| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br>FORMATO DE INSCRIPCIÓN FÍSICA PARA LA PRE - MATRÍCULA EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA | F2.MT1.PP | 30/01/2025 |
|---|---|---|---|
| | | Versión 2 | Página 2 de 2 |
| | | Clasificación de la Información: Pública | |

Fecha de diligenciamiento: 1 | 4 | 2025

## INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

**Tipo de participante:** ○ Niño/a entre 0 y menor de 5 años ○ Persona Gestante

**Tipo de vinculación:** ○ Participante de nuevo ingreso ○ Participante de continuidad

**Unidad de Servicio sugerida:** C.D.I Fronteras de Paz

**Tipo documento identidad:** ● Registro Civil ○ Tarjeta de identidad ○ Cédula de ciudadanía ○ Pasaporte ○ Permiso especial permanencia ○ Partida o Acta de nacimiento ○ Visa ○ Tarjeta movilidad fronteriza ○ Permiso de protección temporal ○ Cédula extranjería ○ Sin documento **Nacionalidad:** _____

**Número de documento:** 1.122.343.610

**Fecha nacimiento:** 17 | 1 | 2021

**Nombres:** Ian Zhaid

**Apellidos:** Ruiz- Gomez

**Presenta discapacidad?** ○ Si ● No

**¿Se autoreconoce en alguno de los siguientes grupos étnicos?** ○ Si ● No

**¿Se autoreconoce en alguno de los siguientes grupos poblacionales?** ○ Si ● No

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

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

**Indique cuales aplican:** ○ Migrante ○ Campesinado ○ Firmante de paz ○ Víctima conflicto armado

## DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

**Departamento residencia:** Putumayo

**Municipio de residencia:** San Miguel

**Zona:** urbano

**Barrio:** Paraíso

**Vereda:**

**Sector:**

**Dirección:** Diagonal al hospital Fronterizo la Dorada

## INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

**Parentesco:** ● Madre ○ Padre ○ Cuidador/a

**Tipo documento identidad:** ○ Tarjeta identidad ○ Cédula de ciudadanía ○ Cédula de extranjería ○ Pasaporte ○ Permiso especial permanencia ○ Partida o Acta de nacimiento ○ Visa ○ Tarjeta movilidad fronteriza ○ Permiso de protección temporal ○ Sin documento **Nacionalidad:** _____

**Número de documento:** 1.058.972.763

**Nombres:** Dally Esneidel

**Apellidos:** Gomez- Giron

**Pais de nacimiento:** Colombia

**Fecha nacimiento:** 19 | 1 | 1994

**Correo electrónico:** dallygomez@unicauca.edu.co

**Número de celular:** 3182890019

**Número de fijo:**

## AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

**Autoriza el registro en sistema?** ● Si ○ No
https://prematricula.icbf.gov.co

**Nombre y Firma del padre, madre y/o cuidador:** Dally Gómez Girón
Dally Gómez

**Nombre y Firma del profesional que diligencia:** OLGA RENDÓN

**Observaciones:**

Fundación
Alma de Vida
Fortaleciendo sonrisas de esperanza

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



**NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:**
Ian Zhaid Ruiz Gomez

**N° DOCUMENTO:** 1.122.34361 **TIPO DOCUMENTO: RC**___ **CC** X **OTRO** ___
**FECHA DE NACIMIENTO:** 17 - Enero - 2021 **EDAD:** 4 años - 2 meses
**LUGAR DE NACIMIENTO:** Pasto (Nariño)

**NOMBRE DE LA UDS:** (CDI) centro de desarrollo infantil
**CODIGO UDS:** 867571126972 **BARRIO/VEREDA:** 7 de Agosto
**FECHA DE INGRESO:** 1. Abril - 2025 **FECHA DE RETIRO:** _____

**SISBEN:** A1 P. Extrema. **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:** Dally Esneider Gomez Girón
**N° CÉDULA:** 1.058.972.763 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Bolivar (Cauca)
**NOMBRE DEL PADRE:** Jonny Aldair Ruiz Rengifo
**N° CÉDULA:** 1058969 791 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Bolivar (Cauca)
**N° DE CELULAR:** 318 2890019
**NOMBRE DEL ACUDIENTE:** Mariela Girón Galindez
**N° CÉDULA:** 34637630 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Bolvar (Cauca)
**DIRECCIÓN VIVIENDA:** B1 el Paraiso **ZONA POBLACIONAL: (R)**___ **(U)** X
**NUMERO DE CELULAR** 3124966142

Dolly Gómez
**FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE**

OLGA RENDÓN
**NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO**

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

# CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: N 1220518

**NUIP** 1.122.343.610

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

## *Datos del Inscrito*

Apellidos y Nombres completos

RUIZ GOMEZ IAN ZHAID

| Fecha de Nacimiento (Mes en letras) | | | | | | | | | | | Sexo (en letras) | Tipo Sanguíneo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Año | 2 | 0 | 2 | 1 | Mes | E | N | E | Día | 1 | 7 | MASCULINO | |

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

COLOMBIA NARIÑO PASTO

| Fecha de Inscripción (Mes en letras) | | | | | | | | | | | Indicativo serial |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Año | 2 | 0 | 2 | 1 | Mes | F | E | B | Día | 0 | 1 | 0061318355 |

## *Datos de la Madre*

Apellidos y Nombres completos

GOMEZ GIRON DALLY ESNEIDER

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CEDULA DE CIUDADANIA 1.058.972.763 | COLOMBIA |

## *Datos del Padre*

Apellidos y Nombres completos

RUIZ RENGIFO JONNY ALDAIR

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CEDULA DE CIUDADANIA 1.058.969.791 | COLOMBIA |

## *Datos del Solicitante*

Apellidos y Nombres completos

RUIZ RENGIFO JONNY ALDAIR

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 1.058.969.791

## *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 2

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)

| Año | 2 | 0 | 2 | 1 | Mes | F | E | B | Día | 0 | 1 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
26208981-5

**Nombre y firma del funcionario**

ROY EDISON CALLE QUIRAMA

**Registrador del Estado Civil**

CÉDULA DE CIUDADANÍA

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP **1.058.972.763**



Apellidos
GOMEZ GIRON

Nombres
DALLY ESNEIDER

| Nacionalidad | Estatura | Sexo |
|---|---|---|
| COL | 1.52 | F |

Fecha de nacimiento
19 ENE 1994

G.S.
B+

Lugar de nacimiento
BOLIVAR (CAUCA)

Fecha y lugar de expedición
26 ENE 2012, BOLIVAR

Firma Dally Gomez

Fecha de expiración
26 AGO 2034

.CO

053414100

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

```
ICCOL053414100011007<<<<<<<<<<
9401194F3408261COL1058972763<7
GOMEZ<GIRON<<DALLY<ESNEIDER<<<
```

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.058.969.791**

**RUIZ RENGIFO**
APELLIDOS

**JONNY ALDAIR**
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-FEB-1991**

**BOLIVAR**
**(CAUCA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

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

**27-MAY-2009 BOLIVAR**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1100700-00162509-M-1058969791-20090711 **00133**73717A 1 27927063

Acudiente

6

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 34.537.630

GIRON GALI[illegible]

APELLIDOS

MARIEL[illegible]

NOMBRES

Mariela Giron

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 27-AGO-1969

BOLIVAR
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.48
ESTATURA

B+
G.S. RH

F
SEXO

20-JUN-1994 BOLIVAR
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-6401800-00133155-F-0034637630-20081203 0007452275A 2 26635796

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: **24/03/2025**

Ficha: **19100490876400002048**

# A1

## Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: **IAN ZHAID**

Apellidos: **RUIZ GOMEZ**

Tipo de documento: **Registro civil**

Número de documento: **1122343610**

Municipio: **Bolívar**

Departamento: **Cauca**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **06/09/2023**

Última actualización ciudadano: **13/09/2023**

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**

## Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: **MARIO ALEXANDER RENDON**

Dirección: **Calle 6 No 4 - 28 Parque Los Fundadores**

Teléfono: **3122562294**

Correo Electrónico: **sisben@bolivar-cauca.gov.co**

La Dorada, Putumayo24 de junio de 2024

24 de June de 2025

Señores:

ICBF

CDI FRONTERAS DE PAZ

San Miguel la Dorada ptyo

Asunto: Manifestación de no querer cambiar mi lugar de residencia en el Sisbén

Cordial saludo:

Yo, JHONNY RUIZ, identificado(a) con cédulade ciudadanía No. 1058969791, me dirijo a ustedes de manera respetuosa para manifestar que no deseo realizar ningún cambio en la información de mi lugar de residencia registrado actualmente en la base de datos del Sisbén. Debido aquí en el municipio de san Miguel se ha intentado realizar el censo, pero los puntales para este no nos favorecen son extremadamente elevados, aun cuando no se cuenta con un bien material. Como padre de familia del niño Ian Zhaid Ruiz Gomez, perteneciente al cdi Fronteras de paz, la Dorada ptyo, unidad jardín uno. Velo por el bienestar de mi hijo, y no deseo realizar este tipo de cambios.

Por lo tanto, solicito que se mantenga mi información de residencia tal como está registrada.

Agradezco su atención y quedo atento(a) a cualquier verificación o requerimiento adicional.

Atentamente

Jhonny Ruiz Rengifo

JHONNY RUIZ RENGIFO

C.C. No. 1058969791

Teléfono 3174465366

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 | 1122343610 |
| NOMBRES | IAN ZHAID |
| APELLIDOS | RUIZ GOMEZ |
| 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 | 02/02/2021 | 31/12/2999 | CABEZA DE FAMILIA |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Impresión:** | 09/11/2025 14:35:43 | **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

emssanar EPS
NIT. 901.021.565-8
Registro de Cámara de Comercio
Nº 15233 Libro IX. Octubre 24 de 2016

Cuidamos de ti en cada paso

## 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 1122343610 |
| Apellidos: | RUIZ GOMEZ |
| Nombres: | IAN ZHAID |
| Ficha Sisben: | 19100490876400002048 |
| Nivel Sisben: | Nivel I |
| Grupo Sisben | A01 |
| Tipo de discapacidad: | Ninguna |
| Plan de salud: | Régimen Subsidiado |
| Estado de servicio: | Vigente |
| Fecha de Afiliación: | 03/02/2021 |
| Departamento de Afiliación: | PUTUMAYO |
| Municipio de Afiliación: | SAN MIGUEL |
| Zona: | Urbana - Cabecera Municipal |

**IV - Afiliado cumple con metodología IV SISBEN.**

**IPS de atención de primer nivel**

| IPS | Direccion | Servicio |
|---|---|---|
| ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA - SAN MIGUEL ( PUTUMAYO ) | KR 7 # 1 - 36 | MEDICINA GENERAL |

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 25 de Marzo 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 CONTROL

## NIÑO Y NIÑA ...Sanos



E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

## MIS DATOS

| | |
|---|---|
| Nombres: Ian Zhaid | Apellidos: Ruiz Gomez |
| Fecha de nacimiento: DÍA 17 \| MES 01 \| AÑO 2021 | Historia Clínica: 1122343610 |
| Barrio/Vereda: Barrio Paraiso | Responsable del niño: Dally Gomez |
| Teléfono: | EPS: Emssanar |

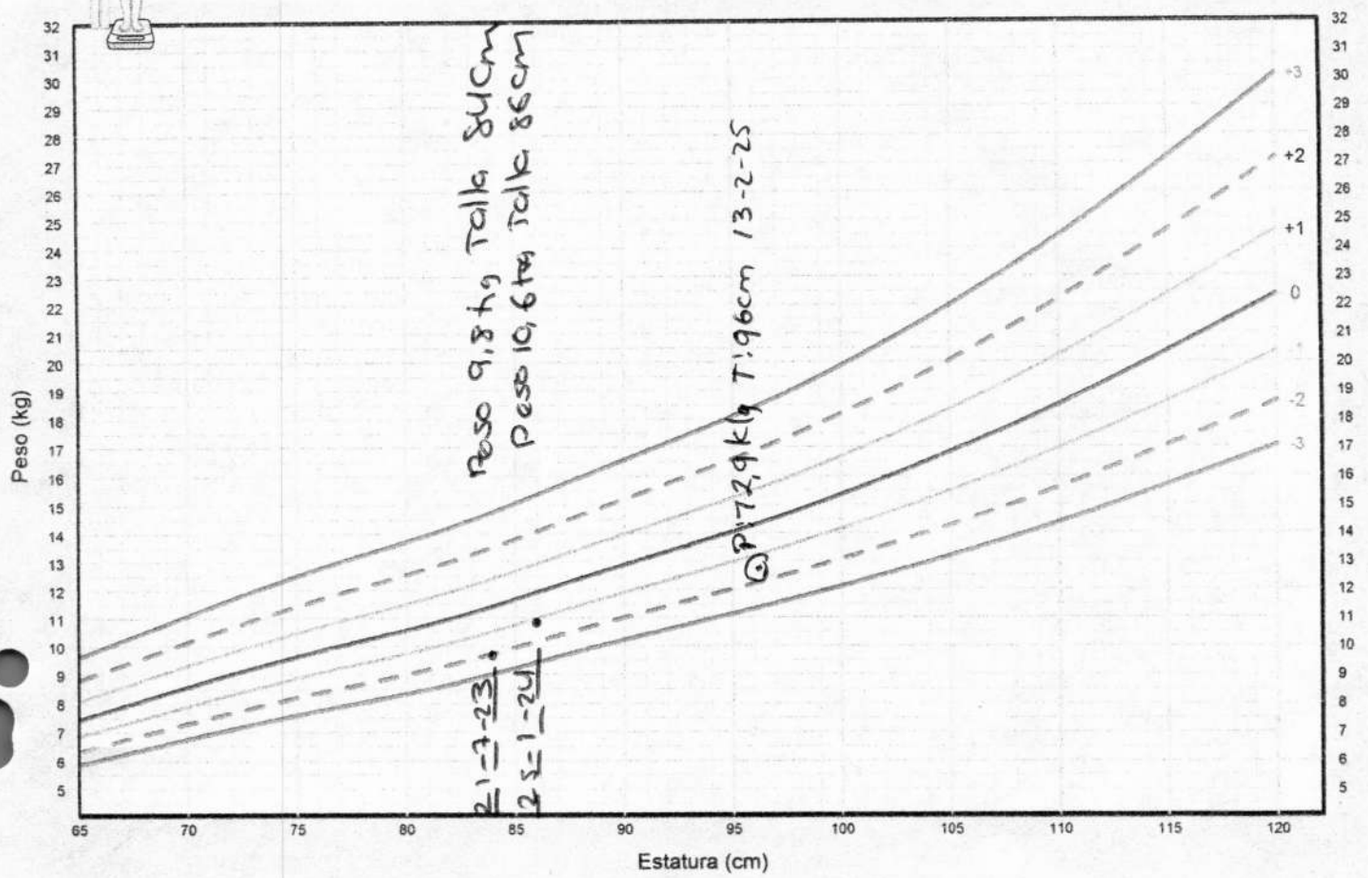
# CITAS PROGRAMADAS

| DÍA | MES | AÑO | HORA | ASISTIO SI | ASISTIO NO |
|---|---|---|---|---|---|
| 25 | 01 | 24 | Medico | ✓ | |
| 17 | 01 | 25 | Enfermeria | | |
| 13 | 02 | 2025 | Enferm | S.V. Mylena C | |
| 17 | Enero | 2026 | Medico | | |

| Fecha de atención | Peso | Talla | Perímetro cefálico | Perímetro braquial | IMC | Fecha del próximo control | Firma del profesional |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 21-7-23 | 9,8kg | 84cm | 46cm | 15 | 13,9 | 25-01-24 | Lizeth Jimenez |
| 25-1-24 | 10,6kg | 86cm | 47cm | 13 | 14,3 | 17-01-25 | Freyman Cuase, |
| 13-02-2025 | 12,9 | 96 | 47 | 14 | 140 | 17-07-2026 | Milena C |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

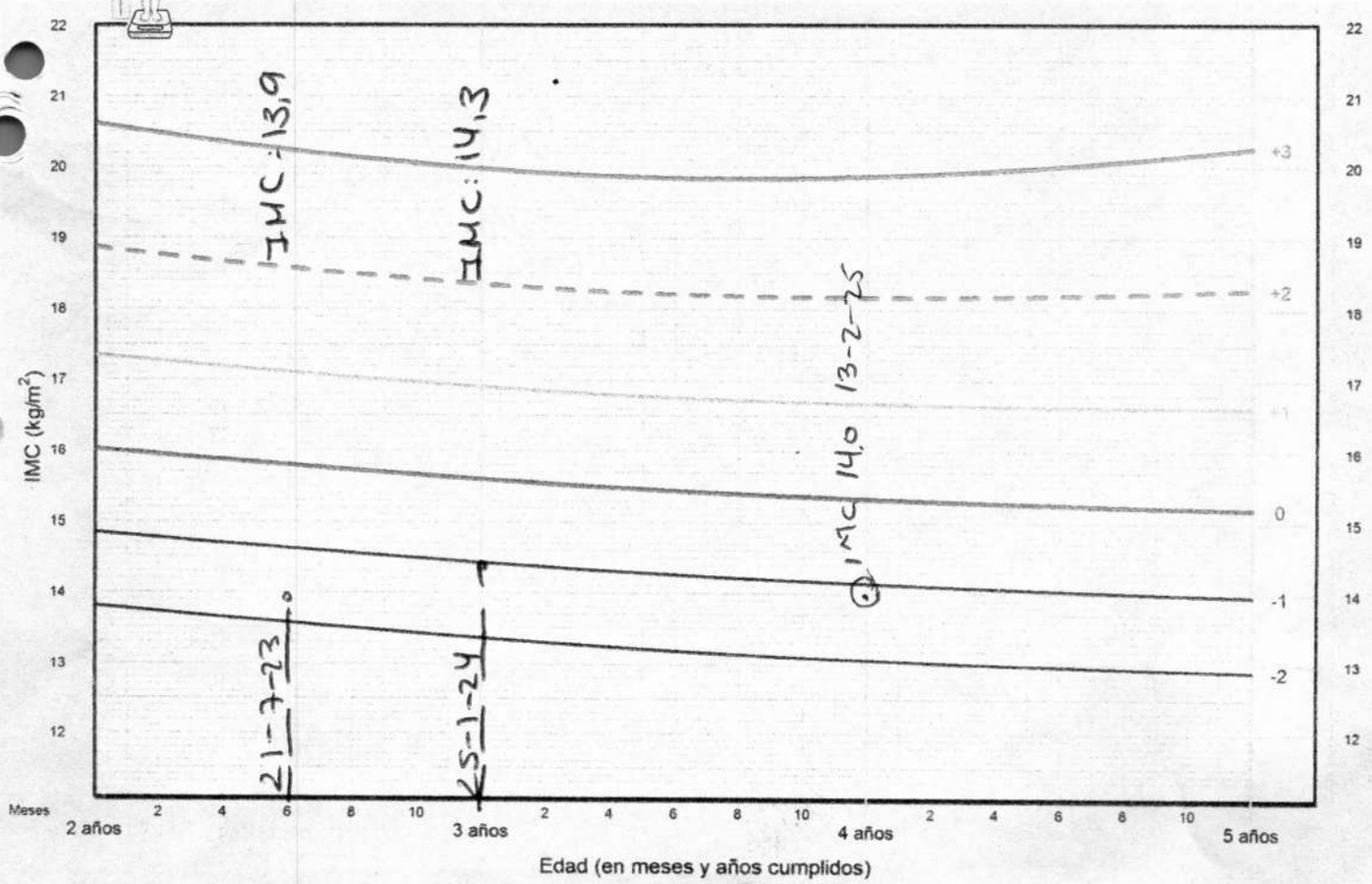
# Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



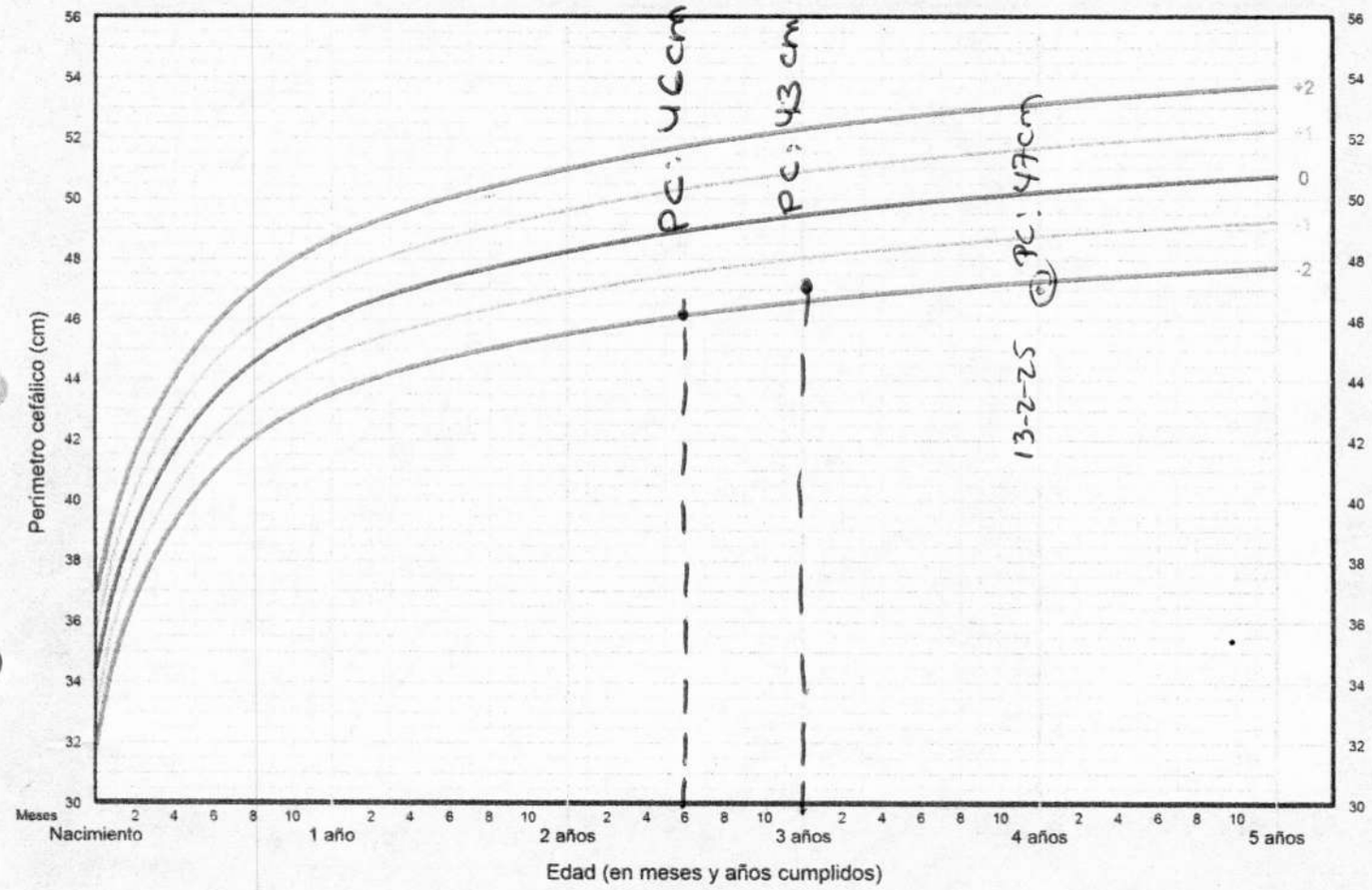

# IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



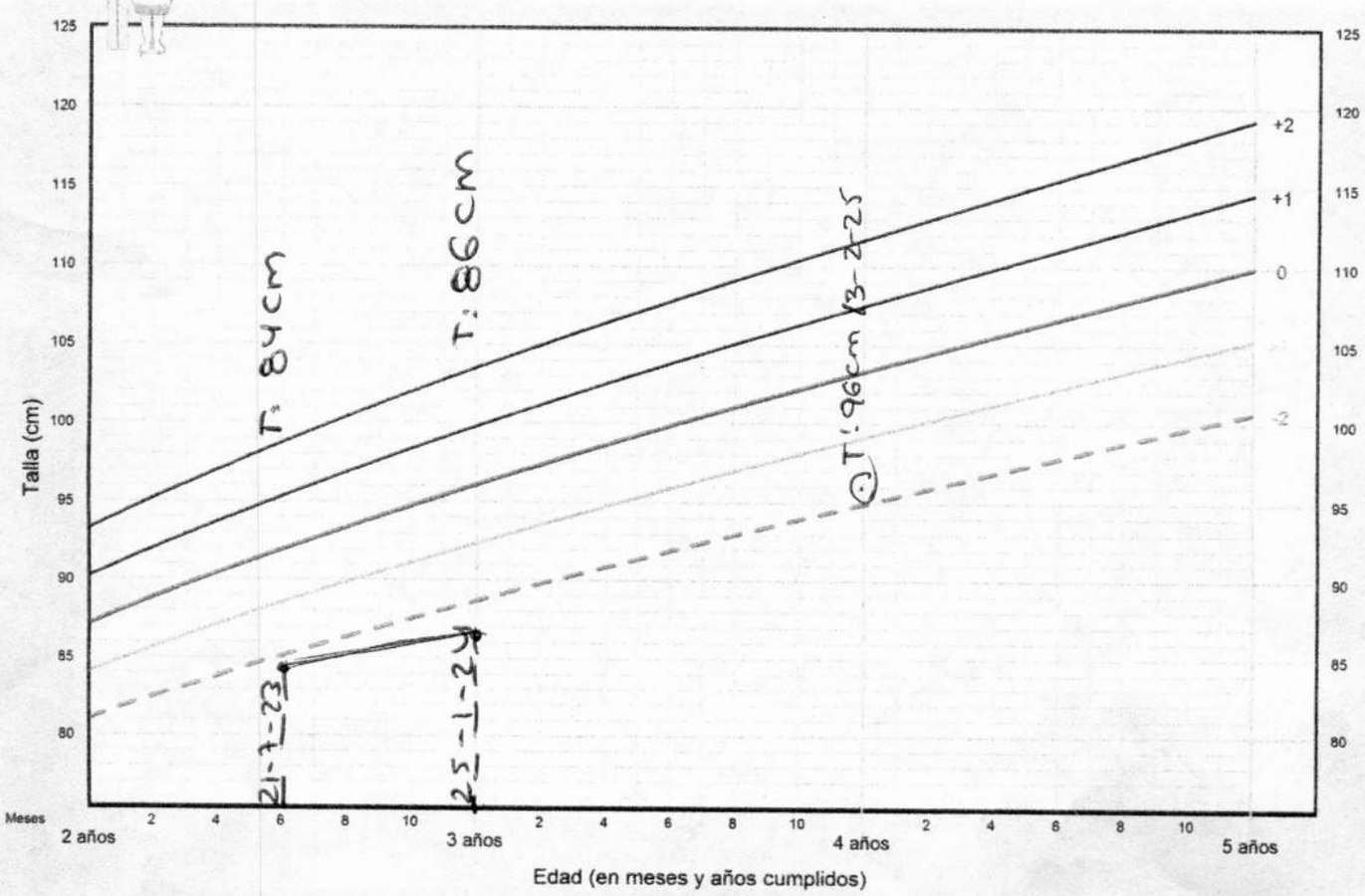
# Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)




# Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5años)



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

Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

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

CARNET
RIAS

# PRIMERA INFANCIA



E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA

# Mi prioridad es tu salud

Nombres y Apellidos:
Ian Zhaid - Ruiz Gomez

Doc. de Identidad: 1122343610 EPS: - B. Paraiso

Teléfono: 3132890019 Domicilio:

RV
15

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

Agudeza Visual - 20-20- Fecha - 13-02-25 - Agudeza Auditiva - Normal-

**Vacunar Oportunamente** con todas las dosis a tus hijos, **Garantiza la Protección** frente a enfermedades como:

**T**uberculosis meníngea, **H**epatitis B, **P**oliomielitis, **M**eningitis y otras enfermedades causadas por Haemophilus Influenzae tipo B, **D**ifteria, **T**osferina, **T**étanos, **D**iarrea por rotavirus; **N**eumonía, **O**titis, **M**eningitis bacteriemia causada por Neumococo, **E**nfermedad respiratoria causada por el virus de la Influenza, **S**arampión, **R**ubéola, **P**arotiditis, **V**aricela, **H**epatitis A, **F**iebre Amarilla y **V**irus del Papiloma Humano.



**Busca ya las vacunas**

¡es gratis, hazlo de una!


**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)

www.**minsalud**.gov.co @MinSaludCol


**SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES**

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

**VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL**

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | SI* | | NO* | |
| 3 años | | | | | | | | | | | |
| 4 años | | | | | | | | | | | |
| 5 años | | | | | | | | | | | |

*Menor o igual a 20 normal

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

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

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

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

**FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES**

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1.ª entrega | | | | | | | | | | | |
| 2.ª entrega | | | | | | | | | | | |
| 3.ª entrega | | | | | | | | | | | |

**ATENCIÓN EN SALUD BUCAL**

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

RV
17

**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL**



# Carné de Vacunación

Nombres y Apellidos Ian Zhaid Ruiz Gomez

[X] CC [ ] TI [ ] OTRO — 1.122.343.610

Tipo de Documento — No. de Documento

Fecha de Nacimiento 17 01 2021

Sexo: Masculino

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: Talla:

Dirección:

Teléfono 1: 317 9465266

Teléfono 2:

Responsable: Dally Esneider Gomez Girón

Municipio de residencia: San Miguel

Departamento: Putumayo.

Nombres y Apellidos:_____ Tipo de Identificación_____ No. ID:_____

| | Me protege de | Dosis | Fecha de aplicación Día | Mes | Año | Laboratorio | Número de lote | IPS vacunadora | Fecha próxima cita Día | Mes | Año | Nombres y apellidos del vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐ | | | | | | |
| Recién Nacido | Tuberculosis meningea (BCG) | Única | 17 | 01 | 21 | Serum | 03 2 0 0 0 0 2 B | proinsalud | | | | Miguel C |
| | Hepatitis B | Recién nacido | 17 | 01 | 21 | Serum | 03 7 9 6 1 6 5 | proinsalud | | | | Miguel C |
| | | | | | | Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐ | | | | | | |
| 2 meses | Poliomielitis (VIP) | 1ª | 17 | 03 | 21 | Sanofi | 2 0 1 7 0 0 4 A | | | | | |
| | Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib) (Pentavalente) | 1ª | 17 | 03 | 21 | Biological | 2 8 5 0 Y 0 2 1 B | E.S.E H.F.L.D | | | | Ana Legarda |
| | Hepatitis B (Pentavalente) | 1ª | 17 | 03 | 21 | Biological | 2 8 5 0 Y 0 2 1 B | | | | | |
| | Difteria, Tétanos, Tosferina (Pentavalente) | 1ª | 17 | 03 | 21 | Biological | 2 8 5 0 Y 0 2 1 B | | | | | |
| | Diarrea por rotavirus | 1ª | 17 | 03 | 21 | GSK | A R 0 L C 7 6 9 A | | | | | |
| | Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐ | 1ª | 17 | 03 | 21 | GSK | A S P N B 2 8 B A B | | | | | |
| | | | | | | Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐ | | | | | | |
| 4 meses | Poliomielitis (VIP) | 2ª | 20 | 05 | 21 | Biological | 2 0 1 7 0 0 4 | | | | | |
| | Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib) (Pentavalente) | 2ª | 20 | 05 | 21 | Serum | 2 8 5 0 Y 0 1 BP | E.S.E Bolivar S. | | | | Yesenia Elizabeth Bolaños |
| | Hepatitis B (Pentavalente) | 2ª | 20 | 05 | 21 | Serum | 2 8 5 0 Y 0 1 BP | | | | | |
| | Difteria, Tétanos, Tosferina (Pentavalente) | 2ª | 20 | 05 | 21 | Serum | 2 8 5 0 Y 0 1 BP | | | | | |
| | Diarrea por rotavirus | 2ª | 20 | 05 | 21 | Biological | A R 0 L C 7 6 9 AA | | | | | |
| | Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐ | 2ª | 20 | 05 | 21 | Biological | A S P N B 3 0 8 BA. | | | | | |
| | | | | | | Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐ | | | | | | |
| 6 meses | Poliomielitis (VIP) | 3ª | 26 | 07 | 21 | Serum | 2 0 1 7 0 0 A | | | | | |
| | Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib) (Pentavalente) | 3ª | 26 | 07 | 21 | Biological | 2 8 5 0 Y 0 1 8 | E.S.E H.F.L.D | | | | Ana Legarda |
| | Hepatitis B (Pentavalente) | 3ª | 26 | 07 | 21 | Biological | 2 8 5 0 Y 0 1 8 | | | | | |
| | Difteria, Tétanos, Tosferina (Pentavalente) | 3ª | 26 | 07 | 21 | Biological | 2 8 5 0 Y 0 1 8 | | | | | |
| | Influenza estacional | 1ª | 26 | 07 | 21 | Sanofi | V 3 C 1 3 1 | | | | | |
| 7 meses | Influenza estacional | 2ª | 26 | 08 | 21 | Sanofi | V 3 C 1 3 1 | E.S.E HFLD | | | | Talya G. |
| 12 meses | Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP) | 1ª | 22 | 02 | 21 | Serum | 0 1 2 B 1 1 3 B | | | | | |
| | Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐ | Refuerzo | 22 | 02 | 21 | GSK | A S P N B 3 1 5 B A | E.S.E HFLD | | | | Paula Casanova |
| | Varicela | 1ª | 22 | 02 | 21 | Merck | V 0 0 6 + 2 2 | | | | | |
| | Hepatitis A | Única | 22 | 02 | 22 | MSD | V 0 1 6 2 0 7 | | | | | |
| | *Influenza estacional | Anual | | | | | | | | | | |
| 18 meses | Poliomielitis (VIP) | 1er Refuerzo | 30 | 08 | 22 | Serum | 2 1 2 1 0 0 4 A | | | | | |
| | Difteria, Tosferina y Tétano DPT ☐ Pentavalente ☐ | 1er Refuerzo | 30 | 08 | 22 | Serum | 2 8 2 1 Q 0 1 2 B | | | | | |
| | **Fiebre Amarilla | Única | 22 | 02 | 22 | Sanofi | R 3 R 3 0 | HFLD | | | | Paula C. |
| 5 años | Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP) | 2ª | 03 | 07 | 24 | Serum | 0 1 3 2 N 0 7 4 B | HFLD | | | | Kerly J. |
| | Poliomielitis (VIP) ☐ (VOPb) ☐ | 2do Refuerzo | | | | | | CITAS ALOS SAÑOS | | | | |
| | Difteria, Tétanos, Tosferina | 2do Refuerzo | | | | | | | | | | |
| | Varicela | Refuerzo | | | | | | | | | | |
| Niñas a partir de los 9 años | Virus del papiloma humano (VPH) | 1ª | | | | | | | | | | |
| | | 2ª | | | | | | | | | | |
| | | 3ª | | | | | | | | | | |
| Sin rango de edad | Covid-19 | 1ª | | | | | | | | | | |
| | | 2ª | | | | | | | | | | |
| | | 1er Refuerzo | | | | | | | | | | |
| | | 2do Refuerzo | | | | | | | | | | |
| Vacunas complementarias | SR | DU | 12 | 04 | 21 | Serum | 0 1 2 9 W 3 2 7 | HFLD | | | | Karen A. |

RV
19

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

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

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL

La salud es de todos | Minsalud

CIUDAD dora da FECHA: DÍA 01 MES 04 AÑO 25 HORA:

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:**

NOMBRES Ian Zhair APELLIDOS Ruiz Gomez

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC ☐ TI ☒ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ NÚMERO: 1122343610

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 17 MES: 01 AÑO: 2021 / EDAD: 4 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE 118 3174465366

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

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

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

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

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

**EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD**

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

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

En consecuencia, decido: **ACEPTAR:** _____ que se me aplique la vacuna. **NO ACEPTAR:** 9 que se me aplique la vacuna.

Firma de la persona: Mariela Girón

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

Nombres _____ Apellidos _____

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

Firma: _____

**En caso de requerirse firma a ruego:**

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

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

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

de _____

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

Nombres y apellidos del vacunador: Edoard IB

Firma Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1004768431

**DATOS DE LA INSTITUCIÓN**

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HRD

DEPARTAMENTO/DISTRITO: putumayo MUNICIPIO: San miguel

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

21

## RECOMENDACIONES

- Visite a su médico semestralmente
- Cepillese los dientes mínimo 5 veces al dia
- Mantenga una dieta balanceada
- Acostúmbrese a usar seda dental en cada cepillada

**I.I.A.M.I.** INICIATIVA INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y DE LA INFANCIA

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL
E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA
NIT 846 000 7098-8
TEL 4210833-4213834 LA DORADA - PUTUMAYO

**MI CARNET DE HIGIENE ORAL**

| | |
|---|---|
| E.P.S. | Emssanar |
| Nombres: | Ian Zhaid |
| Apellidos: | Ruiz |
| Sexo: M F | Fecha de Nacimiento 17 01 21 |
| Identificación: | RC 1122343 610 |
| Dirección: | N.H.C. |

Salud con Calidad

| FECHA | PROCEDIMIENTO CP | S | F | D | PROXIMA CITA |
|---|---|---|---|---|---|
| 26-01-22 | x | | x | | 26 julio-22 |
| 26-07-22 | x | | x | | 21 enero-23 |
| 26-01-23 | x | | x | | 26 julio-23 |
| 28-01-23 | x | | x | | 29 enero-2024 |
| 29-01-24 | x | | x | | 29 julio-2024 |
| 13-02-25 | x | x | x | | 13 Agosto-25 |
| 13-08-25 | x | x | x | | 13 Febrero-26 |

Liliana Maribel Córdoba
TA ORAL
Res 004493 de 2017

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA | F2.P2.CE | 15/07/2021 |
|---|---|---|---|
| | FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN | Versión 4 | Página 1 de 1 |

**Autorización – Uso de la imagen de menor de edad:**

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad Jan Zhaid Ruiz Gomez, identificado (a) con documento de identidad número 1122343610, 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, Dally Esneider Gomez Giron, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1085972763, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

| Autorización | Fotos | ✓ | Audios | ✓ | Videos | ✓ | Otros datos personales | ✓ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**La autorización comprende:**

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

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

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

Los productos autorizados son originados por Fundación Alma de Vida, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa Institucional

**Suscriben:**

Firma: Dally Gómez
Nombre: Dally Gómez Girón
Calidad - Titular: ____ Representante legal: ____
Teléfono de contacto: 3124969809
Fecha: 1- Abril- 2025
Municipio: San Miguel (Putumayo)



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.

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

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

**NOMBRE DE LA UDS:** Fronteras de Paz

| NOMBRES Y APELLIDOS | PESO | TALLA | PERIMETRO BRAQUIAL | CLASIFICACION NUTRICIONAL | FECHA | REMITIDO SI/NO | OBSERVACIONES | FIRMA DEL RESPONSABLE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Iad Zaid Ruiz | 14,2 | 100,2 | 14 | Riesgo de desnutricion aguda | 25/11/25 | | sin signos clinicos de desnutricion | |
| Ian Zahd Ruiz | | | | | 9/12/25 | | Sin signos clinicos de Desnutricion | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

**FIRMA DEL PROFESIONAL RESPONSABLE:** _____

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

# 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

Dally Gómez
**Firma del Padre de Familia y/o acudiente**

**Agente educativa**

**Huella del niño/niña**



Ian Zahid.

EMPRESA DE ENERGÍA DEL BAJO PUTUMAYO S.A. E.S.P.
Nit. 846.000.553-0 - NUIR: 2-86568000-7
Autorretenedores Res. 547 de 25/01/2002
Responsables de IVA

"Generamos Desarrollo con Energía"

Vigilado Superservicios

| Código de Suscripción | SM 11932 | Pago oportuno hasta: | 08-ENE-2025 | Mes Facturado |
|---|---|---|---|---|
| Factura Nro. | 2036943709 | Suspensión a partir de: | 09-ENE-2025 | DICIEMBRE 2024 |

## 1. Información General

| Nombre: | WILINGTON AREVALO LOPEZ | Último pago | 09-DIC-2024 | $ 37,870 | Fecha de Expedición |
|---|---|---|---|---|---|
| Dirección: | BARRIO 7 DE AGOSTO | Tuve servicio de energía entre: | 18-NOV-2024 - 18-DIC-2024 (30) | | 26-DIC-20 |

| Ciclo | Ruta | Orden | Estrato | Tipo de Uso | Área | Nivel de Tensión | Carga Instalada | Tipo de Red | Propiedad de Activos | Tarifa | División Geopolítica |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SM1 | S105 | 380 | 1 | RESIDENCIAL | URBANA | 1 | .6 | AEREA | EMPRESA | 105 | SAN MIGUEL - 7 DE AGOSTO |

## 2.Información Consumo Energía

Componentes del Costo (CU)*: Generación 453.29 + Transmisión 55.37 + Distribución 254.70 + Comercialización 121.02 + Pérdidas 62.32 + Restricción 8.41 = CU 955.1 ($/KwH)

### 2A.Información Medidor

| Marca | Serial | Factor Múltiplo |
|---|---|---|
| APR | 4604548159 | 1 |

### 2B.Información de Lecturas

| Energía | Lectura Actual | Lectura Anterior |
|---|---|---|
| Activa: | 3744 | 3665 |
| Reactiva: | | |

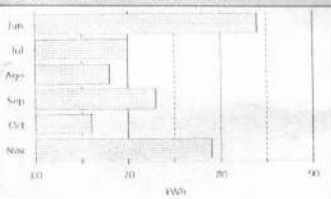
Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

### 2C.Liquidación Consumo del Periodo

| | | | |
|---|---|---|---|
| Consumo Activa Kwh: | 79 | | |
| Consumo Reactiva KVarh: | 0 | | |
| Costo del consumo $ | 75452.9 | | |
| Tarifa (hasta 173 Kwh): | 399.83 | | |
| Subsidio: % | 58.13 | $4 | -43866.35 |
| Contribución: % | 0 | $ | 0 |
| Sub Total $ | 31586.55 | | |

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

### 2D.Consumo Ultimos 6 Meses




Promedio: 73

### 2E.Información Calidad del Servicio

Tel. O.R. EEPB 01 8000 942415
Transformador SLD109 Grupo 22
DIUG 30.24 FIUG 19 Circuito C14
Cargo D 243.94 Dscto %t 18
CEC 81.31
DIU 102.23 FIU 98.00
HC 20.45 VC 23.00
Valor a compensar 7,140.69

## 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 | 75,452.90 | 0 | 0.00 | | 75,453 |
| SUBSIDIO | - 43,866.35 | 0 | 0.00 | | - 43,866 |
| AJUSTE A SUBSIDIO | 1,622.92 | 0 | 0.00 | | 1,623 |
| COMPENSACION RES.CREG_015/2018 | - 7,140.69 | 0 | 0.00 | | - 7,141 |
| AJUSTE A LA DECENA | - 0.78 | 0 | 0.00 | | - 1 |

## 5.Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP 26.068

## 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 | 5,162 | 0 | 5,162 |

## 7.Información Facturación Convenio Aseo y Alcantarillado

| Concepto | Empresa | Dirección PQR | Valor Tarifa | Subsidio o Factor Solidario | Saldo Anterior | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Alcantarillado | | | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Aseo* | Alcaldia San Miguel | Cra 4 Cll 7 Esq B/La Libertad | 6,000 | 0 | 0 | 6,000 |

*Aseo: Frecuencia Semanal > No Aprovechables: 3 Barrido: 3

## 8.Información Facturación Otros Convenios

| Concepto | Empresa | Dirección PQR y/o Teléfono | Valor Tarifa | Saldo Anterior | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 0 |
| | | | | | 0 |
| | | | | | 0 |

| Total EEBP | + | Total Impuesto Alumbrado público | + | Total Aseo y/o Alcantarillado | + | Total Otros Convenios | = | Debo pagar en Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 26,068 | | 5,162 | | 6,000 | | 0 | | 37,230 |

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

(415)7709998005532(8020)100020369437095 8(3900)0000037230(96)20250108

CUFE: d13f386f7b872682ae1929544804f1593fbaa1a7036e6993dc449d51f8734 6b8306209542bd4dc6ada6a23772aaf9b45

Fac. Electronica: EEBP 66248

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

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

**NOMBRE DE LA UDS:** Jardin 1

| NOMBRES Y APELLIDOS | PESO | TALLA | PERIMETRO BRAQUIAL | CLASIFICACION NUTRICIONAL | FECHA | REMITIDO SI/NO | OBSERVACIONES | FIRMA DEL RESPONSABLE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ian Zhaid Ruiz Gomez | 13,2 | 96 | 15. | Riesgo de desnutrición aguda | 13/05 2025 | Si | | Natalia Angulo. |
| Ian Zahid Ruiz Gomez | 13,1 | 97 | 15 | Riesgo de desnutrición aguda | 18/06 2025 | SI | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

**FIRMA DEL PROFESIONAL RESPONSABLE:** _____
Nutricionista

## PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

RV 28

**Ciudad** San Miguel (La Dorada Putumayo)

**Nombre completo de la niña o niño** Ian Zhaid Ruiz Gomez

**Fecha de nacimiento** Día 17 Mes 01 Año 2021 **N° Documento de Identidad** 1.122.343.610

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

Hijo N-1
Hermano: 2.

**Primer Registro Cualitativo**

**Nombre del observador** Olga Milena Rendón

**Fecha de registro cualitativo** Día 2 Mes 07 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**

• se evidencia en el niño: capacidad para integrarse con sus pares, le agrado realizar juegos de su preferencia, su comunicación verbal es acorde a rango edad, Narra Situaciones vividas en su hogar y en su medio que nos rodea.

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

**Segundo Registro Cualitativo**

**Nombre del observador** OLGA MILENA RENDÓN

**Fecha de registro cualitativo** Día 02 Mes 10 Año 2025

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

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

**Observaciones generales**

Se evidencia en el niño Zhaid que cada día es más cooperante le agrada participar en cada una de las estrategias pedagogicas intenta pintar respetando los espacios de la hoja de la imagen- cada vez es más independiente en sus rutinas y cuidado Personal.

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

**Tercer Registro Cualitativo**

**Nombre del observador**

**Fecha de resgistro cualitativo** Día Mes Año

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

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

**Observaciones generales**

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

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

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

RJ
30

**ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA**
**Codigo de habilitacion 867570002101 NIT: 846002309-9**
**Dir. Barrio El Paraiso Tel. 3134821413.**
**HISTORIA CLINICA DE NUTRICION.**

Folio No: 1486553
Admision No: 1445121

**PACIENTE:** RUIZ GOMEZ IAN ZHAID
**IDENTIFICACION:** RC1122343610
**No HISTORIA:** 1122343610
**EMPRESA:** EMSSANAR EPS S.A.S..
**REGIMEN:** Subsidiado
**E.CIVIL:**
**EDAD:** 4 Años 4 Meses
**SEXO:** Masculino
**FEC. NAC:** 17/01/2021
FECHA ATENCION: 29/05/2025 10:31 a. m.
**TELEFONO:** 3182890019
**MUNICIPIO:** SAN MIGUEL LA DORADAPUT
**DIRECCION:** LA LIBERTAD

R634-PERDIDA ANORMAL DE PESO

## MANEJO NUTRICIONAL:

HABITOS ALIMENTARIOS, REALIZACIÒN DE EJERCICIO Y ADECUDO CONSUMO DE AGUA.

ELEGIR PREPARACIONES: ASADAS, A LA PLANCHA,SUDADAS, COCINADAS Y NOO FRITAS.

ZASONAR LAS COMIDAS CON HIERBAS NATURALES COMO OREGANO, TOMILLO,LAUREL AJO, ETC

PARA DAR COLOR A LAS COMIDAS ELEIGA CURCUMA, PAPIKRA, ACHIOTE. NO COLOR REY NI MAGGI DADO QUE CONTIENE SODIO Y COLORANTES PERJUDICIALES PARA LA SALUD.

LEER ETIQUTAS ALTO EN SODIO, ALTO EN GRASAS SATURADAS, EXCESOS DE AZUCARES NO COMPRAR ESO ALIMENTOS, SE DEBEN COSUMIR 1 VEZ CADA 2 MESES, NO FRECUENTEMENTE. PARA CONSUMIR A DIARIO LLEVA PRODUCTOS QUE NO TENGA ESTOS SELLOS NEGROS.

ELEGIR QUESO BAJO EN GRASA, LECHE DESCREMADA O LECHE DE SOYA.

-LIMITAR EL CONSUMO DE AZUCARES SIMPLES COMO AZUCAR DE MESA, PANELA, MIEL. Y BEBIDAS AZUCARADAS.

LIMITAR EL CONSUMO DE: LIMITAR EL USO DE SAL EN LAS COMIDAS, LA NATA DE LA LECHE, SANCHO CON HUESOS DE CARNE, COMIDAS RAPIDAS, BEBIDAS AZUCARADAS, FRITAS, PRODUCTOS DE PANADERIA, PASTELES, LA MANTEQUILLA, LA PIEL DEL POLLO, EMBUTIDOS COMO SALCHICHAS, JAMÓN, MORTADELA. YA QUE ESTOS ALIMENTOS SON ALTOS EN GRASAS SATURADAS QUE SON DAÑINAS PARA NUESTRA SALUD Y NOS VAN A DISPARAR EL COLESTEROL Y LOS TRIGLICERDIOS. SON DE CONSUMO MODERADO 1 VEZ AL MES ACOMPAÑADO DE UNA ADECUADO EJERCICIO Y ALIMENTACIÓN.

## CONDUCTA:

SE SOLICITA UNA CITA PARA CONTROL Y VIGILANCIA DEL ESTADO NUTRICIONAL EN 1 MES. ESTO ES CRUCIAL PARA MONITOREAR LA RESPUESTA DEL PACIENTE A LAS INTERVENCIONES NUTRICIONALES Y REALIZAR AJUSTES NECESARIOS PARA ASEGURAR UN ADECUADO ESTADO NUTRICIONAL.

## FORMULA MEDICA

| No | CODIGO | DESCRIPCION: | CANTIDAD: | DURACION |
|---|---|---|---|---|
| 1 | | PEDIASURE EN LATA 900 GR 900 GR (LATA) DOSIFICAION: 4 CUCHARADAS AL DÍA VIA: ORAL OBSRVACIONES: SE INIDICA PEDIASURE 4 CUCHARADAS AL DÍA | 2-Dos | 30 |

## ORDEN MEDICA

| No | CODIGO | DESCRIPCION: | CANTIDAD: | DURACION |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 890306 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR NUTRICION Y DIETETICA | 1 | CONTROL ( 30-06-2025) |

JESSICA MORA LOPEZ
NUTRICIONISTA DIETISTA
T.P 1121220456
Jessica Mora L.

**PROFESIONAL:** MORA LOPEZ JESSICA NORIELA
**ESPECIALIDAD:** NUTRICION Y DIETETICA
**REGISTRO:** 1121220456

**ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA**
**Codigo de habilitacion 867570002101 NIT: 846002309-9**
**Dir. Barrio El Paraiso Tel. 3134821413.**
**HISTORIA CLINICA DE NUTRICION.**

Folio No: 1486553

**PACIENTE:** RUIZ GOMEZ IAN ZHAID
**IDENTIFICACION:** RC1122343610
**No HISTORIA:** 1122343610
**EMPRESA:** EMSSANAR EPS S.A.S..
**REGIMEN:** Subsidiado
**E.CIVIL:**
**EDAD:** 4 Años 4 Meses
**SEXO:** Masculino
**FEC. NAC:** 17/01/2021
Admision No: 1445121
FECHA ATENCION: 29/05/2025 10:31 a. m.
**TELEFONO:** 3182890019
**MUNICIPIO:** SAN MIGUEL LA DORADAPUT
**DIRECCION:** LA LIBERTAD

R634-PERDIDA ANORMAL DE PESO

NO DE PAQUETES POR DIA: . . . . no
CONSUMO DE ALCOHOL: . . . . . no
FRECUENTA CONSUMO DE ALCOHOL: . no
EXPOSICION AL HUMO LEÑA/CARBON: no
MANEJO DE ESTRES: . . . . . no
RIESGO PSICOSOCIAL: . . . . . no
CONDUCE VEHICULO: . . . . . no
SUEÑO NORMAL. . . . . no
HORAS DE SUEÑO. . . . . no
ACTIVIDAD LABORAL:. . . . . no
TIEMPO LIBRE: . . . . . no

## SIGNOS VITALES:

PESO:. . . . . .13.1 Klg.
TALLA: . . . . . .97 cm.
IMC: . . . . . .13.9
OBSERVACIONES: . . .: PARA LA DETERMINACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL SE TOMA COMO REFERENCIA LOS DATOS DE PESO Y TALLA REGISTRADOS EN LA VALORACIÓN ACTUAL, ARROJANDO COMO RESULTADO LA SIGUIENTE CLASIFICACIÓN ANTROPOMÉTRICA UN IMC/E: Z-1.32 RIESGO DE DESNUTRICIÓN AGUDA, T/E: Z -1.91 RIESGO TALLA BAJA

## RECORDATORIO DE 24 HORAS

DESAYUNO. . . . ARROZ + HUEVOS + MANZANA ACOMPAÑADO AGUA
MEDIA MAÑANA. . HUEVP +AREPA + BANAO + YOGURT
ALMUERZO. . . . POLLO GUISADO + ARROZ + PAPA + LENTEJAS ACOMPAÑADO DE JUGO
MEDIA TARDE . . GALLETAS + FRUTAS + VASO DE LECHE
CENA. . . . . ARROZ + POLLO SUDADO+ MADURO+FRUTA ACOMPAÑADO AGUA

## RESULTADOS DE AYUDAS DIAGNOSTICAS

.

## DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL

CLASIFICACIÓN ANTROPOMÉTRICA UN IMC/E: Z-1.32 RIESGO DE DESNUTRICIÓN AGUDA, T/E: Z -1.91 RIESGO TALLA BAJA

## TRATAMIENTO:

FRACCIONAMIENTO EN 5 TIEMPOS DE COMIDA. + SUPLEMENTO NUTRICONAL PEDIASURE 5 CUHARADAS AL DÍA.

DESAYUNO: PROTEINA (HUEVO, QUESO, POLLO, CARNES) + CEREALES (AREPA, AVENA, TORTILLAS GALLETAS PREFERIBLEMENTE INTEGRAL) + BEBIDAS AL GUSTO (CAFE, AROMATICA, AGUAPANELA, CHOCOLATE). + FRUTA AL GUSTO.
EJEMPLO: AREPA ASADA + HUEVOS REVUELTOS + CAFE SIN AZUCAR + PAPAYA
GALLETAS INTEGRALES + HUEVOS COCIDOS 2 + CAFE SIN AZUCAR + PERA

MEDIA MAÑANA: MEZCLA DE FRUTAS PICADA CON QUESO RAYADO, FRUTAS PICADAS CON YOGURT GRIEGO O LITH (BAJO EN AZUCAR ENTRE 8G-10G DE AZUCAR) AÑADIR NUECES O ALMENDRAS, AVENA EN HOJUELAS CON LECHE FRESAS Y BANANO. PAN INTEGRAL CON AGUACATE Y HUEVO COCINADO, BATIDO DE LECHE BANANO Y FRESA, MANZANA CON MANTEQUILLA DE ALMENDRA O MANÍ. GRANOLA BAJA EN AZUCAR CON YOGURT GRIEGO O BAJO EN AZUCAR

ALMUERZO: PROTEINA (HUEVO, POLLO, CARNES) + CEREALES (TORTILLA, PASTA, ARROZ INTEGRAL PREFERIBLEMENTE, ) +TUBERCULOS (PAPA, PLÁTANO, YUCA, ÑAME, CHIRO, YOTA) + LEGUMINOSAS (LENTEJA, FRIJOL, GARBANZO, ARVEJA) + VEGETALES EN ENSALADAS O VEGETALES SALTEADOS + BEBIDA.

MEDIA TARDE: MEZCLA DE FRUTAS PICADA CON QUESO RAYADO, FRUTAS PICADAS CON YOGURT GRIEGO O LITH (BAJO EN AZUCAR ENTRE 8G-10G DE AZUCAR) AÑADIR NUECES O ALMENDRAS, AVENA EN HOJUELAS CON LECHE FRESAS Y BANANO. PAN INTEGRAL CON AGUACATE Y HUEVO COCINADO, BATIDO DE LECHE BANANO Y FRESA, MANZANA CON MANTEQUILLA DE ALMENDRA O MANÍ.

CENA: PROTEINA (HUEVO, QUESO, POLLO, CARNES) + CEREALES (AREPA, ARROZ, AVENA, GALLETAS+ PREFERIBLEMENTE INTEGRAL) O ELEGIR 1 TUBERCULO 1 UNIDAD (YUCA, PAPA, YOTA, PLATANO, ÑAME, CHIRO) + BEBIDA (AROMATICA, AGUAPANELA, CHOCOLATE). + VERDURA GUISADA O ENSALADA.

CONSUMA VÍSCERAS UNA VEZ POR SEMANA PARA PREVENIR LA ANEMIA, VÍSCERAS COMO (HIGADO, PAJARILLA , RIÑON, CORAZÓN) ACOPAÑAR ESTOS ALIMENTOS RICOS EN HIERRO CON ALIMENTOS RICOS EN VITAMINA C (COMO NARANJAS, FRESAS, GUAYABA, LIMÓN, MORAS) VEGETALES DE HOJA VERDE CMO LA ESPINACA, EL BROCOLI .PARA MEJORAR LA ABSORCIÓN DEL HIERRO EN NUESTRO CUERPO.

RV
32

# ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

codigo de habilitacion 867570002101 Nit: 846002309

Dir:Barrio El Paraiso Tel: 3134821413

## ORDEN MEDICA CONSULTA EXTERNA.

**FOLIO No:** 259476 **FECHA:** 29/05/2025 11:03 a.m.

**PACIENTE:** RUIZ GOMEZ IAN ZHAID
**No HISTORIA:** 1122343610
**IDENTIFICACION:** RC1122343610
**EMPRESA:** EMSSANAR EPS S.A.S.
**REGIMEN:** Subsidiado

**EDAD:** 4 Años 4 Meses
**SEXO:** Masculino
**FEC. NAC:** 17/01/2021

**ADMIN No:** 1445121
**TELEFONO:** 3182890019
**MUNICIPIO:** PASTO N
**DIRECCION:** LA LIBERTAD

**DIAGNOSTICO**

R634 PERDIDA ANORMAL DE PESO
Z713 CONSULTA PARA INSTRUCCION Y VIGILANCIA DE LA DIETA

| No. | CODIGO | DESCRIPCION | CANT. |
|---|---|---|---|
| 1 | 890306 | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR NUTRICION Y DIETETICA Observaciones: CONTROL ( 30-06-2025) | 1 |

JESSICA MORA LOPEZ
NUTRICIONISTA DIETISTA
T.P 1121220456
Jessica Mora L.

**PROFESIONAL:** MORA LOPEZ JESSICA NORIELA
**REG MEDICO:** 1121220456
**ESPECIALIDAD:** NUTRICION Y DIETETICA

Firma Paciente:

Fecha Impresion: 29/05/2025

InfoSalud Net

**ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA**
**Codigo de habilitacion 867570002101 NIT: 846002309-9**
**Dir. Barrio El Paraiso Tel. 3134821413.**
**HISTORIA CLINICA DE NUTRICION.**

Folio No: 1486553 Admision No: 1445121

**PACIENTE:** RUIZ GOMEZ IAN ZHAID **E.CIVIL:** FECHA ATENCION: 29/05/2025 10:31 a. m.
**IDENTIFICACION:** RC1122343610 **EDAD:** 4 Años 4 Meses
**No HISTORIA:** 1122343610 **SEXO:** Masculino **TELEFONO:** 3182890019
**EMPRESA:** EMSSANAR EPS S.A.S.. **FEC. NAC:** 17/01/2021 **MUNICIPIO:** SAN MIGUEL LA DORADAPUT
**REGIMEN:** Subsidiado **DIRECCION:** LA LIBERTAD
R634-PERDIDA ANORMAL DE PESO

## ENFOQUE DIFERENCIAL:

BARRIO:. . . . . EL PARAISO ZONA: URBANA DIRECCION: LA LIBERTAD

| | | | |
|---|---|---|---|
| NIVEL EDUCATIVO: No definido | VIC CONFLICTO ARMADO:.No | DESEMPLEADO:. . . . No |
| ORIENT SEXUAL. . Heterosexual | DESPLAZADO:. . . . . .No | CARCELARIO: . . . . No |
| RELIGION:. . . . | VIC.MALTRATO:. . . . . .No | MIGRANTE: . . . . . No |
| CONSUMO DE SPA. No | ABANDONO SOCIAL: . . .No | TRABAJADORA SEXUAL: No |
| GESTACION: . . . No | DESESCOLARIZADO: . . .No | POBLACION LGTBI:. . No |

MINAS ANTI PERSONAS: . . . . .
MUSE-MUNICION SIN EXPLOTAR:. .
RUV-REGISTRO UNICO VICTIMA:. .
HABITANTE DE CALLE:. . . . . No
ORIENT SEXUAL: . . . Heterosexual
OCUPACION: . . . . . No se tiene Informacion
ETNIA: . . . . . Ninguno de los anteriores
RESGUARDO INDIGENA . No refiere
ACOMPAÑANTE: . . . . MADRE
MADRE
MADRE

## MOTIVO DE CONSULTA:

ASISTE A CONSULTA DE NUTRICION POR PRIMERA VEZ , REMITIDO POR MEDICO GENERAL PARA CAMBIOS ALIMENTARIOS DEBIDO A ANTECEDENTES BAJO PESO.

## ENFERMEDAD ACTUAL:

PACIENTE MASCULINO DE 4 AÑOS DE EDAD, PROCEDENTE DEL BARRIO EL PARAISO, ACUDE A CONSULTA POR PRIMERA VEZ A NUTRICIÓN VIENE ACOMPAÑDO DE SU MADRE DALY GOMEZ APORTA CONTACTO: 3182890019, OCUPACIÓN PERTENECE A PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA MODALIDAD INSTITUCIONAL, NIEGA PERTENECER A COMUNIDAD AFRO O INDÍGENA, ACUDE A CONTROL POR REMISION DEL MEDICO GENERAL VALORACIÓN POR NUTRICIÓN PARA CAMBIOS EN LA ALIMENTACIÓN REFIERE ANTECEDENTES DE BAJO PESO, PRESENTA ANTECEDENTES FAMILIARES DE HTA POR PARTE DE ABUELA DE FAMILIA MATERNA, ACTUALMENTE SE ENCUENTRA TOMANDO MEDICAMENTO, SE ENCUENTRA SUPLEMENTADO CON INMUNO PROBIOTICOS Y VITAMINAS FORMULADA POR PEDIATRIA, REFIERE SENTIRSE CON CUADRO GRIPAL CON TOS, SECRECIÓN NASAL + CONGESTION NASAL HACE 2 SEMANAS HABITOS INTESTINALES NORMALES.

## EVALUACION NUTRICIONAL:

EN LA ANAMNESIS ALIMENTARIA SE LOGRA EVIDENCIAR CORRECTA ADAPTABILIDAD AL TRARTAMIENTO SU PATRÓN ALIMENTARIO ESTÁ CONFORMADO POR 5 TIEMPOS DE COMIDA DISTRIBUIDOS EN 3 PRINCIPALES (DESAYUNO, ALMUERZO Y CENA) Y DOS REFRIGERIOS.

ADEMÁS, SE ENCUENTRA QUE SU ALIMENTACIÓN ES ADECUADA EN CUANTO A CALIDAD Y CANTIDAD. EL CONSUMO DE VERDURAS Y FRUTAS SE REFLEJA EN LOS TIEMPOS DE COMIDA, LO CUAL PUEDE DESTACAR QUE CUENTA CON UN APORTE DE VITAMINAS, FIBRA Y MINERALES. ASIMISMO, EL CONSUMO DE ALIMENTOS FUENTE DE PROTEÍNA CUMPLE CON EL REQUERIMIENTO DIARIO INDISPENSABLE PARA EL FORTALECIMIENTO DE HUESOS, DIENTES, MÚSCULOS Y EL ADECUADO CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL INFANTE.

SIN EMBARGO PACIENTE REFIERE PERDIDA DE APETITO DEBIDO A CUADRO GRIPAL LO QUE PUDO HABER IMPACTADO EN LA PERDIDA DE PESO LEVE PRESENTANDO RESERVAS DE MASA GRASA Y MASA MUSCULAR DISMINUIDAS QUE SE CORRELACIONAN CON LAS MEDIDAS ANTROPOMETRICA ARROJANDO UN DIAGNOSTICO DE RIESGO DE DESNUTRICIÓN.

DEBIDO A ESTAS OBSERVACIONES, SE REALIZÓ UNA SESIÓN DE EDUCACIÓN NUTRICIONAL CON LA PACIENTE Y SE ENTREGARON RECOMENDACIONES DIETÉTICAS INDIVIDUALIZADAS DE ACUERDO A SU PATOLOGÍA PARA MEJORAR SU ESTADO NUTRICIONAL.

## ESTILO DE VIDA

CONSUMO DE GRASAS SATURADAS:. . no
CONSUMO DE SAL: . . . . . Si
COMIDAS POR DIA:. . . . . 5
CONSUMO PRODUCTOS CAFEINADOS: . no
CONSUMO DE FRUTAS:. . . . . si
ALIMENTACION: . . . . . Balanceada
FRECUENCIA DE ACTIVIDAD FISICA: No
TIPO DE ACTIVIDAD FISICA: . . . no
DURACION DE ACTIVIDAD FISICA: . no
CONSUMO DE PSICOACTIVOS:. . . . no
CONSUMO DE CIGARRILLO:. . . . . no
FRECUENCIA CONSUMO CIGARRILLOS: no
EDAD INICIO CONSUMO CIGARRILLO: no
CONOCE EFECTOS NOCIVOS: . . . . no

SECRETARIA DE EDUCACIÓN DE PUTUMAYO
"Construyendo región con educación"

# FORMATO DE INSCRIPCIÓN

Página 1 de 1

Código: C03.03.F01
Versión: 1.0

Macro proceso: C Gestión de la Cobertura Educativa

Fecha: 1 octubre 2025 No. De inscripción: 03 Grado al que se inscribe: 0° Municipio: San Miguel E. Educativo IER Aguaclara

## DATOS DEL ESTUDIANTE

APELLIDOS: Ruiz Gomez NOMBRES: Ian Thiad

LUGAR DE NACIMIENTO: Pasto Nariño FECHA DE NACIMIENTO: DÍA 17 MES 07 AÑO 2025

Genero: M [X] F [ ] EDAD: 4/9 años Tipo de Documento: RC [X] TI [ ] CC [ ] PE [ ] CE [ ] Cer. Cab. [ ] NES [ ]

No. Documento 1.122.343.610 EXPEDIDA EN San Miguel La Dorada

CON QUIEN VIVE? Papá y Mamá [X] Mamá [ ] Papá [ ] Abuelos [X] Número de hermanos: 1

PROVIENE DE OTRA INSTITUCIÓN EDUCATIVA? SI [ ] NO [ ] ¿CUAL? _____

INSTITUCIÓN: PÚBLICA [ ] PRIVADA [ ] REPITENTE? SI [ ] NO [ ]

TIENE HERMANOS ESTUDIANDO EN ESTE ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO?: SI [ ] NO [X]

NOMBRES _____ GRADO _____

NOMBRE DE LA EPS A LA CUAL ESTÁ AFILIADO emssanar

DISCAPACIDADES: AUDITIVA ___ VISUAL ___ MOTORA ___ COGNITIVA ___ AUTISMO ___ MÚLTIPLE ___ OTRO ___

CUAL _____ TIPO DE SANGRE: B+ (Si presenta alguna discapacidad favor presentar certificado médico)

¿PERTENECE A UNA ETNIA? SI ___ NO X ¿CUAL? _____ LENGUA MATERNA: _____

A QUE RESGUARDO PERTENECE? _____

NIVEL SISBEN Si ESTRATO A1 ¿PERTENECE A FAMILIAS EN ACCIÓN? SI X NO ___

¿HIJO VETERANO FUERZA PÚBLICA? SI ___ NO ___

¿BENEFICIARIOS HÉROES DE LA NACIÓN? SI ___ NO ___

¿HIJO DE MADRE CABEZA DE FAMILIA? SI ___ NO ___

## DATOS FAMILIARES

NOMBRE DEL PADRE O ACUDIENTE: Thonny Aldair Ruiz Gomez C.C. No: 1058969791 DE Bolivar Cauca OCUPACIÓN Comerciante.

NOMBRE DE LA MADRE O ACUDIENTE: Dally Gomez Giron C.C. No: 1058972763 DE Bolivar Cauca OCUPACIÓN Docente.

DIRECCIÓN RESIDENCIA: _____ BARRIO: El paraiso VEREDA _____ ZONA URBANA X RURAL _____

TELÉFONO CASA 3124960841 TELÉFONO CELULAR PADRE: 3174665366 TELÉFONO CELULAR MADRE 3187290019 TELÉFONO TRABAJO _____

(SOLO EN CASO DE NO VIVIR CON SUS PADRES)

ACUDIENTE: _____ PARENTESCO _____ C.C. No: _____ DE _____ OCUPACIÓN _____ Celular: _____

*REQUISITOS: Fotocopia legible del documento de identidad – Fotocopia del carnet de salud – Fotocopia del carnet de vacunas hasta los nueve (9) años – Una fotografía 3x4.*

Dally Gomez
FIRMA DEL PADRE DE FAMILIA o ACUDIENTE

José Luis Achicanoy
FIRMA Y NOMBRE LEGIBLE DE RECIBIDO POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

**Se tendrá en cuenta los formularios que tengan la información y documentación completa**

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Ian Zhaid Ruiz Gome UNIDAD DE ATENCIÓN: Jardin-1. AGENTE EDUCATIVO: Milena Rendon

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 1-Abril-202

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) |
|---|---|---|---|---|
| Martes 9 Dic 2025 | Siendo las 6:45am del presente dia la madre se comunico via whatapps manifestando que su hijo tiene Cita con especialista en pediatria en briga-da en el hospital Fronterizo la Dorada. | - Madre envia soporte de la cita la cual manifesta que la cita es 12:40 pm, pero la llamaron en horas de la mañana del hospital manifestandole que debe estar en el hospital a las 7:00am.<br>la Ram del niño quedara abierta hasta las 10:40. am.<br>El niño se presento en el Salon a las 11:40am<br>Se procede a cerrar la novedad | A. Educativo. | Madre/la Gc |

**ORDEN DE CONSULTAS O INTERCONSULTAS**
**ESE HOSPITAL LOCAL DE PUERTO ASIS**
Nit. 846000253
Dir. CR 29 10 10 - Tel. 4229148

HOSPITAL LOCAL ESE

**Registro de Calidad:**
Fecha Historia 11/11/2025 17:51
Lugar y Fecha PUERTO ASIS,PUTUMAYO 11/11/2025 17:51
Documento y Nombre del Paciente RC 1122343610 IAN ZHAID RUIZ GOMEZ
Administradora EMSSANAR E.P.S.S.A.S Convenio SNIVELII Tipo de Usuario SUBSIDIADO NIVEL 1
No Historia 1122343610 Orden Nº 4209291

Atención Ambulatorio

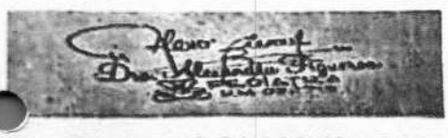
- **Procedimiento:** S39143-37 - CONTROL O REVISION DE EXAMENES ESPECIALISTA PEDIATRIA [CUPS 890383]
**Especialidad:** PEDIATRIA **Indicaciones:** CONTROL EN 1 MES CON REPORTES

- **Procedimiento:** 890272 - CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGIA PEDIATRICA
**Especialidad:** MEDICINA ESPECIALIZADA **Indicaciones:**

---

DX Principal: J459 ASMA, NO ESPECIFICADA
DX Relacionado 1: R634 PERDIDA ANORMAL DE PESO
DX Relacionado 2: M892 OTROS TRASTORNOS DEL DESARROLLO Y CRECIMIENTO OSEO

Tipo de DX Principal: IMPRESION DIAGNOSTICA



DR. ALEXANDRA JHAQUELINE FIGUEROA GALVIS
CC 1107045818
Especialidad: PEDIATRIA
Registro: 860044

**RECORDATORIO DE CITA**

| Código: GAU-FR-009 |
|---|
| Versión: 001 |

| | |
|---|---|
| **PROGRAMA:** | Pediatria. |
| **FECHA:** | 9-Diciembre. |
| **HORA:** | 12:20 P.M. |
| **PROFESIONAL:** | |

- **Recuerde estar 30 minutos antes de la hora de la cita para FACTURAR, de lo contrario su cita será CANCELADA.**
- **Para cancelar o reprogramar su cita comunicarse al 3174276879 (de 9:00-11:00 a.m. y de 2:00-4:00 p.m.), WhatsApp (3:00-5:00 p.m.) o de forma presencial (7:00-10:00 a.m)**
- **Traer el documento de identidad o copia y autorización del servicio cuando se requiera.**
- **En Odontología e Higiene Oral: menores de 13 años deben acudir con adulto responsable; de 14 a 17 años sin acompañante, solo se realizará atención de higiene oral**

***Mi Prioridad Es Tu Salud***

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

**REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES**

**NOMBRE DEL USUARIO:** Ian Zhaid Ruiz Gomez **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Jardín-1. **AGENTE EDUCATIVO:** Milena Rendón

**MUNICIPIO:** San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 1 Abril-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) |
|---|---|---|---|---|
| LUNES 24-11-2025 | •Siendo las 7:55pm del día Domingo 23-11-2025 se comunico via whatapps la madre del usuario Ian Zhaid Ruiz Gomez informando que su hijo no asistira el dia de mañana lunes 24-11-2025 por motivo de cita medica para una radiografia de torax, este examen se lo realizan en la ciudad de Puerto Asis. Hora de la cita 12:00 del medio dia. | A. Educativo le recomienda a la madre enviar permiso por escrito, para justificar la inasistencia del niño. y las orden medica. para anexar a la novedad.<br>• En horas de la tarde A. Educativo se comunico via whapps- manifestando la madre que su hijo le fue bien en la cita que el dia Martes asistira al CDI. | A. Educativo. | Mayerlin Giron |

Yo, _Dally Gómez Girón, ***en calidad de acudiente del estudiante Ian Zhaid Ruiz Gómez, solicito respetuosamente permiso para que el niño se ausente de sus actividades el día 24 de noviembre*** debido a que debe asistir a una **cita médica previamente programada**. Al municipio de Puerto Asís

Agradezco la comprensión y colaboración frente a esta situación.

Atentamente,

Dally Gómez
Número de documento : 1058972763

Contacto: 3182890019

Powered by CamScanner

**ORDEN DE CONSULTAS O INTERCONSULTAS**
**ESE HOSPITAL LOCAL DE PUERTO ASIS**
**Nit. 846000283**
**Dir. CR 29 10 10 - Tel. 4229148**

**Registro de Calidad:**
Fecha Historia: 11/11/2025 17:51
Lugar y Fecha: PUERTO ASIS,PUTUMAYO 11/11/2025 17:51
Documento y Nombre del Paciente: RC 1122343610 IAN ZHAID RUIZ GOMEZ
Administradora: EMSSANAR E.P.S S.A.S. Convenio: SNIVELII Tipo de Usuario: SUBSIDIADO NIVEL 1
No Historia: 1122343610 Orden Nº: 4209291

Atención: Ambulatorio

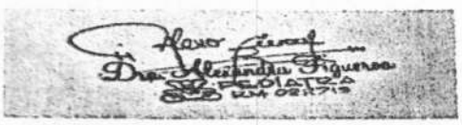
**- Procedimiento:** S39143-37 - CONTROL O REVISION DE EXAMENES ESPECIALISTA PEDIATRIA [CUPS 890383]
**Especialidad:** PEDIATRIA **Indicaciones:** CONTROL EN 1 MES CON REPORTES

**- Procedimiento:** 890272 - CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGIA PEDIATRICA
**Especialidad:** MEDICINA ESPECIALIZADA **Indicaciones:**

---

DX Principal: J459 ASMA, NO ESPECIFICADA
DX Relacionado 1: R634 PERDIDA ANORMAL DE PESO
DX Relacionado 2: M892 OTROS TRASTORNOS DEL DESARROLLO Y CRECIMIENTO OSEO

Tipo de DX Principal: IMPRESION DIAGNOSTICA




DR. ALEXANDRA JHAQUELINE FIGUEROA GALVIS
CC 1107045818
Especialidad. PEDIATRIA
Registro. 860044

Powered by CamScanner

43

**ORDEN DE AYUDAS DIAGNOSTICAS**
**ESE HOSPITAL LOCAL DE PUERTO ASIS**
Nit. 846000263
Dir. CR 29 10 10 - Tel. 4229148

HOSPITAL LOCAL E S E

**Registro de Calidad:**
Fecha Historia:11/11/2025 17:51
Lugar y Fecha:PUERTO ASIS,PUTUMAYO 11/11/2025 17:51
Documento y Nombre del Paciente: RC 1122343610 IAN ZHAID RUIZ GOMEZ
Administradora: EMSSANAR E.P.S S.A.S. Convenio: SNIVELII Tipo de Usuario: SUBSIDIADO NIVEL 1
No Historia: 1122343610 Orden Nº. 4209294

Atención: Ambulatorio

- **Procedimiento:** S21201 - RADIOGRAFIA DE TORAX (PA O AP Y LATERAL, DECUBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL CUPS 871121 ✓ cead
**Cantidad:** 1.00 **Indicaciones:**

- **Procedimiento:** I870602 - RADIOGRAFIA DE CAVUM FARINGEO (CUPS 870602) ✓ cead
**Cantidad:** 1.00 **Indicaciones:**

- **Procedimiento:** S19304 - HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO CUPS 902210
**Cantidad:** 1.00 **Indicaciones:**

- **Procedimiento:** I904904 - HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH] ULTRASENSIBLE
**Cantidad:** 1.00 **Indicaciones:**

- **Procedimiento:** I904921 - TIROXINA LIBRE [T4L] { CUPS 904921 }
**Cantidad:** 1.00 **Indicaciones:**

- **Procedimiento:** I903016 - FERRITINA hospital local puerto asis.
**Cantidad:** 1.00 **Indicaciones:**

- **Procedimiento:** I903706 - VITAMINA D 25 HIDROXI TOTAL [D2-D3] CALCIFEROL CUPS 903706
**Cantidad:** 1.00 **Indicaciones:**

- **Procedimiento:** I906836 - INMUNOGLOBULINA E [IG E] AUTOMATIZADO
**Cantidad:** 1.00 **Indicaciones:**

- **Procedimiento:** I903825 - CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS - CUPS 903895
**Cantidad:** 1.00 **Indicaciones:**

- **Procedimiento:** I903856 - NITROGENO UREICO [BUN] ,
**Cantidad:** 1.00 **Indicaciones:**

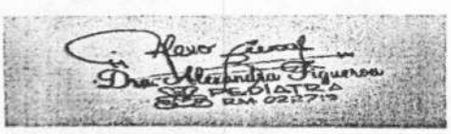
- **Procedimiento:** I907106 - UROANALISIS { CUPS 907106}
**Cantidad:** 1.00 **Indicaciones:**

- **Procedimiento:** I907004 - COPROSCOPICO CUPS 907004
**Cantidad:** 1.00 **Indicaciones:**

---

DX Principal: J459 ASMA, NO ESPECIFICADA
DX Relacionado 1: R634 PERDIDA ANORMAL DE PESO
DX Relacionado 2: M892 OTROS TRASTORNOS DEL DESARROLLO Y CRECIMIENTO OSEO

Tipo de DX Principal: IMPRESION DIAGNOSTICA




DR. ALEXANDRA JHAQUELINE FIGUEROA GALVIS
CC 1107045818
Especialidad. PEDIATRIA
Registro. 860044

Powered by CamScanner

**HISTORIA CLINICA**
**ESE HOSPITAL LOCAL DE PUERTO ASIS**
**Nit. 846000253**
**Dir. CR 29 10 10 - Tel. 4229148**

HOSPITAL LOCAL E.S.E

Código Plantilla:417
Fecha Histona:11/11/2025 17:51
Lugar y Fecha:PUERTO ASIS,PUTUMAYO 11/11/2025 17:51
Documento y Nombre del Paciente: RC 1122343610 IAN ZHAID RUIZ GOMEZ
Administradora: EMSSANAR E.P.S S.A.S. Convenio: SNIVELII Tipo de Usuario: SUBSIDIADO NIVEL 1
No Histona: 1122343610 Cons. Historia: 6847332
Atención: Ambulatorio

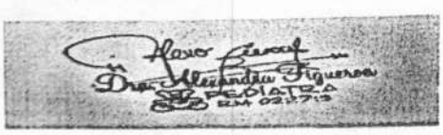
**IDENTIFICACION GENERAL**
**Fecha:** 11/11/2025
**Historia:** 1122343610
**Nombre:** IAN ZHAID RUIZ GOMEZ
**Sexo:** Masculino
**Telefono:** 3182890019
**Hora:** 17:50
**E.A.P.B.:** EMSSANAR E.P.S S.A.S.
**Edad:** 4 Años
**Estado Civil:** Soltero
**Direccion:** LIBERTAD

**Motivo de la Consulta**
**Motivo de la Consulta:** VALORACION
**Enfermedad Actual:** PREESCOLAR DE 4 AÑOS Y 9 MESES DE EDAD, ACUDE EN COMPAÑÍA DE SU MADRE PARA VALORACION CON PEDIATRIA POR ANTECEDENTE DE ASMA SIN SEGUIMIENTO CON NEUMOLOGIA, ULTIMA VALORACION EL 01/02/25. ACTUALMENTE LA MADRE REFIERE CON BUEN ESTADO GENERAL, NO SINTOMAS RESPIRATORIOS, AFEBRIL, NIEGA VÓMITOS DIARREAS U OTROS.SINTOMATOLOGÍA INTER CRITICA- TOS CON EL FRIO SI- TOS NOCTURNA NO- TOS DIURNA SI - TOS/AHOGO/SENSACIÓN DE OPRESIÓN TORÁCICA CON EL EJERCICIO SI- SINTOMATOLOGÍA RESPIRATORIA ALTA NO / SINTOMATOLOGÍA EN LA PIEL NO.- RONQUIDO SIANTECEDENTES: *PATOLOGICO: NIEGA * QUIRÚRGICOS: NIEGA. * FAMILIARES: NIEGA * FARMACOLÓGICOS: NIEGA* TRANSFUSIONALES: NIEGA* TRAUMATOLÓGICOS: NIEGA* HOSPITALARIOS: NIEGA * VACUNACIÓN: PAI COMPLETO PARA LA EDAD (TRAE CARNÉ DE VACUNACIÓN) / ANTICOVID NEGATIVA* PERINATALES: 1ER EMBARAZO, PRODUCTO DE PARTO CESAREA POR PRECLAMPSIAA LAS 34SS , PESO AL NACER 2010 GRS Y TALLA AL NACER 46CM, NO DATOS DE APGAR, REQUIRIO HOSPITALIZACION EN UCI NEONATAL 8 DIAS POR PREMATURIDAD + SDR , IOT 1 DIA, GS B+. ACUDE A CONTROLES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO.NUTRICION VALORADO EN DORADA, FORMULA PEDIASURE.

**Examen Fisico**
**Pulso:** 120
**FR(min):** 20.00
**Peso(Klg):** 13.60
**FC:** 120.00
**Temperatura:** 36.60
**Talla (m):** 100.40
**Estado general:** CC: NORMOCÉFALO, ESCLERAS ANICTÉRICAS, CONJUNTIVAS ROSADAS, PUPILAS ISOCÓRICAS NORMOREACTIVAS.ORL: MUCOSA ORAL HUMEDA, NO ALETEO NASAL OROFARINGE NO CONGESTIVA NO PRESENCIA DE PLACASCUELLO: SIMÉTRICO, MÓVIL, SIN MASAS NI ADENOMEGALIAS PALPABLES. NO TIRAJES SUPRACLAVICULARESTÓRAX: SIMÉTRICO, SIN RETRACCIONES, NO RONCUS INSPIRATORIOS Y ESPIRATROS.RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS A LA AUSCULTACIÓN.ABDOMEN: SIMÉTRICO, SIN LESIONES EN PARED ABDOMINAL, RUIDOS INTESTINALES PRESENTES, SIN MASAS NI VISCEROMEGALIAS. NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN SUPERFICIAL O PROFUNDA, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL. NO DEFENSA MUSCULAREXTREMIDADES: SIMÉTRICAS, EUTRÓFICAS, PULSOS DISTALES PRESENTES, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS, PULSOS DISTALES PRESENTES.NEUROLÓGICO: PACIENTE INTERACTÚA CON EXAMINADOR, SIN DÉFICIT NEUROLÓGICO NI MOTOR APARENTE, SIN SIGNOS MENÍNGEOS NI FOCALIZACIÓN.PIEL: SIN LESIONES.

**DIAGNOSTICOS**
**Causa Externa:** Enfermedad general
**Finalidad de la Consulta:** Otra
**Dx. Principal:** J459-ASMA, NO ESPECIFICADA
**Dx. Relacionado 1:** R634-PERDIDA ANORMAL DE PESO
**Dx. Relacionado 2:** M892-OTROS TRASTORNOS DEL DESARROLLO Y CRECIMIENTO OSEO
**Tipo de Diagnostico Principal:** IMPRESION DIAGNOSTICA

**CONDUCTA:**
**Conducta a Seguir:** PREESCOLAR DE 4 AÑOS Y 9 MESES DE EDAD, ACUDE EN COMPAÑÍA DE SU MADRE PARA VALORACION CON PEDIATRIA POR ANTECEDENTE DE ASMA SIN SEGUIMIENTO CON NEUMOLOGIA, ULTIMA VALORACION EL 01/02/25 CON SINTOMAS INTECRITICOS BAJOS POR LO CUAL SE REFORMULA BUDESONIDA INH + SALBUTAMOL EN CASO DE TOS, ESTUDIOS, VALORACION CON NEUMOPED Y MANTENER SEGUIMEINTO CON NUTRICION. ACTUALMENTE LA MADRE REFIERE CON BUEN ESTADO GENERAL, NO SINTOMAS RESPIRATORIOS, AFEBRIL, NIEGA VÓMITOS DIARREAS U OTROS.ANTOPOMETRIA: 11/11/25 PESO:13.6 KG TALLA 100.4CM PERCENTILES PT:-1.60 DS, T/E: -1.75 DS, PC:-1.76 CON RIESGO DE DESNUTRICION AGUDA, RIESGO DE TALLA BAJA Y PC ADECUADA PARA SU EDAD.PLAN:-CONTROL CON PEDIATRIA EN 1 MES CON REPORTES. - ESTUDIOS + VAL NEUMOPEDIATRIA + NUTRICION.-CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO.-PAI AL DIA.-SE EDUCA EN HABITOS DE VIDA SALUDABLE. -SE EDUCA SOBRE HIGIENE PERSONAL, CUIDADOS EN EL HOGAR, PAUTAS DE CRIANZA Y ALIMENTACION SALUDABLE.-SE DA EDUCACION ACERCA DE LA ESTIMULACION PARA EL ADECUADO DESARROLLO DEL NIÑO.-SE BRINDAN RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA: DIARREA, FIEBRE VOMITO, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, CIANOSIS O QUE "EL NIÑO SE PONE MORADO", SOMNOLENCIA, CONVULSIONES.




DR. ALEXANDRA JHAQUELINE FIGUEROA GALVIS
CC 1107045818
Especialidad. PEDIATRIA
Registro. 860044

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Ian Zhaid Ruiz G UNIDAD DE ATENCIÓN: Jardin - 1. AGENTE EDUCATIVO: Milena Rendon

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 1-Abril-2020

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) |
|---|---|---|---|---|
| JUEVES 16-10-2025 | siendo las 9:45am del presente dia, el niño Zhaid Ruiz presento dolor abdominal e irritabilidad.<br>Maestra se comunico con el acudiente del niño dando a conocer la novedad, solictando que se acerquen al C.D.I por el niño. | Se recomienda al acudiente del niño, si persiste los sintomas ingresar al niño por el area de urgencias<br>- La señora Mariela Abuela materna del usuario se presento en el C.D.I a las 10:55am para llevar al niño.<br>En horas de la tarde a. Educativo se comunico con la Abuela del niño ella manifiesto que el dolor abdominal ya le paso al niño pero sigue presentando diarrea y le esta haciendo tratamiento en casa con etero germina. | A. Educativo. | Mariela G (abuela) |

BIENESTAR FAMILIAR

| | SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO |
|---|---|
| VIERNES 17/10/2025 | Siendo las 6:55am del presente dia la madre se comunico via whatapp manifestando que su hijo no asistira el dia de hoy por motivo que continua con Diarrea y Esta en tratamiento con medicamento de Farmacia, Esperando su recuperación |

A. Educativo

BIENESTAR FAMILIAR

**REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES**

**NOMBRE DEL USUARIO:** Ian Zhaid Ruiz Gomez **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Jardin-1- **AGENTE EDUCATIVO:** Milena Rendon

**MUNICIPIO:** San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 1-Abril-2023

**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) |
|---|---|---|---|---|
| Martes 17-10-2023 | Siendo las 8:45am A. Educativo intento comunicarse via whats apps con la madre del usuario para conocer el motivo de su inasistencia, pero no Fue posible no responden al mail se dejo mensaje por whatapp en espera de una respuesta. | Siendo las 9:50am del presente dia la madre del niño escribio por medio de whatapps, manifestando que su hijo presento Vomito y por este motivo no pudo asistir al C.D.I<br><br>En horas de la tarde 5:00pm A. Educativo se comunico via whataps madre manifiesta que el niño presento malestar general y sin apetito a los alimentos En horas de la. | A. Educativo | Madre |

BIENESTAR FAMILIAR

| | SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO |
|---|---|
| MIERCOLES 15-OCT/2025 | El dia miercoles 15-10-2025-la madre del niño Ian Ruiz se comunico via whatapps, manifestando que su hijo no asistia el dia de hoy por motivo que sigue presentando vomito y diarrea malestar abdominal. A. Educativo le recomiendo a la madre ingresar al niño por el area de urgencias para que sea valorado por un medico. no automedicarlo.<br>En horas de la tarde del presente dia A. Educativo se comunico via whatapps con la madre ella refiere que el niño ya se encuentra mucho mejor que le compraron medicamentos en la Farmacia para la diarrea y el vomito ya que en el hospital no hay citas medicas para esta semana.<br>El dia Jueves- 16-10-2025 el niño Zhaid Ruiz Goma asistio normalmente al cierre apararentemente bien de salud, se procede a realizar el cierre de la novedad<br>A. Educativo.<br>. Maxi e lo 6 |

BIENESTAR FAMILIAR

**REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES**

**NOMBRE DEL USUARIO:** Ian Zhaid Ruiz. **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Jardín 1 **AGENTE EDUCATIVO:** Milena Rendon

**MUNICIPIO:** San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 1- Abril - 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) |
|---|---|---|---|---|
| Viernes 19-09-2025 | El día viernes 19-09-2025 el niño mencionado no asistio Por motivo que se esta recuperando de una Crisis de Amigdalitis. | - se le recomienda a la madre enviar permiso por escrito Para Justificar la inasistencia del niño.<br>- En horas de la tarde del presente dia A. Educativo se comunico via whatapps - madre manifiesto que el niño esta mucho mejor el dia lunes 22-09-2025 asistira normalmente al C.D.I.<br>El dia lunes- 22-09-2025, el niño Zhaid Ruiz asistio normalmente sin ninguna novedad. en cuanto a su estado de Salud, se procede a realizar el cierre de la novedad. | | Juan Ruiz |

51
24

BIENESTAR FAMILIAR

**REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES**

**NOMBRE DEL USUARIO:** Ian Zhaid Ruiz Gomez **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Jardin 1. **AGENTE EDUCATIVO:** Milena Rendón

**MUNICIPIO:** San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 1 - Abril - 2023

**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) |
|---|---|---|---|---|
| LUNES 15-09-2023 | Siendo las 7:40am del presente día la madre del niño Ian Ruiz Gomez Se comunico vía whatapss manifestando que su hijo no asistira el dia de hoy por motivo que se encuentra presentando Fiebre. | • A. Educativo le recomienda a la madre si el niño continua presentando estos sintomas<br>En horas de la tarde A. Educativo Milena Rendón se comunico vía whatapss con la madre ella refiere que el niño durante el día no presento Fiebre pero si presenta dolor de garganta. | A. Educativo. | |
| MARTES 16-09-2023 | Siendo las 8:20: am- Agente educativo intento comunicarse vía whatapps para conocer el motivo de la inasistencia del niño pero no fue posible no responden al movil.<br>Se dejo un mensaje vía whatapp en espera de una respuesta. | • La madre se comunico vía whatapp a las 9:30am informando que el niño no asistira por motivo que continua presentando Fiebre, y al niño lo estan tratando en casa.<br>• El día miercoles 17-09-2023 el niño asistio normalmente al CDI sin ninguna novedad | A. Educativo | Maricla |

BIENESTAR FAMILIAR

| | SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO |
|---|---|
| 16/04/25 | Desde el componente de salud y nutrición se estableció comunicación con la madre del niño vía whatsapp, ella informó que está tratando al niño desde casa y espera que se recupere un poco para mandarlo al CDI y está a la espera de unas gotas para las amigdalas ", Por ende se informa que si los síntomas persisten llevar al menor por urgencias y evitar la automedicación. Ademas, se informa que estaremos pendientes a cualquier novedad y que se continuara realizando el seguimiento al estado de salud. |
| JUEVES 18-09-2025 | El dia Jueves 18-09-2025 el niño Zhaid Siendo las am del presente dia manifesto que le dolia mucho la garganto, me comunique telefonicamente con la Abuelita del niño para que lo recogiera. dando a conocer la novedad.<br>Siendo las la abuelita se acerco al C.D.I para recoger a su hijo la abuelita manifiesta que el niño esta con medicamento recetado por el Pediatra. |

BIENESTAR FAMILIAR

| | SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO |
|---|---|
| VIERNES 8 SEPT/2023 | Siendo las 7:20 am del presente dia A Educativo se comunico vía whatapp con la madre "ella refiere que su hijo esta mucho mejor de salud que ella le esta suministrando el medicamento de control como lo envio el medico.<br><br>A. Educativo<br><br>Jhonny Ruiz |
| LUNES 8-09-2023 | El dia lunes 8-09-2023- el niño Zhaid Ruiz asistio normalmente aparentemente bien de salud, su padre manifiesto que vendra a recoger al niño a las 2:00 pm por motivo de cita medica<br>Se procede a realizar el cierre de la novedad<br><br>Jhonny Ruiz |

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Ian Zhaid Ruiz G. UNIDAD DE ATENCIÓN: Jardin-1. AGENTE EDUCATIVO: Milena Rendon

MUNICIPIO: San Migue FECHA DE INGRESO: 1-Abril-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) |
|---|---|---|---|---|
| Martes 2-Sept/25 | • Siendo las 7:40am del presente dia la madre del usuario Ian Ruiz, Informo por medio de whatopps que su hijo no asistira el dia de hoy por motivo de salud presenta dolor abdominal, dolor de oido y Fiebre | A. Educativo le recomienda a (los niño) la madre no automediar al niño, ingresarlo por el area de urgencias para que sea valorado por un medico.<br>.siendo las 4:15:pm A. Educativo Se comunico via whatopps madre refiere que el niño volvio a presenta Fiebre a las 2:00pm que ella le dio Jarabe para la Fiebre. A. Educativo nuevamente le recomienda a la madre ingresar al niño por el area de urgencias | A. Educativo | Jhonny Ruiz |

BIENESTAR FAMILIAR

| | SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO |
|---|---|
| Miercoles 3 Sept 2025 | Siendo las 6:00am del presente dia la madre del niño Zhaid Ruiz se comunico via whatapps (Audio) manifestando que el niño continua delicado de salud que lo ingreso el dia de hoy a la 1:00am por el area de urgencias porque presentaba. Fiebre alta y dolor de oido.<br>Se dara a conocer la novedad en coordinación. |
| 3/09/25 | • Desde el componente de salud y nutrición se realizó un intento de llamada telefónica, sin embargo no se tuvo respuesta. Se realizara un nuevo intento. durante la jornada.<br>• logra comunicación con la madre vía whatsApp, en donde informó que el niño tiene diagnostico de amigdalitis aguda y rinofaringitis aguda. Sin embargo fue dada de alta a las 6 de la mañana. La madre informa que esta en la espera del certificado de incapacidad el cual va a ser entregado el jueves. Hasta el momento, el menor se enfuentra en casa bajo cuidados y se recomendó seguir el tratamiento prescrito. |
| 4/09/25 | Se logra comunicación por via telefónica con la madre, ella menciona que el niño se encuentra mejor. Ademas envia la incapacidad otorgada por el hospital, la cual tiene una vigencia de 5 dias (3/09/25 Hasta 07/09/25) Por lo tanto se reitera la importancia de seguir con el tratamiento y que se continuara con el seguimiento al estado de salud |

A. Educativo. Jhonny Ruiz

ESE Hospital Fronterizo LA DORADA

# ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

codigo de habilitacion 867570002101 Nit: 846002309

Dir:Barrio El Paraiso Tel: 3134821413

## ORDEN MEDICA URGENCIAS.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **PACIENTE:** | RUIZ GOMEZ IAN ZHAID | | **FOLIO No:** 270169 | **FECHA:** 03/09/2025 | 6:17 a.m. |
| **No HISTORIA:** | 1122343610 | **EDAD:** 4 Años 7 Meses | **ADMIN No:** 1480743 | | |
| **IDENTIFICACION:** | RC1122343610 | **SEXO:** Masculino | **TELEFONO:** 3182890019 | | |
| **EMPRESA:** | EMSSANAR EPS S.A.S. | **FEC. NAC:** 17/01/2021 | **MUNICIPIO:** PASTO N | | |
| **REGIMEN:** | Subsidiado | | **DIRECCION:** barrio el paraiso | | |

**DIAGNOSTICO**

J039 AMIGDALITIS AGUDA. NO ESPECIFICADA
J00X RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)
R509 FIEBRE. NO ESPECIFICADA

| No. | CODIGO | DESCRIPCION | CANT. |
|---|---|---|---|
| 1 | 902207 | CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMOTOCRITO Y LEUCOGRAMA Observaciones: 24 HORAS | 1 |
| 2 | 890201 | CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL Observaciones: 1 DIA | 1 |
| 3 | 939402 | NEBULIZACION Observaciones: 8/3 BERODUAL 2 DIA POR 3 DIAS | 6 |

**OBSERVACIONES:**

. SIGNOS DE ALARMA : MUY DORMIDO O MUY IRRITABLE, NO QUIERE COMER, DEVUELVE TODO LO QUE COME, VOMITO ABUNDANTE, PIEL AZUL O MORADA EN LABIOS Y DEDOS, DIFICULTAD RESPIRATORIA, TEMPERATURA MAYOR DE 38°C, DEPOSICIONES DIARREICAS, ALTERACION DEL ESTADO DE CONCIENCIA, CONVULSION, LETARGO, TRAER POR URGENCIAS.

88387208

**ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA**
**Codigo de habilitacion 867570002101 NIT: 846002309-9**
**Dir. Barrio El Paraiso Tel. 3134821413.**

## CERTIFICADO INCAPACIDAD.

Folio No: 1559888 Admision No: 0

**PACIENTE:** RUIZ GOMEZ IAN ZHAID **E.CIVIL:** FECHA ATENCION: 03/09/2025 06:20 a. m.
**IDENTIFICACION:** RC1122343610 **EDAD:** 4 Años 7 Meses
**No HISTORIA:** 1122343610 **SEXO:** Masculino **TELEFONO:** 3182890019
**EMPRESA:** EMSSANAR EPS S.A.S.. **FEC. NAC:** 17/01/2021 **MUNICIPIO:** PASTO N
**REGIMEN:** . **DIRECCION:** barrio el paraiso

J039-AMIGDALITIS AGUDA. NO ESPECIFICADA

### DATOS GENERALES:

HA SIDO INCAPACITADO DURANTE:. . 5 DIAS
FECHA INICIO INCAPACIDAD:. . . . 3/09/2025
FECHA FINAL DE INCAPACIDAD:. . . 07/09/2025

### INCAPACIDAD:

FARINGOAMIGDALITIS
SD FEBRIL NO DOCUMENTADO

SUB REFIERE ESTAR EN MEJORES CONDICIONES GENERALES SIN ALZAS TERMICAS , TOLERA LA VIA ORAL , SIN EMESIS

CABEZA: NORMOCEFALO, ADECUADA IMPLANTACION CAPILAR, NO SE PALPAN MASAS NI DEFORMIDADES
OROFARINGE AMIGDALAS ERIMATOSAS HIPETROFICAS
CUELLO: MÓVIL, SIN ADENOPATÍAS, NO INGURGITACIÓN, TIROIDES NO PALPABLE. NO INGURGITACION YUGULAR. NO SOPLOS. NO MASAS.
TÓRAX: NORMOEXPANSIBLE, NO TIRAJES, CARDIOPULMONAR RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, SIN SOPLOS. CAMPOS PULMONARES CON MURMULLO VESICULAR ADECUADO, SIN AGREGADOS
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, SIN DOLOR, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, PERISTALTISMO POSITIVO, NO MASAS NI MEGALIAS
GU: PUÑO PERCUSIÓN NEGATIVA, PUNTOS PIELOURETERALES NEGATIVOS.
EXTREMIDADES: EUTRÓFICAS, NO EDEMAS, NO DOLOR, PULSOS PERIFERICOS PRESENTES, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS
NUEROLOGICO: PACIENTE ALERTA, CONCIENTE, ORIENTADO EN SUS TRES ESFERAS (ESPACIO, TIEMPO Y LUGAR), CON FUERZA MUSCULAR 5/5, TONO NORMAL, ROT ++/++++; NO PRESENTA ALTERACIONES DE SENSIBILIDAD, REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS POSITIVOS, NO SE EVIDENCIAN SIGNOS MENINGEOS NI FOCALIZACIÓN GLASGOW DE 15/15

PACIENTE DE 4 AÑOS DE EDAD, RESIDENTE EN B/ EL PARAISO EN LA DORADA, EN CONTEXTO DE FARINGOAMIGDALITIS + SD FEBRIL NO DOCUMENTADO CON LEUCOS DE 10.48 NUE DE 7.7 HB DE 12.1 PLTS DE 242.000 PCR DE 12 GOTA GREUSA NEGATIVCA PO NORMAL , SE INGRESA NO SE DOCUMENTA ALZAS TERMICAS SIN ANTIPIRETICO , TOLERA LA VIA ORAL , SIN EMESIS , POR LO CUAL SE IDNICA DAR EGRESO CON MANEJO AMBULATORIO . SIGNOS DE ALARMA : MUY DORMIDO O MUY IRRITABLE, NO QUIERE COMER, DEVUELVE TODO LO QUE COME, VOMITO ABUNDANTE, PIEL AZUL O MORADA EN LABIOS Y DEDOS, DIFICULTAD RESPIRATORIA, TEMPERATURA MAYOR DE 38°C, DEPOSICIONES DIARREICAS, ALTERACION DEL ESTADO DE CONCIENCIA, CONVULSION, LETARGO, TRAER POR URGENCIAS.

AMOXACILINA 4.5 CC CADA 8 HORAS
ACETAMINOFEN JARABE DAR 6.5 CC VO CAD 6 HORAS
ASCORBICO UNA TAB DIA
NEBULIZACIONES 8/3 2 DIA POPR 3 DIAS
CH EN 24 HORAS
MEDICINA GENERALE EN 1 DIAS

David Cuaran
MEDICO GENERAL
C.C. 1.004.549.956

**PROFESIONAL:** CUARAN MONTENEGRO DAVID PROCARDO
**ESPECIALIDAD:** MEDICO GENERAL
**REGISTRO:** 1004549956
**IDENTIFICACION:** CC 1004549956



Fec Impresion: 4/09/2025 7:52:02 a.m. Usuario: DAVIDCUARAN Infosalud NI