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

Fecha de diligenciamiento: 1 | 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: 1.122.343.631

Fecha nacimiento: 18 | 2 | 2021

Nombres: Janer - Alexander

Apellidos: Trujillo Castro

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: 7-Agosto

Vereda:

Sector:

Dirección: Calle Fiente al centro de convivencia Comunitaria

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: 1.010.101.306

Nombres: Lucy - Jazmin

Apellidos: Castro - Lopez

Pais de nacimiento: Colombia.

Fecha nacimiento: 13 | 11 | 1997

Correo electrónico: castrollucy1@gmail.com

Número de celular: 3209133196

Número de fijo:

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

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

Nombre y Firma del padre, madre y/o cuidador: Lucy Castro.

Nombre y Firma del profesional que diligencia: OLGA RENDÓN

Observaciones:

Fundación Alma de Vida
Fomentando los caminos de esperanza

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:
Joner Alexander Trujillo Castro.

N° DOCUMENTO: 1.122.343.631 **TIPO DOCUMENTO:** RC X CC ___ OTRO ___
FECHA DE NACIMIENTO: 18- Febrero - 2021 **EDAD:** 4 años - 1 mes
LUGAR DE NACIMIENTO: Puerto Asis (Putumayo)

NOMBRE DE LA UDS: CDI Fronteras de Paz
CODIGO UDS: 867571126972 **BARRIO/VEREDA:** Bl 7 de Agosto
FECHA DE INGRESO: 1- Abril - 2025 **FECHA DE RETIRO:** _____

SISBEN: B3 (PM) **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: Lucy Jazmin Castro Lopez
N° CÉDULA: 1.010. 101.306 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Miguel
NOMBRE DEL PADRE: Edison Feiney Trujillo López
N° CÉDULA: 1.126.451.357 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Miguel
N° DE CELULAR: _____
NOMBRE DEL ACUDIENTE: Lucy Jazmin Castro Lopez
N° CÉDULA: 1.010.101. 306 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** _____
DIRECCIÓN VIVIENDA: Bl 7 de Agosto **ZONA POBLACIONAL: (R)**___ **(U)** X
NUMERO DE CELULAR 3209133196

Lucy Castro.
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** 1220541

NUIP 1.122.343.631

Tipo de certificado	Datos Esenciales ☐	Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
TRUJILLO CASTRO JANER ALEXANDER

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)											Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año	2	0	2	1	Mes	F	E	B	Día	1	8	MASCULINO	O +

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

Fecha de Inscripción (Mes en letras)											Indicativo serial
Año	2	0	2	1	Mes	F	E	B	Día	2	5	0061318378

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
CASTRO LOPEZ LUCY JAZMIN

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.010.101.306	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
TRUJILLO LOPEZ EDISON FERNEY

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.126.451.357	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
TRUJILLO LOPEZ EDISON FERNEY

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.126.451.357

Espacio para notas
VALIDO PARA TRAMITES LEGALES Y CIVILES

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio
COLOMBIA PUTUMAYO SAN MIGUEL(LA DORADA) — Código: X 6 Z

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)											
Año	2	0	2	1	Mes	F	E	B	Día	2	5

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil
26209061-2

Nombre y firma del funcionario

ROY EDISON CALLE QUIRAMA

Registrador del Estado Civil

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.010.101.306**

CASTRO LOPEZ

APELLIDOS

LUCY JAZMIN

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **13-NOV-1997**

PASTO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

21-DIC-2015 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-6401800-00783279-F-1010101306-20160114 **0048**012347A 1 46159778

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.126.451.357
TRUJILLO LOPEZ
APELLIDOS
EDISON FERNEY
NOMBRES

Edison Ferney Trujillo L.
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 07-AGO-1990
SAMANIEGO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1,68 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

04-SEP-2008 VALLE DEL GUAMUEZ
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-6402800-00147543-M-1126451357-20090123 0009615426A 1 25674275

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Fecha de consulta: 25/03/2025

Ficha: 86757023477900000129

B3

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: JANER ALEXANDER

Apellidos: TRUJILLO CASTRO

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122343631

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 16/08/2018

Última actualización ciudadano: 26/02/2021

Última actualización via registros administrativos: 25/11/2023

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

"La información de su encuesta debe ser revisada por inconsistencias presentadas en los procedimientos atribuibles a la recolección de información. La oficina Sisben debe realizar en un plazo no mayor a 12 meses, un proceso para dar solución a este hallazgo. En caso de que la oficina no realice este proceso en el plazo mencionado, se realizará un bloqueo preventivo de su encuesta. Si requiere mayor información por favor comunicarse con la oficina Sisbén de su municipio"

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARIA ZORAYDA LINARES MONTERO

Dirección: Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libertad

Teléfono: 4210537 - 3213138790

Correo Electrónico: sisben@sanmiguel-putumayo.gov.co

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

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

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

7

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	1122343631
NOMBRES	JANER ALEXANDER
APELLIDOS	TRUJILLO CASTRO
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	19/02/2021	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/11/2025 14:49:26	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la 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 1122343631
Apellidos:	TRUJILLO CASTRO
Nombres:	JANER ALEXANDER
Ficha Sisben:	86757023477900000129
Nivel Sisben:	Nivel I
Grupo Sisben	B03
Tipo de discapacidad:	Ninguna
Plan de salud:	Régimen Subsidiado
Estado de servicio:	Vigente
Fecha de Afiliación:	19/02/2021
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

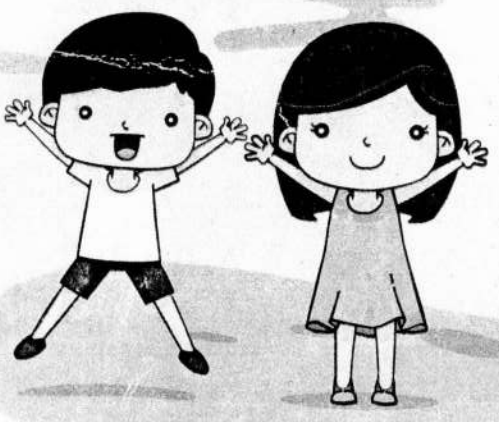
En constancia se firma el 25 de Marzo de 2025 a solicitud del interesado.

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



Mis Datos

Nombres: Janer Alexander

Apellidos: Trujillo Castro

Fecha de Nacimiento

DIA | MES | AÑO

Historia Clínica: 1112.234.631

Barrio/Vereda:

Responsable del Niño:

Teléfono:

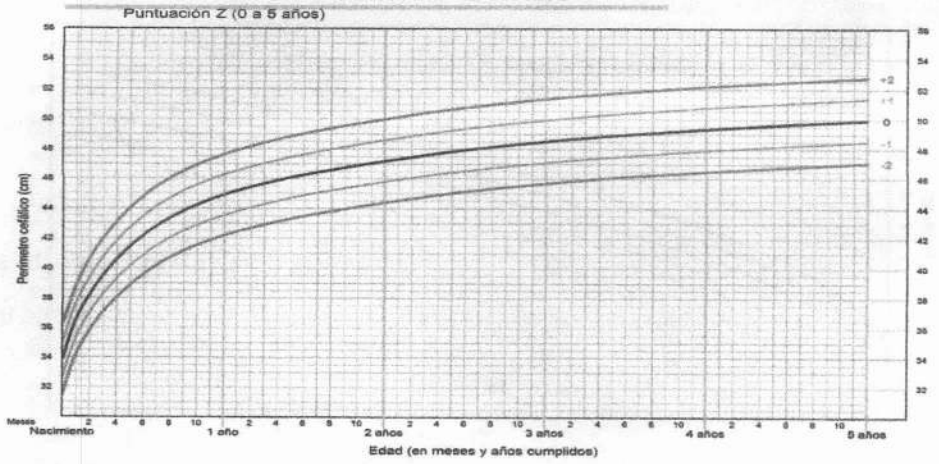
EPS:

CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIO	
				SI	NO
23	Marzo	2021	Ingreso	✓	
23	Abril	2021	Enf	Si ✓	
18	Junio	2021	Medico	Si ✓	
18	Agosto	2021	Enf.	Si ✓	
18	octubre	2021	x NO 26-11-2021	✓	
19	Feb.	2021	Medico	✓	
18	Feb	2023	Medico	✓	
18	Agosto	2023	~~Medico~~ + Enfer	✓	
18	Febrc	2024	Medico	✓	
18	marzo	2025	Enf	Si ✓	P. Defen.
18	febrero	2026	Med.		

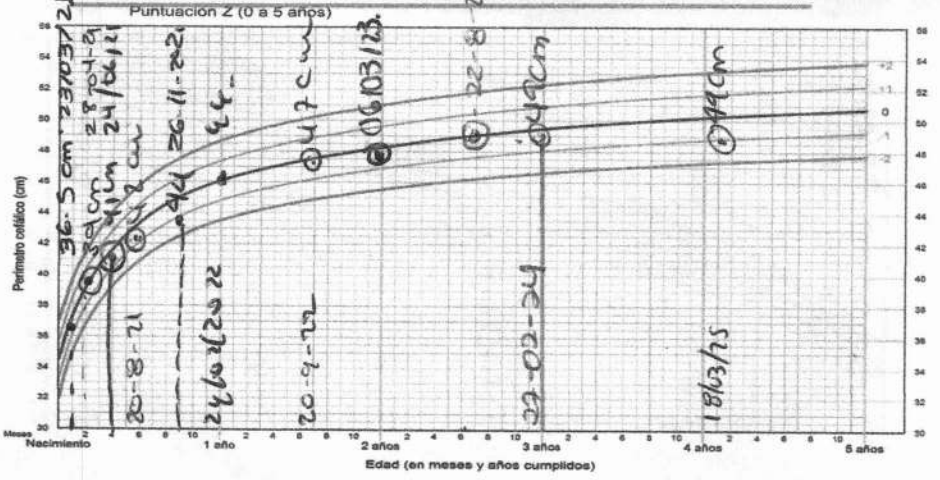
Perímetro Cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)



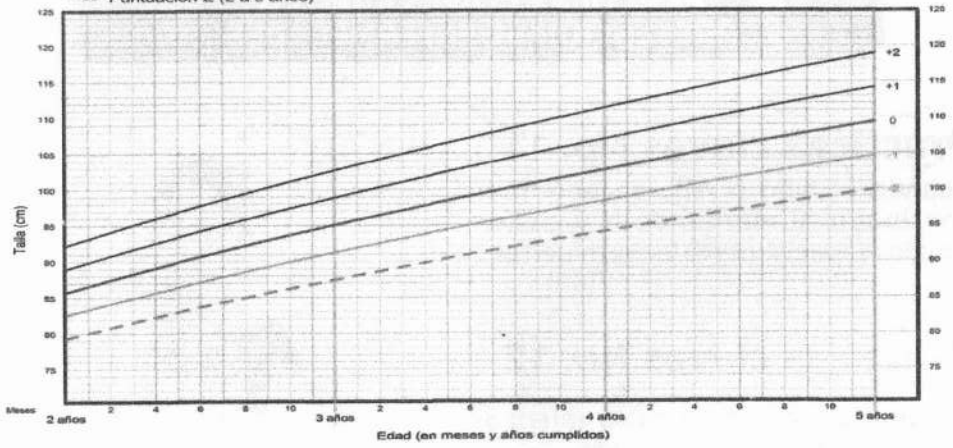
Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)



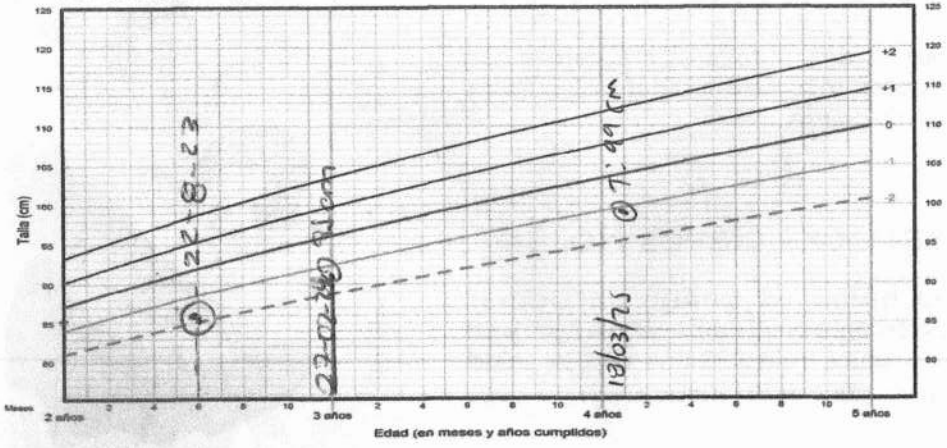
Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



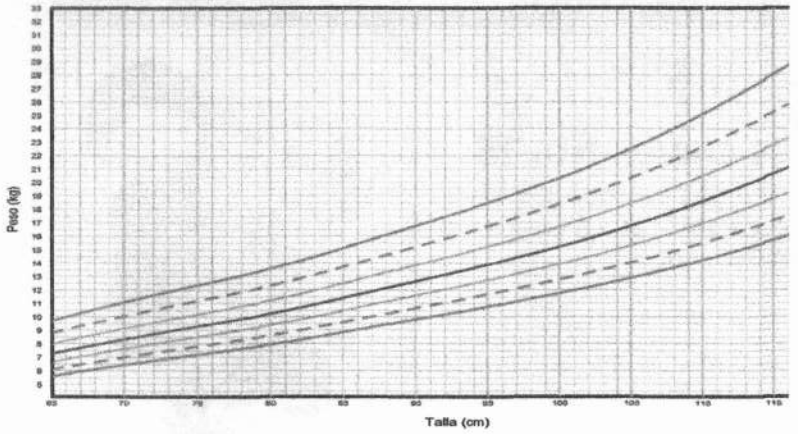
Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5años)



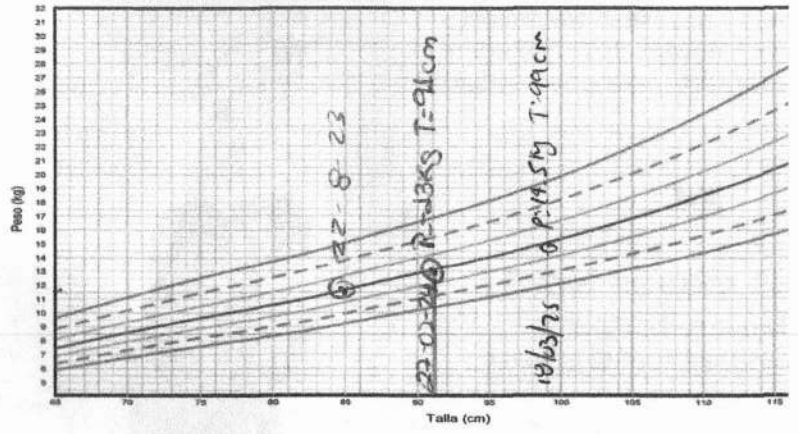
Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



Peso para la Talla Niños

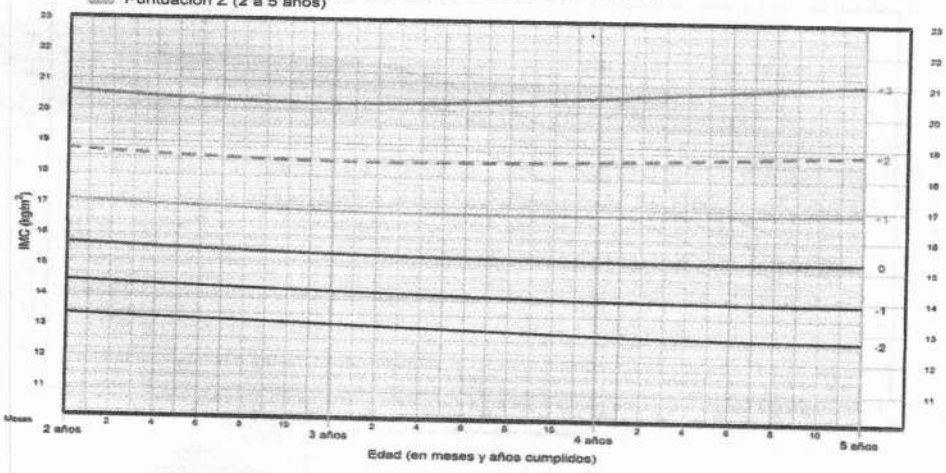
Puntuación Z (2 a 5 años)



13

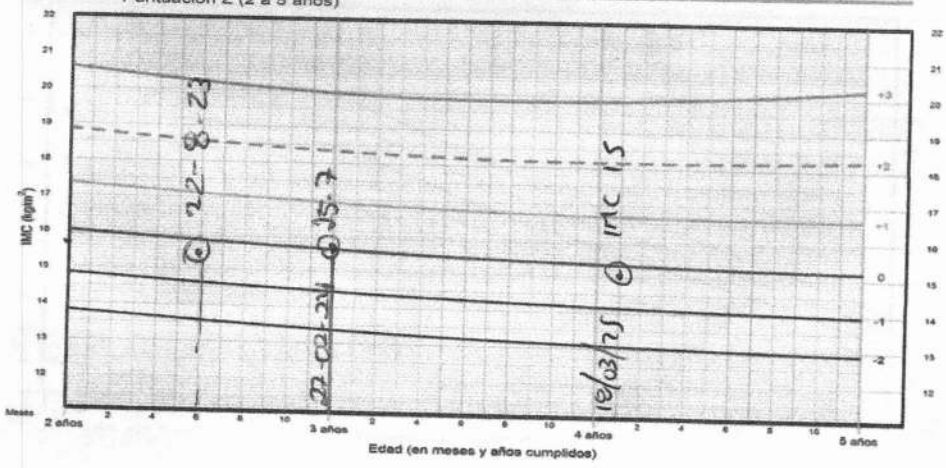
IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



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

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

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

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

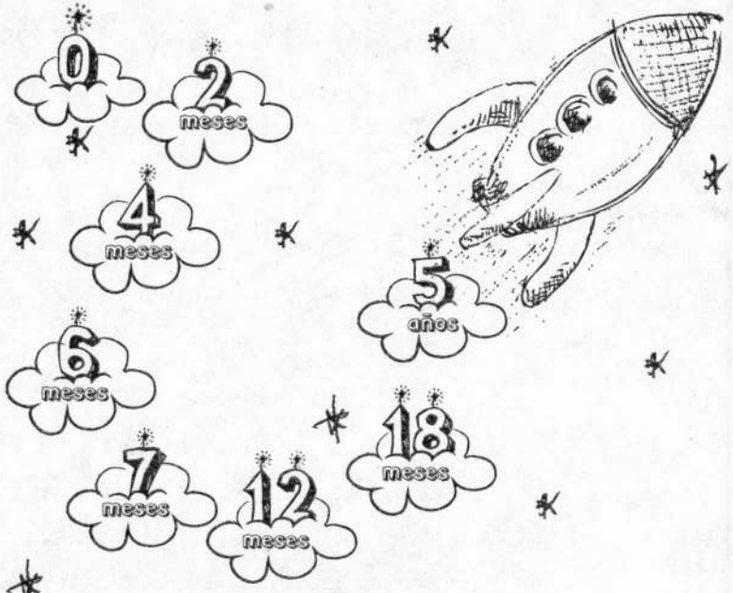
Valor reportado TSH:	
Fecha verificación:	
Profesional que verificó:	

Exíjalo

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

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

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



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

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

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

AIEPI
Porque mi vida hoy que protegerla hoy

de cero a Siempre
ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Trujillo castro Honer Alexander
Fecha de nacimiento: 18 Febrero 2021
Nº de certificado de nacido vivo: 1653723355
Registro civil: 1122343631
Sexo: M
Grupo sanguíneo: O+
Peso al nacer: 3160 Sem 39.6 Talla 50 cm
Dirección:
Teléfono:
Responsable: Lucy Jazmin castro
Municipio de residencia: San miguel
Departamento: putumayo

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

Nombre: ---------- Cita 2 meses cumplidos 18 Abril *2021 Registro Civil: ----------

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de Aplicación Día Mes Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día Mes Año	Nombre del Vacunador
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐							
	Tuberculosis B.C.G.	Única	18 feb 21	Serum	03706008	H local pto A		Nayer zapata
	Hepatitis B	Recién nacido	18 feb 21	Serum	0320	H local pto A		Nayer zapata
2 Meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐							
	Polio (Oral - IM)	1ª	22-04-21	Sanofi	2078002	HFD		Ana legarda
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	22-04-21	Biological	28304021	HFD		Ana legarda
	Rotavirus	1ª	22-04-21	GSK	RRIC763	HFD		Ana legarda
	Neumococo	1ª	22-04-21	GSK	ASANB276	HFD		Ana legarda
4 Meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐						cita. 22 junio 2021	
	Polio (Oral - IM)	2ª	22-06-2021	Serum	2017004	HFD		Sady H
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	22-06-2021	Serum	28504021B	HFD		Sady H
	Rotavirus	2ª	22-06-2021	GSK	AROIC772AF	HFD		Sady H
	Neumococo	2ª	22-06-2021	GSK	ASPNB308BA	HFD		Sady H
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.						cita. 22/Agosto/2021	
	Polio (Oral - IM)	3ª	23-08-21	Seru	2017004	HFD		Ana legarda
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	23-08-21	Biolo	28504C18	HFD		Ana legarda
	Influenza	1ª	23-08-21	Sano	V3C131	HFD		Ana legarda
7 Meses	Influenza	2ª	23-09-21	Sanu	V3C131	HFD	cita 28-SEP 2021	Ana legarda
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	24-2-22	Serum	0130N062A	HFD		Talya b
	Fiebre Amarilla	1ª	24-2-22	Sanofi	T3624	HFD		Talya b.
	Neumococo	Refuerzo	24-2-22	Serum	T3624	HFD		Talya b
	Influenza	Anual	22-08-22	Greco	VSO22008	HFD	cita. 18-02-2022	Paola C.
	Hepatitis A	ÚNICA	24-2-22	MSD	T036264	HFD		Talya b
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1' Refuerzo	28-08-22	Serum	28210012B	HFD		Paola
	Polio (Oral - IM)	1' Refuerzo	07-09-22	Biolo	2140005	HFD		Paola
5 Años	Polio (Oral - IM)	2° Refuerzo					cita. 24/Mar/2022 SR.	
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2° Refuerzo						
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo						
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª						
	VPH	2ª						
	VPH	3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis	SR	Varicela 24-2-22		Merck	0006722	HFD		Talya b.
		RF. 04-04-22		Serum	0124W237	HFD		Paola C.

Estas vacunas son gratuitas

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

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

E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA
Mi prioridad es tu salud



Nombres y Apellidos: James Alexander Trujillo Castro
Doc. de Identidad: 1122343637
EPS: Emssanar
Teléfono: 3209133196
Domicilio: B/t de Agosto

		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	5A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico													
		Atención en salud por medicina general													
		Atención en salud por enfermería												18-3-25	
		Atención en salud por Odontología							Proximo		control		18-2-2026		
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor												17-marzo 2025	
		Profilaxis y remoción de placa													
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	>	Vacunación													

Lizeth Jiménez Trujillo
Enfermera Profesional
Reg 22083
Universidad de Caldas

Agudeza visual 20/20 normal 18-3-2025

Higiene oral 17 Septiembre 2025 Proxima cita

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

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

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL

La salud es de todos — Minsalud

CIUDAD San Miguel FECHA: DÍA 15 MES 04 AÑO 2025 HORA: 3.25 p.m

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Janer Alexander APELLIDOS Trujillo Castro

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1.122.393.631

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 18 MES: 02 AÑO: 2021 / EDAD: 4 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Emssanar Tel: 3209133196

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)

miedo a la reacción

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

EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD

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

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

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

Firma de la persona: _____

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

Nombres _____ Apellidos _____

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

Firma: Lucy Castro.

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: Isabel Ximena Erazo

Firma

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1004695938

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFUO

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.

RECOMENDACIONES

- Visite a su médico semestralmente
- Cepillese los dientes minimo 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. 846.002.308-6
TEL. 4210533-4210534. LA DORADA - PUTUMAYO

MI CARNET DE HIGIENE ORAL

E.P.S. Emssanar
Nombres: Janer Alexander
Apellidos: Trujillo castro
Sexo: M F Fecha de Nacimiento 14 02 2021
Identificación: 1122343631
Dirección: B/ paraiso N.H.C.

Salud con Calidad!

FECHA	PROCEDIMIENTO CP	S	E	D	PROXIMA CITA
2008-21	x				18-02-22
01-12-2021	x			✓	01 junio-23
21-06-23	x			x	21 dicien-23
10-01-24	x			x	10/01/2024
16-07-24	x		x	x	17-01-25
17-03-25	x		x	+	17 sep-2025
17-09-25	x		x	x	17 enero-2026

Jimmy Ortega

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 Janer Alexander Trujillo Castro, identificado (a) con documento de identidad número 1.122.343.631, 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, Lucy Jazmin Castro lopez, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1.010.101-306, 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 Modalidad institucional

Suscriben:

Firma: Luci Castro
Nombre: Lucy Jazmin Castro.
Calidad - Titular: _____ Representante legal: X
Teléfono de contacto: 3209133796.
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.

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

Lucy Castro.
Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Agente educativa

Huella del niño/niña

Joner Alexander Trujillo.

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 43235-1	Pago oportuno hasta:	02/04/2025	Mes Facturado
Factura Nro	2037043329	Suspensión a partir de:	03/04/2025	MARZO 2025

1.Información Genera

Nombre:	RIGO BERTO TORO GUERRA	**Último pago**	$ 230,430
Dirección:	BR 7 AGOSTO	Tuve servicio de energía entre:	20-FEB-2025 - 19-MAR-2025 (27)

Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Área	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Código Tarifa	División Geopolítica
SM1	S105	233	1	RESIDENCIAL	URBANA	1	2	AEREA	EMPRESA	105	SAN MIGUEL - 7 DE AGOSTO

Tipo de Documento	Fecha y hora de Emisión	Fecha y hora de Generación	Medio de Pago	Forma de Pago	Factura Electrónica de Venta
FACTURA DE VENTA	22/03/25	22-MAR-25	PAGO EN EFECTIVO	CONTADO	EEBP - 168697

2.Información Consumo Energía

Componentes de Costo (CU): Generación + Transmisión + Distribución + Comercialización + Pérdidas + Restricción

Generación	Transmisión	Distribución	Comercialización	Pérdidas	Restricción	= CU	
527.6	49.85	253.23	121.95	70.79	14.68	1038.1	($/KwH)

2A.Información Medidor

Marca	Serial	Factor Múltiplo
APP	4604498465	1

2B.Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	11168	10954
Reactiva:		

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

2C.Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	214		
Consumo Reactiva KVarh:	0		
Costo del consumo $	222153.4		
Tarifa (hasta 173 Kwh):	415.24		
Subsidio: %	60	$	-107754.78
Contribución: %	0	$	0
Sub Total $	114398.62		

Meses en deuda: 1 % Tasa Interés Moratorio: 0.5

2D.Consumo Últimos 6 Meses

	Mes	Activa	Reactiva
2024	SEPTIEMBRE	421	0
2024	OCTUBRE	353	0
2024	NOVIEMBRE	398	0
2024	DICIEMBRE	370	0
2025	ENERO	399	0
2025	FEBRERO	318	0
	PROMEDIO	**377**	**0**

2E.Información Calidad del Servicio

Tel. O.R EEBP: 01 8000 942415
Transformador: SDP004 Grupo: 22
DIUG: 30.24 FIUG: 19 Circuito: C14
Cargo D: 249.0104 Dscto %t: 20
CEC: 0
DIU: 81.94 FIU: 96
HC: 0 VC: 0
Valor a Compensar: 0

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	222,153.40	.00	.00	222,153.40
SUBSIDIO	-107,754.78	.00	.00	-107,754.78
AJUSTE A SUBSIDIO	3,224.79	.00	.00	3,224.79
AJUSTE A LA DECENA	2.59	.00	.00	2.59

5.Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP 117,626

6.Información Facturación Convenio Impuesto Alumbrado Públi

Sujeto Activo	Operador A.P.	Convenio No.	Dirección PQR	Valor Periodo	Saldo Ant.	Valor Total
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL	MUNICIPIO SAN MIGUEL	ACUERDO 008 31/08/2023	Cra 4 Cll 7 Esquina	26,844	0	**26,844**

7.Información Facturación Convenio Aseo y Alcantarillad

Concepto	Empresa	Dirección PQR	USO	Valor Tarifa	Subsidio o Factor Solidario	Cargo Consumo o Variable	Valor Tasa Ambiental	Saldo Anterior	Ajustes/Otros	Valor Total
Alcantarillado				0	0			0		**0**
Aseo*				6,000	0			0		**6,000**

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

8.Información Facturación Otros Convenios

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

Total EEBP	+ Total Impuesto Alumbrado público	+ Total Aseo y/o Alcantarillado	+ Total Otros Convenios	= Debo pagar en Total
117,626	26,844	6,000	0	$ 150,470

CUFE: ce6f210cba05fe303f819b15e090ed549f8a4b0f9a0518017a664284f8af7324b13e52433468a350a7d16ec92a19f159

(415)7709998005532(8020)1000203704332944(3900)0000150470(96)20250402

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

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

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

RV 23

Ciudad San Miguel (la Dorada PTYO)

Nombre completo de la niña o niño Janer Alexander Trujillo castro

Fecha de nacimiento Día 18 Mes 02 Año 2021 **N° Documento de Identidad** 1.122.343 631

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

Primer Registro Cualitativo

hijo N: 2.
hermano 1

Nombre del observador Olga Milena Rendón

Fecha de registro cualitativo Día 3 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 habilidades en su dibujos cada vez es mas descriptivo al momento de realizar sus dibujos, su lenguaje es acorde a su rango de edad, narra con facilidad historias vividas en su hogar y en el entorno que lo rodea.
- le gusta interactuar en actividades libres con sus pares.

Se continuara fortaleciendo su coordinación motora, donde el niño pueda realizar diferentes movimientos corporales.

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 1 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

Janer es un niño respetuoso, juicioso, un poco timido, tiene habilidades en el arte dibuja cada vez con más detalle lo que el quiere o muestran un conocimiento más preciso a la realidad.

Reconoce sus fortalezas y debilidades.
- cada vez es más independiente en sus rutinas de cuidado y aseo 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

SECRETARIA DE EDUCACIÓN DE PUTUMAYO
"Construyendo región con educación"

FORMATO DE INSCRIPCIÓN

Código: C03.0
Versión: 1.0

Macro proceso: C Gestión de la Cobertura Educativa

Fecha: 30/10/2025 No. De inscripción: Grado al que se inscribe: ○ Municipio: _____ E. Educativo _____

DATOS DEL ESTUDIANTE

APELLIDOS: Trujillo Castro NOMBRES: Janer Alexander

LUGAR DE NACIMIENTO: Puerto Asis FECHA DE NACIMIENTO: DÍA 18 MES 02 AÑO 2021

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

No. Documento 1122343631 EXPEDIDA EN San Miguel putumayo.

CON QUIEN VIVE? Papá y Mamá [X] Mamá [ ] Papá [ ] Abuelos [ ] 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 [X] NO [ ]

NOMBRES Emily Arelis Trujillo Castro.

GRADO Primero.

GRADO _____

NOMBRE DE LA EPS A LA CUAL ESTÁ AFILIADO Emssanar

DISCAPACIDADES: AUDITIVA ___ VISUAL___ MOTORA __ COGNITIVA ___ AUTIS

CUAL_____ TIPO DE SANGRE: o+ (Si presenta alguna discapacidad!

PERTENECE A UNA ETNIA? SI___ NO X ¿CUAL? _____ LENGUA MATE

A QUE RESGUARDO PERTENECE? _____

VICTIMA DEL CONFLICTO? SI __ NO X FECHA DE EXPULSIÓN _____ A

DPTO EXPULSIÓN_____ MUNICIPIO DE EXPULSIÓN _____

NIVEL SISBEN B3 ESTRATO ____ ¿PERTENECE A FAMILIAS EN ACCIÓN? SI___

¿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: Edison Ferney Trujillo Lopez. C.C. No: 1126457357 DE Valle Guamuez OCUPACIÓN Militar

NOMBRE DE LA MADRE O ACUDIENTE: Lucy Jazmin Castro Lopez C.C. No: 1070707306 DE San miguel OCUPACIÓN Ama de c

DIRECCIÓN RESIDENCIA: _____ BARRIO: 7 Agosto VEREDA _____ ZONA URBANA X RURAL _____

TELÉFONO CASA _____ TELÉFONO CELULAR PADRE: 3705682779 TELÉFONO CELULAR MADRE 3209133196 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 –

Lucy Castro.

FIRMA DEL PADRE DE FAMILIA O ACUDIENTE

información y documentación

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
24/10 2025	la agente educativa la psicologa se comunica via whatsapp con la madre para realizar) saber el estado de salud del menor la madre refiere "que el se fue a una cita medica porque le van hacer una cirugia, y hoy en el hospital le van hacer unos examenes pero en Puerto Asis, entonces mañana sabado si dios permite le hacen la cirugia
27/10 2025	se realiza seguimiento al estado de salud del menor, a traves de llamada de voz a las 9:08 am, donde contesta la madre se procede a preguntar como le fue en la cirugia a Junier la madre refiere "que le fue bien que no tuvo complicaciones, y que le mandaron incapacidad por 15 dias y recomendo no realizar educación fisica por 30 dias, en caso de estar estudiando informar en el centro educativo" luego se pregunta, si nos podria atender para realizar una visita domiciliaria, la madre refiere que si" procedo a preguntarle que a que hora esta bien, la madre refiere que a las 2:00pm, me despido y agradezco por el espacio que me permitio. Estefany Blanden Linares
29/10/25	la nutricionista se Comunica con la madre para saber el estado de salud del menor, la madre refiere que el niño esta bien en su proceso de recuperacion, esta comiendo bien, sin irritantes y fritos para no generar reacciones negativas tras su cirugia, se le recomienda seguir con los tratamientos medicos dados.
24/10 2025	la Psicologa se comunica con la madre para saber el estado de salud del menor, la madre refiere que se encuentra bien gracias a Dios, ya se lo notu mas aliviada procedo a recomendarle seguir con los tratamientos y recomendaciones hecha por el medico. Me despido Estefany Blanden Linares

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Janer Alexander Trujillo 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)
JUEVES 23-10-25	• Siendo las 4:00pm - del dia miercoles 22-10-2025, la madre del niño Informa que su hijo tiene cita: medica el dia jueves 23-10-2025 en la ciudad de puerto ASIS (PTYO) hospital de alto complejidad del Putumayo.	• se le recomiendo a la madre • presentar los anexos Clinicos para anexarlos a la novedad del niño.	A. Educativo	Lucy Castro.

La Dorada putumayo, 23-10 2025.

Milena Rendon.
Agente Educativa.

Cordial Saludo.

Me dirijo a usted de manera amable y respetuosa para solicitarle permiso para mi hijo Janer Alexander Trujillo Castro por el dia de hoy jueves 23 de octubre del presente año, por motivo que tiene cita medica en la ciudad de peerto asis.

Agradezco su comprención.

Lucy Jazmin Castro
MADRE DE FAMILIA

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
30/10 2025	Se realizo seguimiento al estado de salud de Janer, se comunico con la madre donde se pregunto por la recuperacion de la cirugia del niño. la madre refiere "janner sigue bien gracias a Dios, ya noy camina mas derechito bien mejorando". se recomienda seguir con los tratamientos en casa y cuidados que el niño no realice ejercicio fisico. Estefany Blandon linares
31/10 2025	Se realizo seguimiento al estado de salud de Janer, se comunico con la madre donde se le pregunto por la recuperación de Janer. la madre refiere "que va bien gracias a Dios" procedo a seguir realizar las recomendaciones hechas por el medico y los cuidados en casa Estefany Blandon
4/11 2025	Se realiza seguimiento al estado de salud del menor, se comunica con la madre donde se le pregunta por el estado de salud del niño, la madre refiere "que le dyo Janer bien Gracias a Dios, ya se ha recuperado, y pues la cita, me la dieron para el 12 de noviembre, tiene control". procedo a secomendar seguir con los cuidados en casa Estefany Blandon
5/11 2025	Se realiza seguimiento al estado de salud de Janer, se comunicó con la madre, y se le pregunta como sigue Janer, como está de salud, la madre refiere "que el niño esta bien gracias a Dios, ya no le duele tanto, y camina mas derecho" Estefany Blandon linares. procedo a recomendar seguir con los cuidados en casa
6/11 2025	Se realiza seguimiento al estado de salud de Janer, se comunica con la madre. y se le pregunta como sigue Janer en la recuperacion, La madre refiere "Janer bien gracias a Dios recuperandose satisfactoriamente ya uno le pregunta que si le duele y dice que no." se realiza las recomendaciones de continuar con los cuidados en casa. Estefany Blandon

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
7-11-2025	Se realiza seguimiento a Janer para conocer la evolución del estado de salud. se comunica con la madre y se le pregunta como sigue Janer, la madre refiere "que se encuentra bien gracias a Dios, ya esperar el control." se continua realizando sus recomendaciones del cuidado en casa Estefany Blandón Linares
10-NOV 2025	Usuario ingresa al servicio en compañía de la madre, se evidencia que esta bien de salud, en la sala se lo observa que juega y participa de las actividades que la agente educativa realiza durante la jornada. Estefany Blandendon linares
11-NOV 2025	Usuario ingresa al servicio en compañía de la madre, se evidencia que esta bien de salud, en la sala se lo observa que está jugando con los demas niños de la sala y participa de las actividades propuestas por la agente educativa. Estefany Blandón

Hospital de Alta Complejidad
del PUTUMAYO
Tu salud, nuestro compromiso

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

PUERTO ASIS-PUTUMAYO
NIT 901201887 - 865680081301

SOLICITUD DE INCAPACIDADES Y/O LICENCIAS DE MATERNIDAD No. 18819

PACIENTE: JANER ALEXANDER TRUJILLO CASTRO
EPS: EMSSANAR EPS SA SUBSIDIADO
ORIGEN DE LA INCAPACIDAD: COMUN

No. IDENTIFICACIÓN: RC 1122343631
FECHA SOLICITUD: 2025-10-25

INFORMACIÓN SOBRE LA INCAPACIDAD

PRESUNTO ORIGEN INCAPACIDAD: Comun
GRUPOS DE SERVICIOS: Quirurgico
CAUSA QUE MOTIVA LA ATENCIÓN: Tratamiento
DIAS DE INCAPACIDAD: 15
PRÓRROGA: No

MODALIDAD DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO: Intramural
FECHA DE INICIO DE LA INCAPACIDAD: 2025-10-25
FECHA DE TERMINACIÓN DE LA INCAPACIDAD: 2025-11-08

INFORMACIÓN DE LA IPS Y MEDICO

NOMBRE DEL MEDICO: JERHY FERNANDO ANDRADE SABOGAL
NOMBRE DE LA IPS: HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD DEL PUTUMAYO S.A.S ZOMAC

No. IDENTIFICACIÓN: CC 86074119

DIAGNOSTICOS PRINCIPAL Y RELACIONADOS

DIAGNOSTICO	PRINCIPAL
R104 OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	X

LA PRESENTE INCAPACIDAD SE IMPRIME EL DIA 25/10/2025.

JERHY FERNANDO ANDRADE SABOGAL
CC 86074119
CIRUGIA PEDIATRICA

IMPRIMIO: JERHY FERNANDO ANDRADE SABOGAL

VALIDE ÉSTE DOCUMENTO

Hospital de Alta Complejidad del PUTUMAYO
Tu salud, nuestro compromiso

RECOMENDACIONES MÉDICAS

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE	JANER ALEXANDER TRUJILLO CASTRO	**IDENTIFICACIÓN**	RC 1122343631
HISTORIAL CLINICA	1122343631 - RC	**FECHA DE NACIMIENTO**	18/2/2021
EDAD	4 Años	**SEXO**	M
TELEFONO		**RESIDENCIA**	URB SIETE DE AGOSTO, PUTUMAYO-SAN MIGUEL (LA DORADA)
CLIENTE	EMSSANAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.S.	**PLAN**	EMSSANAR EPS SA SUBSIDIADO
TIPO AFILIADO	SUBSIDIADO	**SERVICIO**	CIRUGIA
DEPARTAMENTO	110501 - QUIROFANO	**CAMA**	
FECHA DE INGRESO	23/10/2025 02:46 PM	**FECHA DE EGRESO**	

EVOLUCIÓN:	5425105	**FECHA:**	25/10/2025	**TIPO DE ATENCIÓN:**	

RECOMENDACIONES

- Verifique antes de salir de la clinica que tenga epicrisis y formula medica.
- Siga las recomendaciones instauradas por el personal medico.
- Tome correctamente los medicamentos que le formulo el medico.
- Asista a los controles de laboratorio clinico, imagenes diagnosticas, entre otros si le fueron solicitados.
- Lave sus manos frecuentemente con agua y jabon antes y despues de ingerir alimentos, toser, estornudar o utilizar el bano.
- Restrinja la visita o contacto con familiares o amigos que presenten gripa o sufran alguna enfermedad que afecte su estado de salud debe evite tener visita o contacto con ellos.
- Una adecuada recuperacion depende del cumplimiento de las recomendaciones dadas.
- No se automedique.
- Solicite la cita de control por consulta externa cuando son expedidas por el medico tratante.
- Menores de 5 anos deben regresar siempre por urgencias a las 48 horas de egreso para control.
- Si presenta dolor, fiebre, vomito, inapetencia, sangrado, o en general deterioro de su estado de salud debe consultar nuevamente al servicio de urgencias.
- Seguir el regimen alimentario establecido.
- No omitir ninguna comida y evitar ayunos prolongados.
- Incremente el consumo de frutas y verduras.
- Coma despacio y mastique bien los alimentos.
- Evitar golpearse

RECOMENDACIONES ADICIONALES

----------NO REALIZAR EDUCACION FISICA POR 30 DIAS, EN CASO DE ESTAR ESTUDIANDO INFORMAR EN CENTRO EDUCATIVO----------

PROFESIONAL: JERHY FERNANDO ANDRADE SABOGAL
CC - 86074119 - **T.P** 86074119
ESPECIALIDAD - CIRUGIA PEDIATRICA

Imprimió: JERHY FERNANDO ANDRADE SABOGAL - JERHY.ANDRADE

Fecha Impresión: 2025/10/25 - 14:58:28

Hospital de Alta Complejidad
del PUTUMAYO
Tu salud, nuestro compromiso

FORMULA MEDICA Nº 117143
MEDICAMENTO(S) POS FORMULADO(S).

HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD DEL PUTUMAYO S.A.S ZOMAC	**NIT : 901201887**	**KR 48 10-29 PUERTO ASIS - PUTUMAYO**			**TELEFONOS**		**3503160055**		
No. EVOLUCION	5425105		**FECHA FORMULA**	25/10/2025					
IDENTIFICACION	RC 1122343631	**PACIENTE**	JANER ALEXANDER TRUJILLO CASTRO	**FECHA DE NACIMIENTO:**	2021-02-18	**EDAD**	4 Años	**SEXO**	M
CLIENTE	EMSSANAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.S.		**PLAN**	EMSSANAR EPS SA SUBSIDIADO	**TIPO AFILIADO**		SUBSIDIADO-SUBSIDIADO	**RANGO**	1

1. ACETAMINOFEN 150MG/5ML (3%) JARABE 150MG/5ML SOLUCION ORAL	
VIA DE ADMINISTRACIÓN:	ORAL
DOSIS	7 ml cada 6 Hora(s)
CANTIDAD	4 (Cuatro) FRASCO por 150MG/5ML
DIAS TRATAMIENTO	7 DIA(S)
OBSERVACION	ADMINISTRAR 7 CC CADA 6 HORAS VIA ORAL

DIAGNOSTICO(S) :
R104-OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS

VALIDEZ : 30 Días
FECHA DE VENCIMIENTO : 23/11/2025

DIAGNOSTICO PRINCIPAL: R104 - OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS
MEDICO TRATANTE :

PROFESIONAL : JERHY FERNANDO ANDRADE SABOGAL
CC - 86074119 - T.P 86074119
ESPECIALIDAD - MEDICO (A) ESPECIALISTA

Imprimió: JERHY FERNANDO ANDRADE SABOGAL

Fecha Impresión : 25/10/2025 - 02:59 pm

Hospital de Alta Complejidad
del PUTUMAYO
Tu salud, nuestro compromiso

HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD DEL PUTUMAYO S.A.S ZOMAC	**NIT : 901201887**	**KR 48 10-29 PUERTO ASIS - PUTUMAYO**	**TELEFONOS: 3503160055**
Fecha Impresión : 2025-10-25			
Identificación: RC 1122343631	Paciente: JANER ALEXANDER TRUJILLO CASTRO	Edad : 4 Años Sexo :M Fecha nacimiento:2021-02-18	HC : RC1122343631
Cliente : EMSSANAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.S.	Plan : EMSSANAR EPS SA SUBSIDIADO	Tipo Afiliado: SUBSIDIADO	
Profesional: JERHY FERNANDO ANDRADE SABOGAL		Especialidad: CIRUGIA PEDIATRICA	

SOLICITUD DE SERVICIOS

3239150 - 890338 - (1)CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA PEDIATRICA

Fecha: 25/10/2025

Observación: EN 15 DIAS

Profesional: JERHY FERNANDO ANDRADE SABOGAL
CC - 86074119 **T.P** - 86074119
Especialidad - CIRUGIA PEDIATRICA

Observación: EN 15 DIAS

DIAGNOSTICO PRINCIPAL: R104 - OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS

Nombres y Apellidos del Médico: JERHY FERNANDO ANDRADE SABOGAL
Registro Médico No.: 86074119

Hospital de Alta Complejidad del PUTUMAYO
Tu salud, nuestro compromiso

NOTA OPERATORIAS

DATOS PACIENTE			
No. INGRESO	234886	**FECHA INGRESO**	23/10/2025 02:46 pm
No. CUENTA	249684		
PACIENTE	RC 1122343631		JANER ALEXANDER TRUJILLO CASTRO
EDAD	4 Años		
DIRECCION	URB SIETE DE AGOSTO	**TELÉFONO**	3209133196
ENTIDAD	NIT 901021565		EMSSANAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.S.
PLAN	EMSSANAR EPS SA SUBSIDIADO		

DATOS DEL PROCEDIMIENTO			
FECHA INICIO	2025-10-25 14:00	**DURACION**	**00:31 (HH:mm)**
QUIROFANO	QUIROFANO2		
TIPO CIRUGIA	**LIMPIA**		
AMBITO CIRUGIA	URGENCIA	**FINALIDAD CIRUGIA**	**TERAPEUTICO**
CIRUJANO	JERHY FERNANDO ANDRADE SABOGAL	**CIRUJANO 2**	
PERFUSIONISTA		**JEFE ASISTENTE**	MARIO FERNANDO NARVAEZ NARVAEZ
ANESTESIOLOGO	JHOANY CAROLINA BRACHO URDANET	**AYUDANTE**	**VALENTINA LUNA MARTINEZ**
INSTRUMENTADOR	CASTILLO SANCHEZ DENYS JOHANA	**CIRCULANTE**	**ADRIAN MACA HOYOS**
TIPO ANESTESIA	GENERAL		

PROFILAXIS ANTIBIOTICA	
ANTIBIOTICO 1 (Medicamento - Dosis - Via):	CEFAZOLINA
Hora administracion:	14:30

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS		
CARGO		
534001	**DESCRIPCIÓN:** HERNIORRAFIA UMBILICAL VIA ABIERTA	**VIA ACCESO:** 1
	PROFESIONAL: JERHY FERNANDO ANDRADE SABOGAL	
547503	**DESCRIPCIÓN:** PLASTIA DE PARED ABDOMINAL VIA ABIERTA	**VIA ACCESO:** 1
	PROFESIONAL: JERHY FERNANDO ANDRADE SABOGAL	

DIAGNOSTICOS			
POST QX	HERNIA UMBILICAL SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA	**TIPO**	**CR**

DESCRIPCIONES TECNICAS QUIRURGICAS

JERHY FERNANDO ANDRADE SABOGAL

USO DE ELEMENTO DE PROTECCION PERSONAL SEGUN PROTOCOLO INSTITUCIONAL, VERIFICACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO, PARADA DE SEGURIDAD, ANTIBITICO PROFILACTICO, BAJO ANESTESIA GENERAL, ASEPSIA Y ANTISEPSIA, COLOCACION DE CAMPOS QUIRURGICOS.

VIA 1 PROCEDIMIENTO 1: SE REALIZA BLOQUEO PERIUMBILICAL CON BUPIVACAINA, SE REALIZA INCISION TRANSUMBILICAL, SE DISECA POR PLANOS HASTA ENCONTRAR DEFECTO EN FASCIA Y HALLAZGOS DESCRITOS, SE REALIZA CIERRE DE FASCIA CON VICRYL 2-0 PUNTO EN EQUIS, SE VERIFICA HEMOSTASIA

VIA 1 PROCEDIMIENTO 2: SE TALLAN COLGAJOS DERMOGRASOS HASTA ALCANZAR ADECUADO AFRONTAMIENTO, SE REALIZA

UMBILICOPLASTIA, SE CUBRE PIEL CON MICROPORE. PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES, SE EXPLICA A LA MADRE

HALLAZGOS QUIRURGICOS
JERHY FERNANDO ANDRADE SABOGAL
1. DEFECTO DE FASCIA UMBILICAL DE 5MM, PIEL UMBILICAL REDUNDANTE

SUMINISTRO ... DE MEDICAMENTOS (CANASTA DE CIRUGIA)					
Fecha y hora	Codigo Med.	Nombre Med.	Cantidad	Usuario Orden	Usuario Suministro
TOTAL:			0		

PROFESIONAL: JERHY FERNANDO ANDRADE SABOGAL
IDENTIFICACIÓN: CC - 86074119
TARJETA PROFESIONAL: 86074119
ESPECIALIDAD: CIRUGIA PEDIATRICA

VALIDE ÉSTE DOCUMENTO

Imprimió: 1821 - JERHY FERNANDO ANDRADE SABOGAL
Fecha impresión: 2025-10-25 14:58

Hospital de Alta Complejidad
del PUTUMAYO
Tu salud, nuestro compromiso

RESUMEN DE EPICRISIS

PACIENTE: JANER ALEXANDER TRUJILLO CASTRO	**IDENTIFICACION:** RC 1122343631	**HC:** 1122343631 - RC
FECHA DE NACIMIENTO: 18/2/2021 **EDAD:** 4 AÑOS	**SEXO:** M	**TIPO AFILIADO:** SUBSIDIADO
RESIDENCIA: URB SIETE DE AGOSTO	PUTUMAYO-SAN MIGUEL (LA DORADA)	**TELEFONO:**
NOMBRE ACOMPAÑANTE:	**PARENTESCO:**	**TELEFONO:**
FECHA INGRESO: 23/10/2025 02:46 PM	**FECHA EGRESO:** 25/10/2025 02:59 PM	**CAMA:**
DEPARTAMENTO INGRESO: 110103 - URGENCIA CONSULTORIO	**SERVICIO INGRESO:** URGENCIAS	
DEPARTAMENTO EGRESO: 110501 - QUIROFANO	**SERVICIO EGRESO:** CIRUGIA	
CLIENTE: EMSSANAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.S.	**PLAN:** EMSSANAR EPS SA SUBSIDIADO	

DATOS DEL INGRESO

- **MOTIVO CONSULTA**
  TIENE UNA HERNIA

- **ESTADO GENERAL Y ENFERMEDAD ACTUAL**
  PACIENTE MASCULINO DE 4 AÑOS 8 MESES DE EDAD, QUIEN CONSULTA AL SERVICIO DE URGENCIAS, EN PAÑIA DE SU MADRE, LOC CUALES REFIEREN CUADRO CLINICO DE LARGA EVOLUCION EXASERVADO HACE 12 HORAS, CONSISTENTE EN DOLOR A NIVEL DE MESOGASTRIO Y REGION UMBILICAL, 7/10 EN LA ESCALA ANALOGA DEL DOLOR, ASOCIADO A SENSAICON DE MASA A NIVEL UMBILICAL QUE HA AUMENTADO DE TAMAÑO, POR LO QUE DECIDE CONSUTLÑAR AL SERVICIO ANTECEDNTES: PERINATALES --PATOLOGICOS: NIEGA --ALERGICOS: NIEGA --QUIRURGICOS: NIEGA --INMUNIZACION: VACUNAS COMPLETAS --ALIMENTACION: VARIADA --TIPO DE SANGRE: O RH: +

- **ANTECEDENTES PERSONALES**

GRUPO	ANTECEDENTE	OP	DETALLE

- **EXAMEN FISICO**

SISTEMA		HALLAZGO
CABEZA Y CUELLO	NORMAL	CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO SIN INGURGITACION YUGULAR NO SE OBSERVAN MASAS, CUELLO SIMETRICO
CARDIO PULMONAR	NORMAL	TORAX SIMETRICO SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, RUIDOS RESPIRATORIOS CONSERVADOS SIN AGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS.
ABDOMEN	NORMAL	BLANDO Y DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, RUIDOS INTESTINALES PRESENTES
EXTREMIDADES	NORMAL	EUTROFICAS ADECUADA PERFUSION DISTAL, LLENADO CAPILAR DE 2 SEGUNDOS, SIN EDEMA, PULSOS DISTALES PALPABLES,
GENITOURINARIO	NORMAL	SIN ALTERACIONES ESTRUCTURALES, GENITALES EXTERNOS NORMOCONFIRUGADOS
PIEL Y FANERAS	NORMAL	SIN ALTERACIONES
NEUROLOGICO	NORMAL	SIN DEFICIT SENSITIVO- MOTOR, GLASGOW 15/15,
ESTADO GENERAL	NORMAL	ACEPTABLES - CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, HIDRATADO
EXAMEN MENTAL	NORMAL	Conciencia: alerta, con orientación en sus tres esferas. Porte y actitud: adecuados. Psicomotricidad y conducta: normales. Atención: euproséxica. Lenguaje: sin alteraciones. Afectividad: eutímica. Pensamiento: lógico y coherente. Memoria: conservada.

- **REVISIÓN POR SISTEMA**

Cabeza y cuello	NIEGA
Cardio Pulmonar	NIEGA
Abdomen	NIEGA

Extremidades	NIEGA
Genitourinario	NIEGA
Piel y Faneras	NIEGA
Neurologico	NIEGA
Estado General	NIEGA
Examen Mental	NIEGA

ANALISIS DE INGRESO

FECHA	DESCRIPCION
23/10/2025	PACIENTE CON CUADRO CLINICO YA DESCRITO, QUE ACTUALMENTE NO RESPONDE A MANEJO ANALGESICO, ADICIONALMENTE AFECTANDO LA REALIZACION DE ACTIVIDADES DIARIAS, MOTIVO POR EL CUAL CONSIDERO REQUIERE MANEJO Y VALORACION POR LO QUE SE ORDENA MANEJO INTRAHOSPITALARIO, TOMA DE AYUDAS DIAGNOSTICAS, PARA DEFINIR CONDUCTA ADECUADA

- **APOYOS DIAGNOSTICOS**

- **DIAGNOSTICOS DE INGRESO**

CODIGO	DIAGNOSTICO	TIPO DIAGNOSTICO	PRIMARIO
R104	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	IMPRESION DIAGNOSTICA	P

DATOS DE LA EVOLUCION

- **DATOS DE LA EVOLUCION**

FECHA EVOLUCIÓN: 2025-10-23 03:50 PM
--HALLAZGO SUBJETIVO RESPUESTA IC CX PEDIATRICA
PADRE EDISON TRUJILLO

PADRE REFIERE HERNIA UMBILICAL

ANTECEDENTES NIEGA
--HALLAZGO OBJETIVO: USO ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
ABDOMEN DEFECTO FASCIA UMBILICAL 5MM
--ANÁLISIS (JUSTIFICACIÓN): PACIENTE CON HERNIA UMBILICAL EN QUIEN SE DECIDE REALIZAR CORRECCION CX, SE DAN ORDENES, SE EXPLICA AL PADRE
--PLAN (DESCRIPCIÓN): HERNIORRFIA UMBILICAL

FECHA EVOLUCIÓN: 2025-10-25 12:44 PM
--HALLAZGO SUBJETIVO * SE ABRE FOLIO PARA SOLICITAR MEDICAMENTOS PREQUIRÚRGICOS*****

--HALLAZGO OBJETIVO: * SE ABRE FOLIO PARA SOLICITAR MEDICAMENTOS PREQUIRÚRGICOS*****

--ANÁLISIS (JUSTIFICACIÓN): PACIENTE PEDIATRICO DE 4 AÑOS CON INDICACION DE SER LLEVADO A PROCEDIMIENTO QUIRURGICO, SE INDICA PROFILAXIS ANTIBIOTICA LA CUAL ESTA INCLUIDA EN EL PROTOCOLO INSTITUCIONAL, SE EXPLICA A FAMILIAR QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR CONDUCTA A SEGUIR.

--PLAN (DESCRIPCIÓN): -CEFAZOLINA VIAL 1 GR, ADMINISTRAR 30 MG/KG **AHORA**
PROTOCOLO INSTITUCIONAL

FECHA EVOLUCIÓN: 2025-10-25 02:48 PM
--HALLAZGO SUBJETIVO NOTA OPERATORIA
HERNIORRAFIA UMBILICAL
--HALLAZGO OBJETIVO: USO ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

--ANÁLISIS (JUSTIFICACIÓN): EGRESO POSTERIOR A RECUPERACION ANESTESICA
--PLAN (DESCRIPCIÓN): 1. EGRESO
2. RECOMENDACIONES MEDICAS
3. SIGNOS DE ALARMA
4. ACETAMINOFEN
5. CITA CONTROL
6. INCAPACIDAD

- **MEDICAMENTOS**

DATOS DEL EGRESO

- **PLAN DE SEGUIMIENTO**

1. EGRESO 2. RECOMENDACIONES MEDICAS 3. SIGNOS DE ALARMA 4. ACETAMINOFEN 5. CITA CONTROL 6. INCAPACIDAD

- **CAUSA DE SALIDA**

TIPO CAUSA : ORDEN MEDICA
REMITIDO A : NULL

PROFESIONAL : JERHY FERNANDO ANDRADE SABOGAL
CC - 86074119 - T.P 86074119
ESPECIALIDAD - CIRUGIA PEDIATRICA

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Janer Alexander T. UNIDAD DE ATENCIÓN: Jardin - 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)
Jueves 11-09-2025	Siendo las 8:00am del presente dia la madre del usuario Janer Trujillo, me informo que su hijo solo asistira el dia de hoy hasta las 9:20am por motivo que tiene cita odontologica y cita medica hora: 10:00am - y 10:30am	Siendo las 9:18am se presento al CDI la señora Lucy Castro, madre del usuario para llevar a su hijo a las citas medicas. A. Educativo le recomienda traer historia Clinica para anexarla a la novedad. El dia viernes - 12-09-2025 el niño asistio normalmente. madre hace entrego de la historia Clinica, se la anexa a la novedad del niño	A. Educativo	Lucy Castro.

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	El dia jueves-11-09-2025- Se le recordo a la madre que el niño tiene su proxima cita de higiene oral para el dia miercoles 17-09-2025 Agendar la cita. El dia lunes- 15-09-2025- La madre manifiesta que su hijo Janer Trujillo tiene la cita de higiene oral Para el dia miercoles 17-09-2025 hora: 3:30pm A. Educativo

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Janer Alexander Trujillo **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Jardin 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 1-Dic/25	Siendo las 10:20am del presente dia el niño Janer Trujillo presento dolor abdominal. Se le da a conocer a la coordinadora Edith. Se procede a llamar a la madre y se da a conocer la novedad.	Siendo las 10:40 am, la madre del niño se presento en el C.D.I para llevarlo, se le recomienda si el dolor persiste Ingresarlo por el area de urgencias. • El dia martes- 2-Dic/2025 el niño janer ASISTIO normalmente al C.D.I sin ninguna novedad se procede a realizar el cierre de la novedad	P. Educativo	Lucy Castro