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



Resolución MINSALUD 2465 del 14 de Junio de 2016
Publicada en el diario oficial número 499926 el 06/07/2016.

Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Organización Mundial de la Salud

13

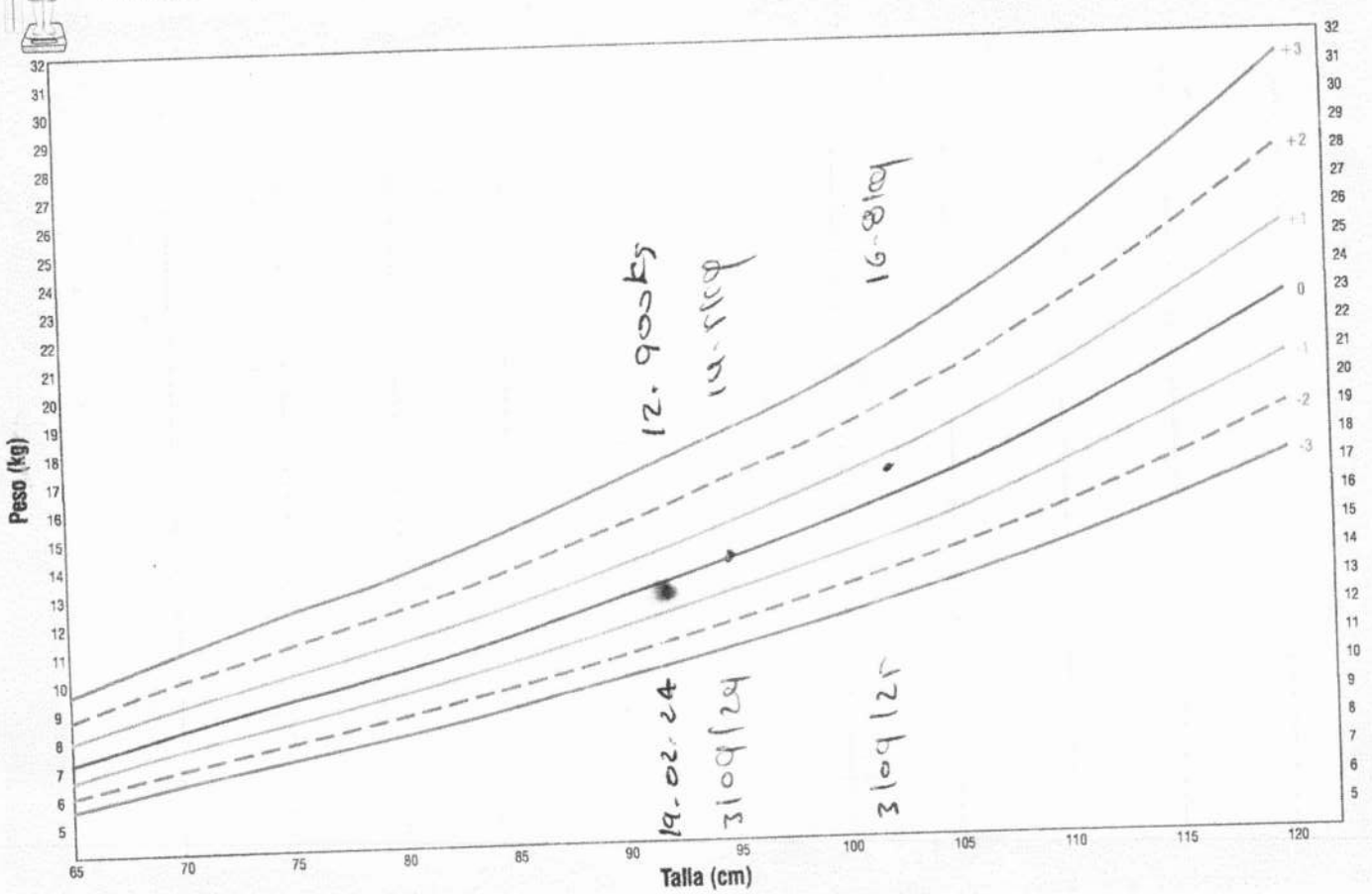
Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)

La Salud es de todos | Minsalud

Instituto Nacional de Salud

Bienestar Familiar



Resolución MINSALUD 2465 del 14 de Junio de 2016
Publicada en el diario oficial número 499926 el 06/07/2016.

Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Organización Mundial de la Salud

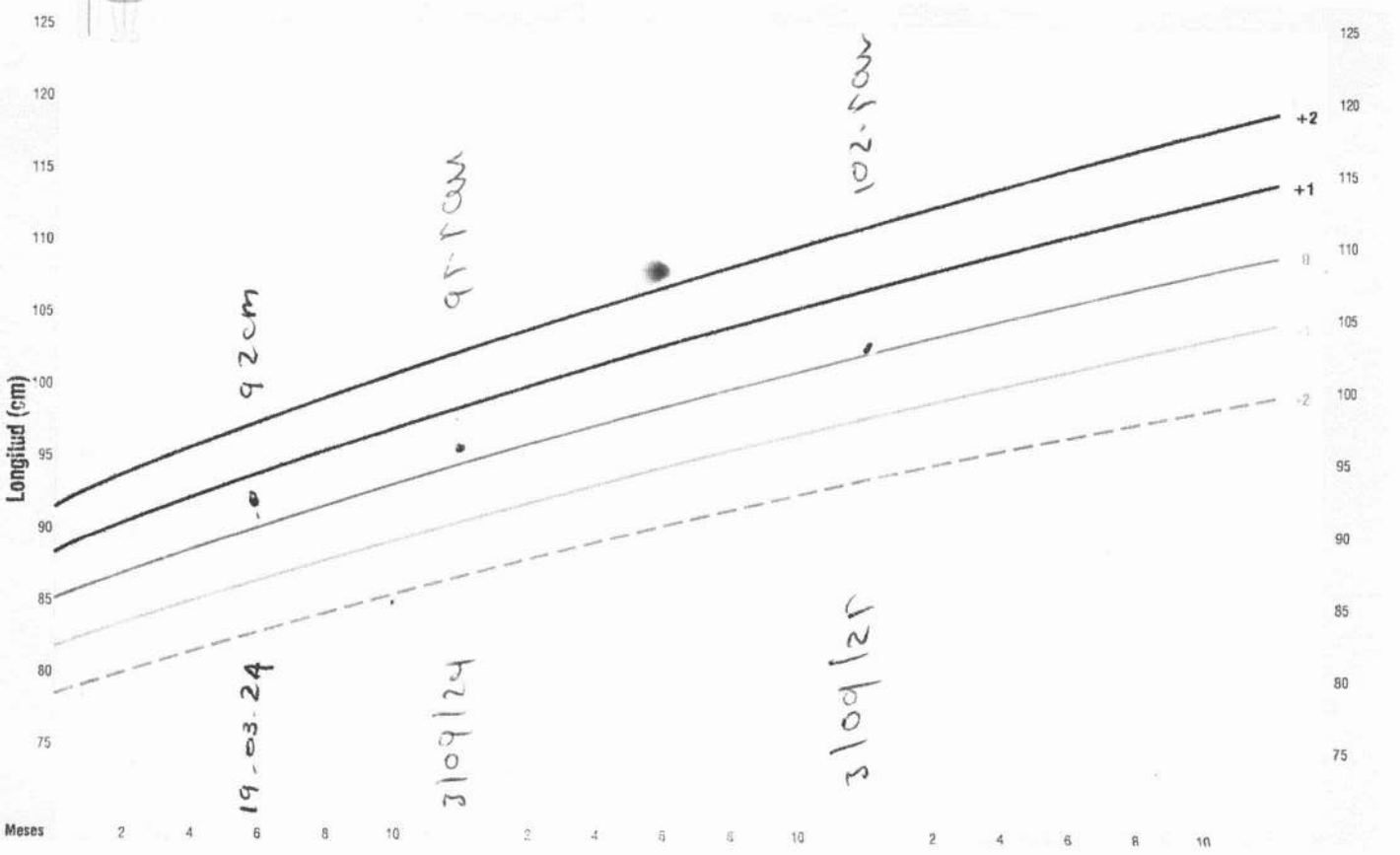
Talla para la edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)

La Salud es de todos · Minsalud

Instituto Nacional de Salud

Bienestar Familiar



15

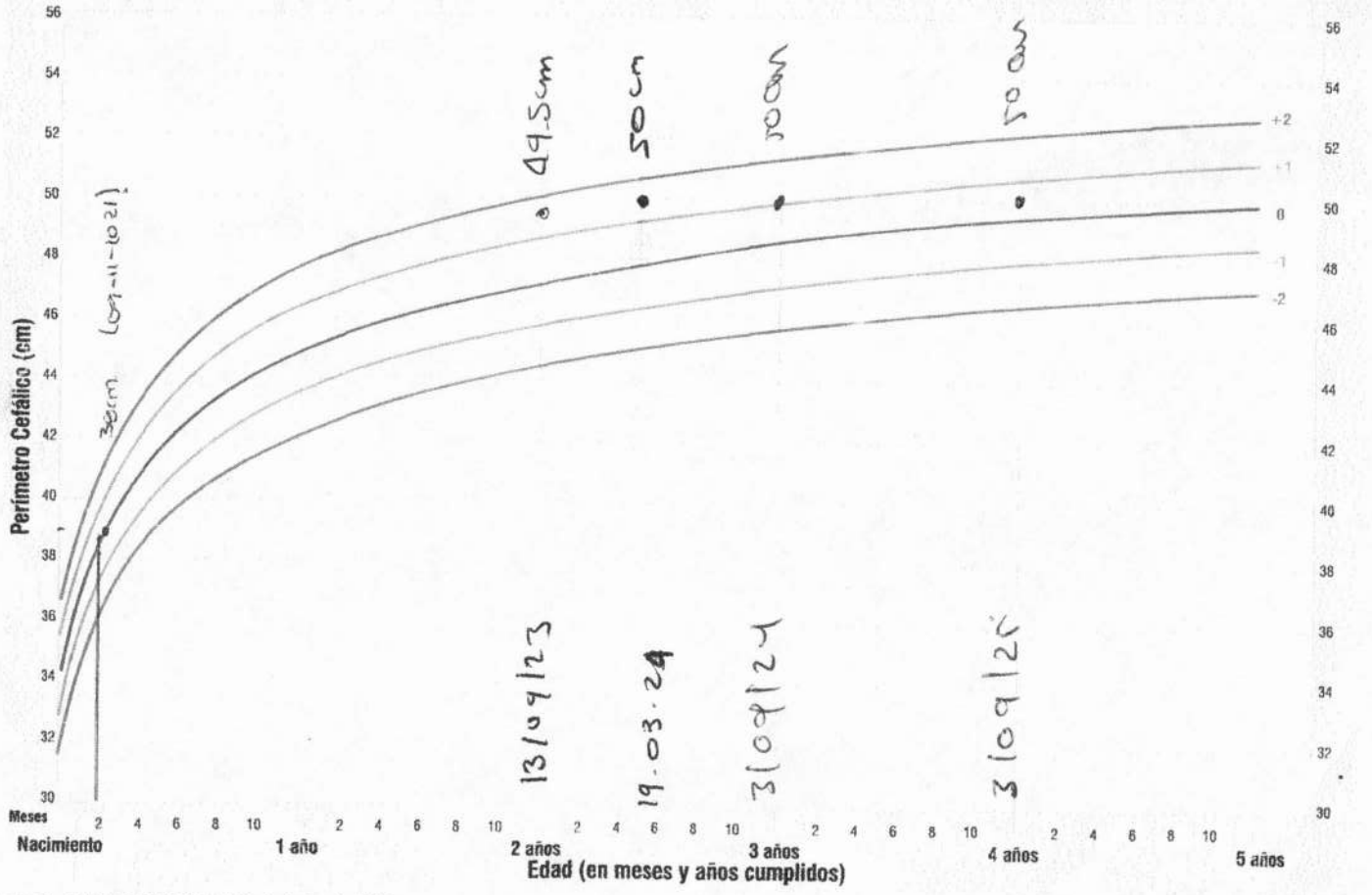
Perímetro Cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)

La Salud es de todos · Minsalud

Instituto Nacional de Salud

Bienestar Familiar



Resolución MINSALUD 2465 del 14 de Junio de 2016
Publicada en el diario oficial número 499926 el 06/07/2016.

Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Organización Mundial de la Salud

PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO			
IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA			
Al momento de nacer	Fecha:		
PRIMER CONTROL MÉDICO			
Durante el primer mes de vida	Fecha:		
SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA			
Edad	**Fecha de cita programada**	**Fecha en que asistió**	**Profesional que atendió**
1 a 3 meses			
4 a 6 meses			
7 a 9 meses			
10 a 12 meses			
13 a 16 meses			
17 a 20 meses			
21 a 24 meses			
25 a 30 meses			
31 a 36 meses			
37 a 48 meses			
49 a 60 meses			
61 a 66 meses			
67 a 72 meses			
73 a 78 meses			
79 a 84 meses			
8 años (1)			
8 años (2)			
9 años			

Todos los niños deben recibir suplementos con Hierro y Vitamina A, cada 6 meses desde los 6 meses hasta los 5 años de edad, de acuerdo al protocolo de la estrategia **AIEPI**.

Edad	Fecha	Edad	Fecha
6 meses		42 meses	
12 meses		48 meses	
18 meses		54 meses	
24 meses		60 meses	
36 meses		66 meses	

En todos los niños se debe realizar toma de TSH al momento de nacer para estudio de hipotiroidismo.

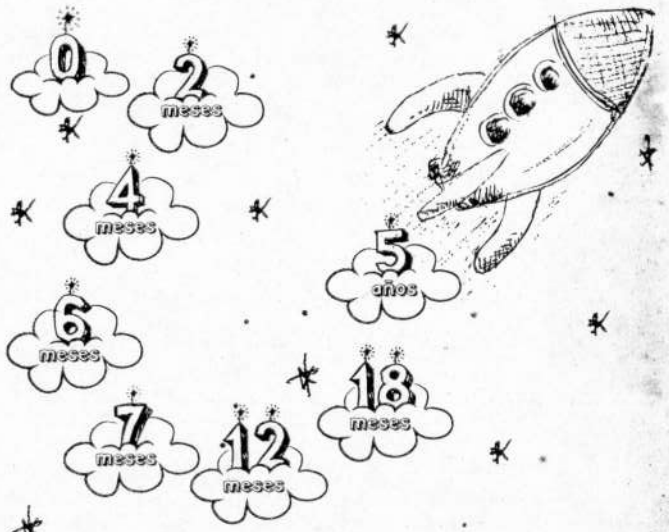
Valor reportado TSH:	
Fecha verificación:	
Profesional que verificó:	

Exíjalo

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

Poliomielitis, Difteria, Tétanos, Tosferina, Hepatitis, Enfermedad diarreica producida por rotavirus, Neumonías, Meningitis tuberculosa, Fiebre amarilla, Sarampión, Paperas, Meningitis por Haemophilus Influenza tipo B, Rubéola e Influenza.

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



- Cualquier día es bueno para vacunar a sus hijos.
- En Colombia todos los días son días de vacunación.
- **Es fácil, gratis y sobre todo muy importante.**

República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

www.minsalud.gov.co
Atención al Ciudadano: 018000 95 25 25

AIEPI
Porque mi vida hoy hay que protegerla hoy

de cero a siempre

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: ROSALLY SARITH TRUJILLO
Fecha de nacimiento: 09-09-2021 Hora
Nº de certificado de nacido vivo: _____
Registro civil: 1122343817
Sexo: FEMENINA
Grupo sanguíneo: B+
Peso al nacer: 4315 40
Dirección: 7 de AGOSTO
Teléfono: _____
Responsable: NAIALID VANESSA HERRERA
Municipio de residencia: SAN MIGUE
Departamento: PUTUMAYO

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

Nombre: ROSACLY SARITH IRQUIN HERNEDA Registro Civ 1122343817

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de Aplicación (Día Mes Año)	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita (Día Mes Año)	Nombre del Vacunador
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐							
	Tuberculosis B.C.G.	Única	02-SEP-2021	SERUM	NP	PTO AYU		NP
	Hepatitis B	Recién nacido	02-SEP-2021	SERUM	N2	PTO AYU		N2.
2 Meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐							
	Polio (Oral - IM)	1ª	02-NOV-2021	SANO	2017004	HFID		Talya Guerrero
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	02-NOV-2021	BIOLOGICAL	285CH035A	HFID		Talya Guerrero
	Rotavirus	1ª	02-NOV-2021	GSK	ARROCE5EC	HFID		Talya Guerrero
	Neumococo	1ª	02-NOV-2021	GSK	ASPNB3110	HFID		Talya Guerrero
4 Meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐							
	Polio (Oral - IM)	2ª	3-01-22	Biological	J113006	HSCJ	EPA. 02-ENERO 2022.	Jimenez Auxpa
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétanc T)	2ª	3-01-22	SERUM	285CH035B	HSCJ		Jimenez Auxpa
	Rotavirus	2ª	3-01-22	GSK	ARO1CE5EC	HSCJ		Jimenez Auxpa
	Neumococo	2ª	3-01-22	GSK	ASPNB315BA	HSCJ		Jimenez Auxpa
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.							
	Polio (Oral - IM)	3ª	3-03-22	Biological	J115006	ESE HSCJ		Jeniny Humberto Gamero C. AUX. ENFERMERIA 1A157877
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	3-03-22.	SERUM	285CH035A	ESE HSCJ		Jimenez
	Influenza	1ª	09 06 2022	GCROS	V5022200B	ESE HSCJ		Diego Bravo
7 Meses	Influenza	2ª	29 SEP 2022	GCROS	V5022200B	ESE HSCJ		Jes Tobo
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	29 SEP 2022	SERUM	0130N131A	ESE HSCJ		Jes Tobo
	Fiebre Amarilla	1ª	29 SEP 2022	SANOF	U3E37	ESE HSCJ		Jes Tobo
	Neumococo	Refuerzo	29 SEP 2022	GSK	ASPNB342AA	ESE HSCJ		Jes Tobo
	Influenza	Anual	26-JUN-2022	BIOCROS	V5052300T	ESE HSCJ		Diana Cadena
	Hepatitis A	ÚNICA	29 SEP 2022	MSD	W604E02	ESE HSC		Jes Tobo
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1° Refuerzo	04-ABRIL-2023	SERUM	2551YC210	ESE HSCJ	03 MARZO 2023	Jorge Mok
	Polio (Oral - IM)	1° Refuerzo	04-ABRIL-2023	BIOLOGICAL	220G012	ESE HSCJ		Jorge Mok
5 Años	Polio (Oral - IM)	2° Refuerzo						
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2° Refuerzo						
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo	04-ABRIL 2023	SERUM? 0137N093A	0137N093A	ESE HSCJ		Jorge Mok Epa
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª						
	VPH	2ª						
	VPH	3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis	VARICELA	1	29 SEP 2022	MSD	L102E251	ESE HSCJ		Jes Tobo

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

Estas vacunas son gratuitas

3143943765 cita 02 septiembre para covid 19

ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS

REGISTRO DIARIO DE VACUNACION NIÑOS Y NIÑAS

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES

IAMI: INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y LA INFANCIA

DATOS GENERALES NIÑO O NIÑA

TIPO DE IDENTIFICACION	No DE IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO			EDAD	MESES AÑOS	17. SEXO
RC	1122343817	2	9	2021	8	M	F

DEPARTAMENTO DE NACIMIENTO	MUNICIPIO DE NACIMIENTO	LUGAR DE ATENCION DEL PARTO	PESO AL NACER	GESTAS
PUTUMAYO	PUERTO ASIS	CLINICA PUTUMAYO	3200	39

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
ROSALLY	SARITH	TRUJILLO	HERMOSA

PESO	TALLA	TEMPERATURA	LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL	ZONA	ASEGURADORA	GRUPO ETNICO
8,7	72	37	VALLE DEL GUAMUEZ	2	EMSSANAR	6

CONDICION DE LA USUARIA (GESTANTE, LACTANTE, OTRO)	FECHA ULTIMA MENSTRUACION	FECHA PROBABLE DE PARTO	SEMANAS DE GESTACION	NUMERO EMBARAZO
----------	----------	----------	----------	----------

DESPLAZADO				CONDICION DE DISCAPACIDAD				ESTUDIA				VICTIMA	TERCERA EDAD	PERTENECE A POBLACION
SI		NO	X	SI		NO	X	SI		NO	X	2	SI	NINGUNO

DATOS DE REFERENCIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	BARRIO O VEREDA	ZONA DE RESIDENCIA
PUTUMAYO	SAN MIGUEL	LA DORADA	U

DETALLE DEL AREA (CERCA A UNIDAD)	CELULAR DE CONTACTO	FALLECIDO			
B 7 DE AGOSTO, UNA DESPUES DEL HOSPITAL	3228200029 3113863521	SI		NO	X

DATOS DE LA MADRE

TIPO DE IDENTIFICACION	No IDENTIFICACION	8. GRUPO ETNICO	9. DESPLAZADO	CORREO ELECTRONICO
TI	1086528135	6	1	----------

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NATALY	VANESA	HERMOSA	VACA

DATOS DEL PADRE O CUIDADOR

TIPO DE IDENTIFICACION	No DE IDENTIFICACION	PARENTESCO	DESPLAZADO	GRUPO ETNICO
CC	1122341782	PAPA	2	6

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
CRISTIAN	FABIAN	TRUJILLO	CUELLAR

ESQUEMA DE VACUNACION

BIOLOGICO	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE DE VACUNA	LABORATORIO	JERINGA	NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN APLICA
BCG						
HEPATITIS B						
POLIO VPO						
POLIO INY						
DPT						
Hib (pentavalente)						
ROTAVIRUS						
NEUMOCOCO						
TRIPLE VIRAL						
HEPATITIS A						
FIEBRE AMARILLA						
DPT ACELULAR GES						
TT Y DIF (7d) Adulto						
INFLUENZA NIÑOS	1	9-jun-22	V50222008	GC	L2101001	DIEGO BRAVO
INFLUENZA ADULTO						
VARICELA						
VPH						

Diego E. Bravo B.
Auxiliar en Enfermería

2/11. TIPO DE IDENTIFICACION	5. REGIMEN AFILIACION	8. GRUPO ETNICO	17. SEXO	30. CAUSAS DE NO VACUNACION
CC = CEDULA DE CIUDADANIA PA = PASAPORTE RC = REGISTRO CIVIL TI = TARJETA DE IDENTIDAD CE = CEDULA EXTRANJERIA CNV = CERTIFICADO NACIDO VIVO AS = ADULTO SIN IDENTIFICACION MS = MENOR SIN IDENTIFICACION	1= CONTRIBUTIVO 2= SUBSIDIADO 3= POBLA NO ASEGURADO 4= ESPECIAL Y DE EXCEPCION 9. CONDICION DESPLAZAMIENTO 1= SI 2= NO	1= INDIGENA 2= GITANO 3= RAIZAL 4= PALENQUERO 5= RECIEN NACIDO O MENOR 6= NO PERTENECE A NINGUNA 10. CONDICION DISCAPACIDAD 1= SI 2=NO	1= FEMENINO 2= MASCULINO 23.AREA DE RESIDENCIA 1= CABECERA 2= CENTRO POBLADO 3= RURAL 31. ESQUEMA COMPLETO 1= SI 2= NO	1= NEGACION DE PADRES 2= INMUNOSUPRESION 3= MUERTE 4= CONTRAINDICACION 5= IN MIGRACION 6= NO ACEPTA LA VACUNA 7= NO ESQUEMA VACUNAS

FIRMA: Natalia Vanesa H.

E.S.E HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS
NIT 846.000.471 – 5

Valle del Guamuez, 06 de mayo del 2025

CDI FRONTERAS DE PAZ
La Hormiga - Putumayo

Asunto: certificación de Biológico contra covid-19

Cordial Saludo.

De manera muy atenta me dirijo a usted con el fin de informar que en el momento no contamos con el biológico para menores de 12 años en la institución, ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS, por lo cual se le certifica a la madre del usuario: **NATALID VANESA HERMOSA VACA** con RC: **1.122.343.817** acudió al área de vacunación para disentimiento de COVID-19. Se informa que solo se cuenta en el momento con Biológico de Pfizer para población Gestantes y mayores de 12 años en adelante.

Sin otro particular agradezco a usted su amable atención.

Se anexa infografía y descripción de Biológico Pfizer JN.1.

Marcelina Cuaran

MARCELINA CUARAN
Coordinadora PAI
E.S.E Hospital Sagrado Corazón de Jesús

HIGIENE ORAL

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

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

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

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



CP	F	S	D	PRÓXIMA CITA	PRÓXIMA CITA
				15-09-2025.	15-03-2026

DRA. CANDY ALVAREZ RODRIGUEZ
ODONTOLOGA GENERAL
U. DE CARTAGENA
CC 1143398148

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 Rosally Sarith Trujillo Hermosa, identificado (a) con documento de identidad número 1122343817, 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	X	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales	X

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Natalia Vanesa Hermosa Vacca, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1085328135, 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	X	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales	X

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 Almadevida, 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:
Nombre: Vanesa Hermosa Vacca
Calidad - Titular: X Representante legal:
Teléfono de contacto: 3133661748
Fecha: 02-05-25
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

Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Leidy Marcela Rincon
Agente educativa

Huella del niño/niña

Rosa

EMPRESA DE ENERGÍA DEL BAJO PUTUMAYO S.A. E.S.P.
Nit. 846000.553 DIR: 2-86568000-7
Autorretenedores Res. 547 de 25/01/2002
Responsables de IVA

"Generamos Desarrollo con Energía"

Vigilado Superservicios

Código de Suscripción	SM 43608	Pago oportuno hasta:	02-ABR-2025	Mes Facturado
Factura Nro.	2037042756	Suspensión a partir de:	03-ABR-2025	MARZO 2025

1. Información General

Nombre:	TERESA DE JESUS YELA VALLEJOS			Último pago	$
Dirección:	BR 9 DE ABRIL		07-MAR-2025		65,720
		Tuve servicio de energía entre:	18-FEB-2025 - 18-MAR-2025 (28)		22-MAR-20

Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Área	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Tarifa	División Geopolítica
SM1	S103	255	1	RESIDENCIAL	URBANA	1	1.7	AEREA	EMPRESA	105	SAN MIGUEL - 9 DE ABRIL

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)

Generación	Transmisión	Distribución	Comercialización	Pérdidas	Restricción	CU
527.60	49.85	253.23	121.95	70.79	14.68	1,038.10

2A. Información Medidor

Marca	Serial	Factor Múltiplo
HIK	19374899	

2B. Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	11414	11109
Reactiva:		

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

2C. Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	305		
Consumo Reactiva KVarh:	0		
Costo del consumo $	316620.5		
Tarifa (hasta 173 Kwh):	415.24		
Subsidio: %	60	$	-107754.78
Contribución: %	0	$	0
Sub Total $	208865.72		

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

2D. Consumo Ultimos 6 Meses

Mes	Consumo
2025/Feb	131
2025/Ene	227
2024/Dic	198
2024/Nov	226
2024/Oct	242
2024/Sep	216

Promedio: 207

2E. Información Calidad del Servicio

Tel. O.R. EEPB 01 8000 942415
Transformador SLD121 Grupo 22
DIUG 30.24 FIUG 19 Circuito C14
Cargo D 249.01 Dscto %t 20
CEC 0.00
DIU 85.67 FIU 97.00
HC 0.00 VC 0.00
Valor a compensar 0.00

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	316,620.50	0	0.00		316,621
SUBSIDIO	107,754.78	0	0.00		107,755
AJUSTE A SUBSIDIO	3,390.15	0	0.00		3,390
AJUSTE A LA DECENA	2.13	0	0.00		2

5. Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP

212,258

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	15,272	0	15,272

7. Información Facturación Convenio Aseo y Alcantarillado

Concepto	Empresa	Dirección PQR	USO	Valor Tarifa	Subsidio o Factor Solidario	Cargo Consumo o Variable	Valor Tasa Ambiental	Saldo Anterior	Ajustes/Otros	Valor Total
Alcantarillado				0	0	0	0	0	0	0
Aseo*	Alcaldia San Mi	Cra 4 Cll 7 Esq B/La Liberta		6,000	0	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
212,258		15,272		6,000		0		233,530

CUFE:

bada99deda9d5ac85c8fba9016b6f13d84d05a01820df0746439fb85449d8
53abfde8311705b6bffc00cc3914ad1c3b5

(415)7709998005532(8020)100020370427561 4(3900)0000233530(96)20250402

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

www.eebpsa.com.co @eebpsaesp /eebpsa

Fac. Electronica: EEBP 168232

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

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

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

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre 74

Ciudad San Miguel - La dorada (ptyo)

Nombre completo de la niña o niño Rosally Sarith Trujillo Hermosa

Fecha de nacimiento Día 02 Mes 09 Año 2021 **N° Documento de Identidad** 1122343817

Sexo Masculino ○ Femenino ● **Fecha de 1er día de atención en el año** Día 02 Mes 05 Año 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Leidy Marcela Rincón E

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

La niña cumple con los ítems según su rango de edad, se comunica de forma fluida y los acompaña con gestos, tambien disfruta de participar en las actividades con otros niños y niñas es muy sociable y respeta las normas y las sigue.

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

●

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Leidy Marcela Rincón Echeverry

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

ESE Hospital Sagrado Corazón de Jesús

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

Procedimientos
202509030305

SIH/0.01/2010-01-01

Nombre del Usuario: ROSALLY SARITH TRUJILLO HERMOSA
Numero de cedula: RC 1122343817
Género: Femenino
Edad: 48 Meses
Dirección: LA DORADA PUTUMAYO
Teléfono: 3133661748
Celular: 3233481585

Tipo Usuario: Subsidiado CAP
Admin: EMSSANAR EPS S.A.S.
Cont: (07) capita pym
Codigo Institución: 868650001001

- **Procedimientos**

Fecha y Hora: 03/09/2025 11:00:57 **Profesional:** Davison Botina Henrry .(enfermero.) **Identificación:**
Fecha del resultado: 03/09/2025 **Hora del Resultado:** 11:00:57
N°: 2
Cod: PMS581 Nomb: EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD POR ENFERMERIA Cant: 1 Dosis: DXP: Z108 DXR: Orden: 0 Item:
Descripción

AGUDEZA VISUAL: SE REALIZA EL TAMIZAJE DE AGUDEZA VISUAL. PACIENTE ALERTA, CONSCIENTE, ORIENTADO, EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, S E REALIZA TOMA DE LA AGUDEZA VISUAL CON ESCALA DE SNELLEN ENCONTRANDO: OJO DERECHO 20/15, OJO IZQUIERDO 20/15

CUIDADOS VISUALES: SE RECOMIENDA USAR GAFAS DE PROTECCIÓN, SE BRINDA EDUCACIÓN PRACTICA NÚMERO 3 Y 15 SEGÚN LA ESTRATEGIA AIEPI COMUNITARIO, (PROPORCIONE A LOS NIÑOS CANTIDADES SUFICIENTES DE MICRONUTRIENTES, VITAMINA A, HIERRO Y ZINC, YA SEA EN SU RÉGIMEN ALI MENTARIO O MEDIANTE EL SUMINISTRO DE SUPLEMENTOS) LA "VITAMINA A" LA ENCONTRAMOS EN LAS FRUTAS DE COLOR NARANJA (PAPAYA, MANG O, MARAÑÓN, MANDARINA, CHONTADURO Y PROPIAS DE SU REGION), EN LAS HORTALIZAS DE COLOR NARANJA O VERDE OSCURO (CALABAZA, ZAPA LLO, ZANAHORIA, ESPINACA), EN LAS CARNES (PESCADO, RES, POLLO, VÍSCERAS COMO EL HÍGADO), ES NECESARIO CONSUMIR ACEITES O MANTEQUI LLAS DURANTE LA MISMA COMIDA PARA AUMENTAR LA ABSORCIÓN DE LA VITAMINA A, TOME LAS MEDIDAS ADECUADAS PARA PREVENIR Y CONTROL AR LOS ACCIDENTES EN LOS NIÑOS, EVITAR EL CONTACTO DE POLVO Y ESFORZAR LA VISTA EN LA NOCHE, EVITAR EL USO EXCESIVO CUANDO SE ES INN ECESARIO CON OBJETOS TECNOLÓGICOS COMO TABLETS, COMPUTADORES, CELULARES, ENTRE OTROS.

Elaboró:

DAVISON BOTINA HENRRY
ENFERMERO JEFE
Registro Profesional 2096

Impreso por:

DAVISON BOTINA HENRRY
ENFERMERO JEFE
Registro Profesional 2096