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: 8 | 9 | 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.T 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: 1.122.343671

Fecha nacimiento: 18 | 2 | 2021

Nombres: Alan Calixto

Apellidos: Solarte-Yela

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 neg ( ) 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: Rural

Barrio:

Vereda: Agua clara.

Sector:

Dirección: vive por la placa huella de la vereda.

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: 69.028.658

Nombres: Nuvia-Marina

Apellidos: Yela-Ayala

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 17 | 8 | 1979

Correo electrónico: nuviayela31@gmail.com

Número de celular: 3147734853

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: Nubia Yela

Nombre y Firma del profesional que diligencia: OLGA RENDON

Observaciones:

Fundación
Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:

Alan Calixto Solarte Ycla

N° DOCUMENTO: 1122343671 TIPO DOCUMENTO: RC X CC ___ OTRO ___

FECHA DE NACIMIENTO: 18/02/2021 EDAD: 4 años - 1 mes

LUGAR DE NACIMIENTO: Pasto (Nariño)

NOMBRE DE LA UDS: C.D.I Fronteras de Paz

CODIGO UDS: 867571126972 BARRIO/VEREDA: Bl 7 de Agosto

FECHA DE INGRESO: 8-09-2025 FECHA DE RETIRO: _____

SISBEN: Bs (PM) EPS: Nueva EPS 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: Nuvia Marina Ycla Ayala

N° CÉDULA: 69.028.658 LUGAR DE EXPEDICIÓN: Puerto ASIS

NOMBRE DEL PADRE: Homero Emilio Solarte

N° CÉDULA: 77.445.863 LUGAR DE EXPEDICIÓN: San Migud

N° DE CELULAR: 311321 5473

NOMBRE DEL ACUDIENTE: Nuvia Maina Ycla Ayala

N° CÉDULA: 69028658 LUGAR DE EXPEDICIÓN: Puerto ASIS

DIRECCIÓN VIVIENDA: Vl Agua Clara ZONA POBLACIONAL: (R)X (U)___

NUMERO DE CELULAR 3147734853

Nubia Ycla
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

OLGA RENDÓN
NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO

3

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.122.343.671

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 61318418

61318418

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

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

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

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

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
SOLARTE	YELA

Nombre(s)

ALAN CALIXTO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2021 Mes FEB Día 18	MASCULINO	A	POSITIVO

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

COLOMBIA NARIÑO PASTO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	164076136

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

Apellidos y nombres completos

YELA AYALA NUVIA MARINA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 69.028.658	COLOMBIA

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

Apellidos y nombres completos

SOLARTE HOMERO EMIRO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 97.445.863	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

SOLARTE HOMERO EMIRO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 97.445.863	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2021 Mes MAR Día 26	ROY EDISON CALLE QUIRAMA - REGIST Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

dispapeles 7x11

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

ESTA REPRODUCCION FOTOMECÁNICA ES FIEL COPIA DE LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURIA

San Miguel (La Dorada) - Putumayo, 20 de septiembre de 2022
VALIDO PARA TRAMITES LEGALES Y CIVILES.

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
Adhesivo Copia Registro Civil
30519354-2

ROY EDISON CALLE QUIRAMA
Registrador Municipal del Estado Civil

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **69.028.658**

YELA AYALA

APELLIDOS

NUVIA MARINA

NOMBRES

Nubia Yela

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-AGO-1979**

PUERTO ASIS
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

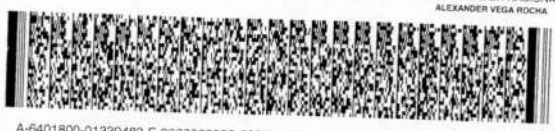
1.48 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

25-MAR-1998 PUERTO ASIS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



A-6401800-01330489-F-0069028658-20221122 **00909**31892A 2 56938433

5

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **97.445.863**
SOLARTE

APELLIDOS
HOMERO EMIRO

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-FEB-1979**
SAMANIEGO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO

27-ENE-1998 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-6401800-00323585-M-0097445863-20110817 0027767546A 1 25662512

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta:	26/03/2025
Ficha:	86757041478700000003

B5

GRUPO SISBÉN IV

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: ALAN CALIXTO

Apellidos: SOLARTE YELA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122343671

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:	23/05/2023
Última actualización ciudadana:	23/05/2023
Última actualización vía registros administrativos:	

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

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

Contacto Oficina SISBEN

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

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	1122343671
NOMBRES	ALAN CALIXTO
APELLIDOS	SOLARTE YELA
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	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/10/2024	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/11/2025 14:52:34	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

8

nueva eps

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) ALAN CALIXTO SOLARTE YELA identificado(a) con RC 1122343671 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 01/10/2024

Estado de la Afiliación: **Vigente**

IPS: **SUBSIDIADO-E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA**

Categoría: **SISBEN_1**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 13 días del mes 4 del año 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS. NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

orada, Municipio San Miguel
' El Paraíso, Cra 7a No 1-36 | Tel. (098) 4210534 - Telefax 4210533
E-mail: hfronterizop@yahoo.es

Salud con Calidad!

CARNET DE CONTROL

Niño y Niña SANOS



Mis Datos

Nombres: AIAN CALEXTO

Apellidos: SUAREZ YEIA

Fecha de Nacimiento: 18 (DIA) | 02 (MES) | 2021 (AÑO)

Historia Clínica: 112234367

Barrio/Vereda: V| AGUA CLARA

Responsable del Niño: NURIA YEIA

Teléfono: 3147739853

EPS: 118

CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIO	
				SI	NO
20	MAYO	2021	ENFGR.	SiV	
28	junio	2021	Medico	✓	
28	agosto	2021	Enf	Si ✓	
24	Oct.	2021	(M D Enf.	Si	25-11-21
18	Febrero	2022	Medico	✓	
19	septiembre	2022	e-f.		
20-	Febrero	2023	Medico.	✓	
18	Agosto	2023	Enfermeo	✓	
18	febrero	2024	Medico	✓	
19	feb	2025	Enf	Si	Plapz
19	feb	2026	Md.		

PRÁCTICAS CLAVES PARA EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO MENTAL

Practicas claves No. 1

Lactancia Materna exclusiva durante, los 6 meses.



Practicas claves No. 2

A partir de los 6 meses de edad, dele al niño alimentos recién preparados, de alto contenido nutricional y energético, continuando al mismo tiempo con la lactancia materna hasta los 2 años o más.

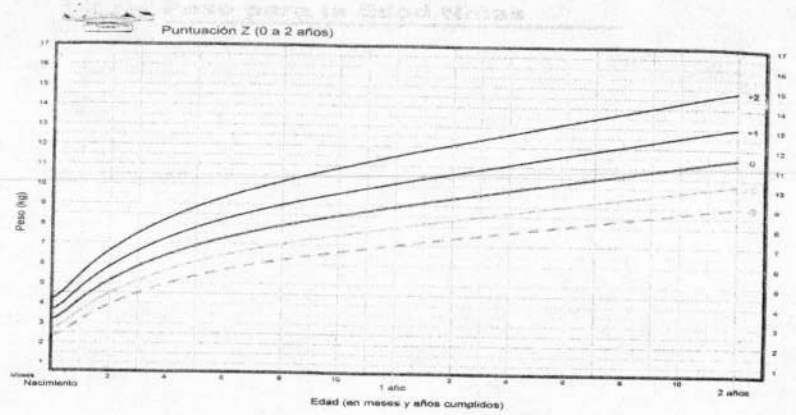
Practicas claves No. 3

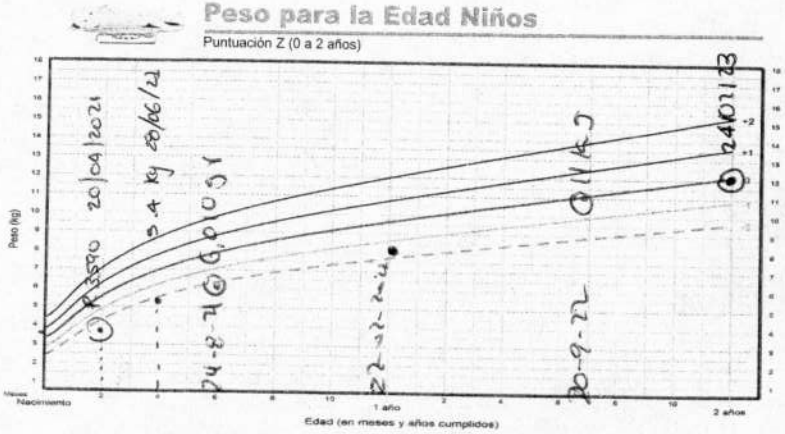
Proporcione a los niños y niñas cantidades suficientes de micro nutrientes (Vitaminas A, Hierro y Zinc en particular) en la alimentación o mediante suministros de suplementos.



Practicas claves No. 4

Promueva el desarrollo mental y social de niño, respondiendo a su necesidad de atención y procure estipularlo mediante conversación y juegos.





72

PRÁCTICAS CLAVES PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES

Practicas claves No. 5

Lleve a los niños y niñas en las fechas citadas a que reciban el esquema completo de vacunas antes de cumplir un año.



Practicas claves No. 6

Elimine la materia fecal de toda la familia de manera segura y lave las manos con agua y jabón después de la defecación y antes de preparar alimentos y dar de comer a los hijos.

Practicas claves No. 7

Proteja a los niños y niñas del dengue y la malaria asegurandose de que duerman con toldillo.

Practicas claves No. 8

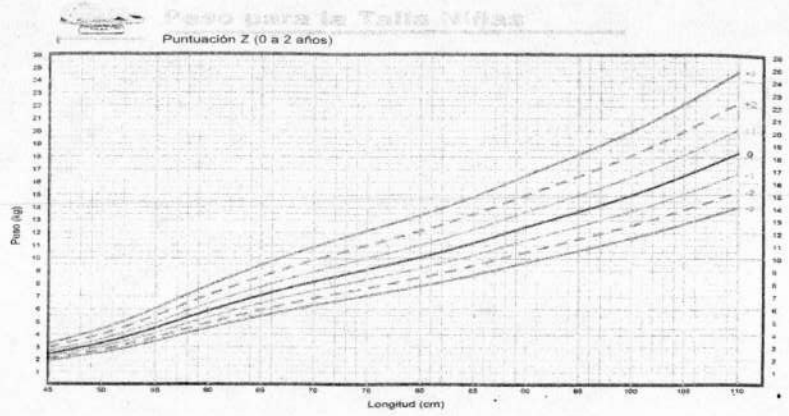
Adopte y mantenga los hábitos apropiados para la prevención y atención de las personas infectadas por el VIH SIDA.

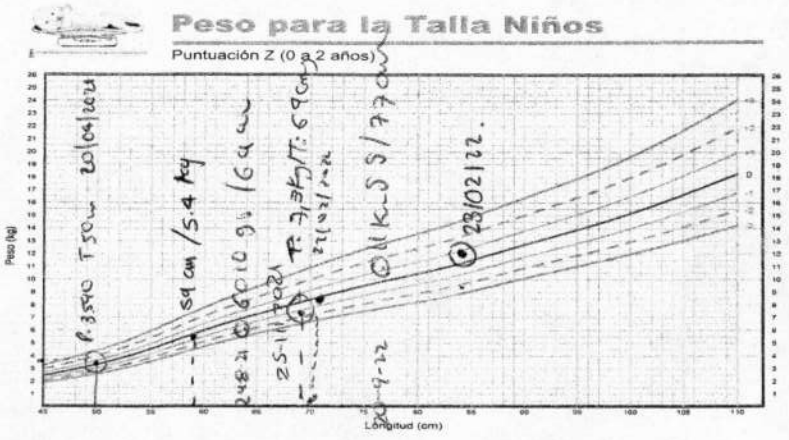
Practicas claves No. 9

Mantenga una Adecuada Higiene Oral, a través de una limpieza adecuada de las encias y un correcto cepillo.

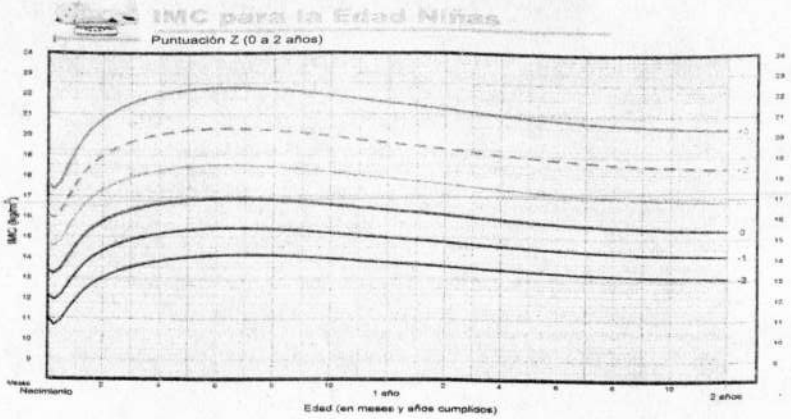
Practicas claves No. 10

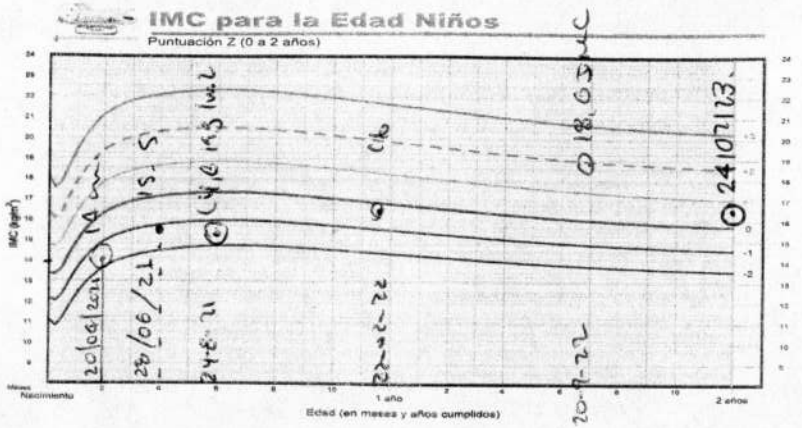
Proteja a los niños y niñas que tienen contacto con personas enfermas de tuberculosis que viven con ellos o visitan frecuentemente.





13





Un hijo sano y feliz

Digale muchas veces al día cuanto lo ama, acaricielo.

Acepte que puede equivocarse y fallar.

Pase tiempo con sus niños.

Escuche, sus razones y motivos son importantes.

Digale lo orgullosa que se siente de el.

No existe ninguna razón para maltratarlo, los golpes no educan, solo generan miedo.

Cuando un hijo comete una falta, expliquele por que estuvo mal lo que hizo.

No importa si no habla desde muy temprana edad ellos entienden las razones e interpretan las expresiones.

Escuche los motivos del niño o niña antes de reprenderlo. Antes de castigarlo respire y cuente hasta 10 y piense un momento cual será la forma mas adecuada de corregirlo.

No lo castigue con rabia pues lo puede maltratar.

Motivalo a intentar las cosas de nuevo. Téngase Paciencia.



"Si usted fue maltratado en la infancia, esto no significa que usted lo repita con sus hijos"

Pautas de Crianza

No menosprecie a su hijo, ni lo amenace y jamas lo reprenda por lo que pasó hace mucho tiempo.

LOS PRIMEROS 5 AÑOS DE VIDA SON FUNDAMENTALES PARA EL DESARROLLO Y FORMACIÓN DE LOS VALORES DE SU HIJO.

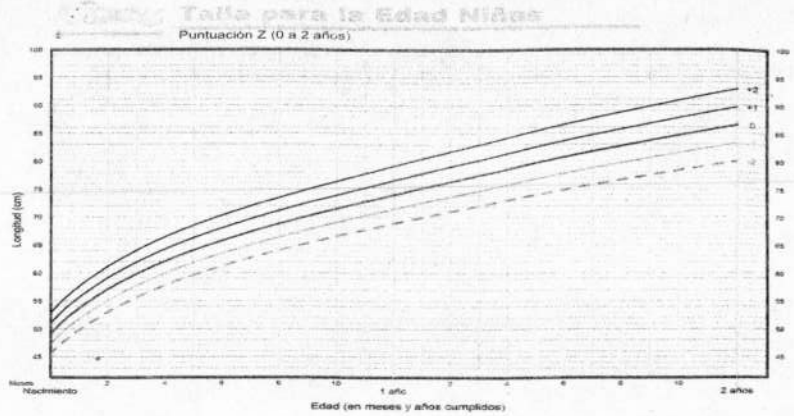


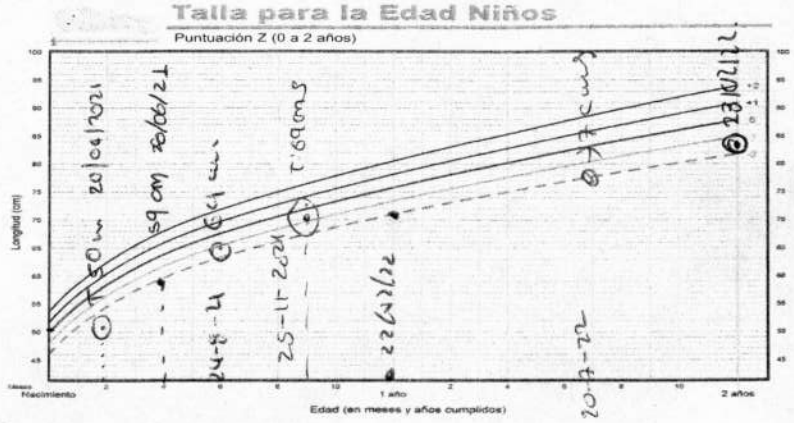
PRÁCTICAS CLAVES PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES

"Asegurese de que el mundo que su hijo está explorando sea seguro"

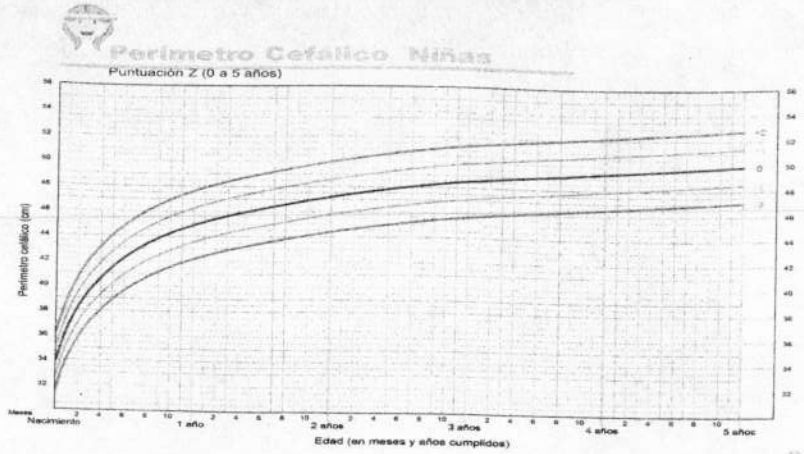
- Nunca deje a su hijo solo.
- Manténgalo alejado de la cocina, baño y la zona de oficios varios.
- Mantenga fuera del alcance de los niños, objetos pequeños como monedas, botones, pitos, canicas, ruedas y juguetes pequeños, puede llevárselos a la boca y ahogarse.
- Cubra con protectores los enchufes eléctricos.
- Los ventiladores no deben estar al alcance de niños.
- Siempre desagüe el agua del lavamos o la bañera.
- Mantenga los utensilios y liquidos de limpieza fuera de su alcance.
- Mantenga las medicinas en sitios altos y bajo llave.
- Lleve a su hijo en el asiento trasero del automóvil con cinturón.
- Evite montarlos en moto.
- Evite que los niños jueguen cerca de la estufa y la plancha.
- Tenga una casa segura, retire las cosas que sean peligrosas, objetos corto punzantes o de vidrio que puedan romperse.
- Tenga siempre las llaves de las puertas disponibles.
- Asegurese que las ventanas tengan protección.
- Evite poner sillas cerca de las ventanas.

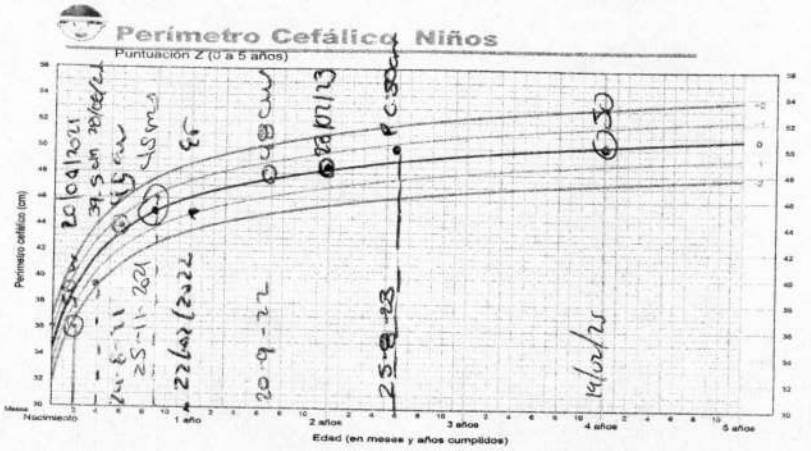
Nunca deje a la niña o niño solo en la piscina. Evite el uso de caminador, es causa de muchos accidentes graves.





15





PRÁCTICAS CLAVES PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES

Practicas claves No. 11

Cuando el niño o niña se enfermen continúen alimentandolo y dando líquidos especialmente leche materna.



Practicas claves No. 12

Administre a las niñas y niños enfermos el tratamiento casero apropiado.

Practicas claves No. 13

Evite el descuido y el maltrato a los menores y tome medidas adecuadas cuando ocurra.



Practicas claves No. 14

Los hombres deben participar activamente en el cuido de sus hijos y en los asuntos relacionados con la salud reproductiva de la familia.

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

CARNET RIAS **PRIMERA INFANCIA**

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



Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

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

Nombres y Apellidos: Alan Calixto Solarte Yela
Doc. de Identidad: 1122343671
EPS: Nueva EPS
Teléfono: 3147734853
Domicilio: Vl Aqua Clara

		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												19-2-2025	
		Atención en salud por Odontología												próxima cita 12 Febrero 2027	
		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)													
	V	Vacunación													

Lizeth Jiménez Trujillo
Enfermera Profesional
Reg. 22083
Universidad de Caldas

Agudeza visual 20/20 Normal 19-2-2025

Carné de salud infantil

Datos del Niño o de la Niña

1° Apellido: Solarte
2° Apellido: Vela.
Nombre: Alan Calixto
Fecha de Nacimiento: Día: 18 Mes: 02 Año: 2021
Sexo: F ___ M X I ___
Grupo Sanguíneo: A Rh: +
Lugar de nacimiento: clínica Fatima
Municipio: Pasto Departamento: Nariño
EPS: Emssanar 16407613-6
No. de Afiliación: ___
No. de Registro Civil: ___

En caso de urgencia favor avisar a:

Nombre: ___
Domicilio: ___
___
Municipio: ___ Departamento: ___
Teléfonos: ___
Otros domicilios: ___
___
___

Carné de Vacunación

	Vacunas	Fecha	Lote Numero	Laboratorio	IPS	Próxima Cita	Vacunador	Observaciones
R.N.	Hepatitis B	19-02-21	0320000213	Serum	clinica	18-04-21	Daniela	
	BCG	23-03-21	0379G165	Serum	Fatima	—	Figueroa	
2 MESES	Difteria Tetanos Tos Ferina	20-04-2021	Serum	20504521	HFLD	20-jun-21	Ana Acosta	Normalizar
	Hepatitis B							
	H. Influenza B							
	Polio	20-04-21	Seru	2017004				
	Rotavirus	20-04-21	GSK	ARLC762	HFLD			
	Neumococo	20-04-21	GSK	1500	HFLD			
4 MESES	Difteria Tetanos Tos Ferina	24-06-21	Serum	20504213	HFLD	24-08-2021	Dennis Narvaez	
	Hepatitis B	24-06-21						
	H.Influenza B	24-06-21	Serum				Dennis Narvaez	
	Polio	24-06-21	Serum	1800 Poj 2				
	Rotavirus	24-06-21	GSK	ARCL784AA	HFLD		Dennis Narvaez	
	Neumococo	24-06-21	GSK	4SPNB288AB				
6 MESES	Difteria Tetanos Tos Ferina	26-AGO-2021	Serum	20504213	HFLD			
	Hepatitis B	26-AGO-2021	Serum				— — Facadola	
	H. Influenza B	— —						
	Polio	26-08-2021	Seru	20017004			Anca	
6 A 23 MESES	Influenza Estacional 1 dosis	26-08-2021	Seru	20017004				
	Influenza Estacional 2 dosis	26-11-21	Sanofi	V3C131			Paola C.	
	Influenza Estacional Ref.	23-5-22	Gsk	U3R226		26 SEP 2021	Paola	
12 MESES	Sarampión Rubéola Parotiditis	29/3/22	03CN13B	Serum	HFLD			
	Neumococo Refuerzo	29/3/22	ASPNB288A	GSK	HFLD		Carmen Martinez TEC. EN ENFERMERIA C.C. 1006739272	
	Hepatitis A	29-3-22	U619228	MSD				
	Varicela	29-3-22	U006772	MERCK				
18 MESES	Difteria Tetanos Tos Ferina	23-8-22	2B21401218		HFLD		Paola	
	Polio	23-5-22	21210C9A		HFLD		Paola	
	Fiebre Amarilla	29-3-22	T3624	SANOFI	HFLD		Carmen - M	
5 AÑOS	Difteria Tetanos Tos Ferina							
	Polio						CITA: 5 AÑOS CUMPLIDO KAREN A	
	Sarampión Rubéola Parotiditis Varicela	25-08-23	0132N048B	Serum	HFLD			
OTRAS	SR	RF. 06-05-22		HFLD	0121N053		Paola	

RV
28

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 dorada FECHA: DÍA 23 MES 04 AÑO 25 HORA:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES alan calixto APELLIDOS solarte yela

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1122343671

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 18 MES: 02 AÑO: 21 / EDAD: 4 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Nueva eps

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). 3147734853
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar No accede a la vacuna 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: Nubia Yela

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 _____

Huella dactilar o plantar del Rogante

Firma del Rogado

C.C. N° _____

C.C. N° _____

Nombres y apellidos del vacunador: Eduard Ipial

Firma

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

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): Hrio

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

- Cepillate los dientes despues de cada comida
- mantenga una dieta balanceada baja en azucares y carbohidratos
- Cambia tu cepillo de dientes cada 2 meses si tiene gripa o tos, cambialo inmediatamente

Tu sonrisa refleja lo que tu eres

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

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

MI CARNET DE HIGIENE ORAL

E.P.S. Emssanar
Nombres: Alan Calixto
Apellidos: Solarte Yela

Sexo: M F Fecha de Nacimiento: 18 02 21
Identificación: RC 1122343671
Dirección: N.H.C.

Servimos con amor

FECHA	PROCEDIMIENTO CP	S	F	D	PRÓXIMA CITA
23-08-22	X		X	23 febrero-23	
02-03-23	X		X	02-09-23	
06-09-23	X		X	OSMarzo-24	
05-03-24	X		X	05-Sep-24	
18-09-24	X		X	18-03-25	
20-03-25	X		X	20-Sep-25	
22-09-25	X		A	22-Marzo-26	

Valentina Gutierrez Torrijo
Odontólogo
T.P. 1004358496

Liliana Maribel Córdoba
HIGIENISTA ORAL
Acs 00493 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 Alan Calixto Solarte Yela, identificado (a) con documento de identidad número 1.122.343.671, 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, Nubia Marina Yela Ayala, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 69.028.658, 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 Almo 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: Nubia Yela
Nombre: Nubia Marina Yela Ayala.
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3147734853.
Fecha: 8-09-2025
Municipio: San Miguel

¡Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

CLASIFICADA

PACTO DE CONVIVENCIA MODALIDAD INSTITUCIONAL

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

DERECHOS Y DEBERES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

DERECHOS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

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

DEBERES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

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

DERECHOS Y DEBERES DE LOS PADRES DE FAMILIA

DERECHOS DE LOS PADRES DE FAMILIA

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

DEBERES DE LOS PADRES DE FAMILIA

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

(telefónico, mensajería y/o escrito).

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

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

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

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

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

EDITH ISABEL MENESES
Coordinadora pedagógica

MARGARITA MOSQUERA
Apoyo psicosocial

Nubia Yela
Firma del Padre de Familia y/o acudiente

OLGA RENDON
Agente educativa

Huella del niño/niña

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 39166-1	Pago oportuno hasta:	22/06/2025	Mes Facturado
Factura Nro	2037147659	Suspensión a partir de:	23/06/2025	MAYO 2025

1.Información Genera

Nombre:	CARMEN FIDALFIA SOLARTE SALAZAR	Último pago	$ 132,910
Dirección:	VDA AGUA BLANCA	Tuve servicio de energía entre:	04-ABR-2025 - 12-MAY-2025 (38)

Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Área	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Código Tarifa	División Geopolítica
SM3	S302	39	1	RESIDENCIAL	RURAL	1	1.5	AEREA	EMPRESA	105	SAN MIGUEL - VEREDA AGUA BLANCA

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	26/05/25	26-MAY-25	PAGO EN EFECTIVO	CONTADO	EEBP - 258136

2.Información Consumo Energía

Componentes de Costo (CU)*: Generación 408.27 + Transmisión 62.2 + Distribución 269.61 + Comercialización 126.87 + Pérdidas 59.16 + Restricción 43.58 = CU 969.7 ($/KwH)

2A.Información Medidor

Marca	Serial	Factor Múltiplo
HIK	17416873	1

2B.Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	6616	6548
Reactiva:		

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

2C.Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	68
Consumo Reactiva KVarh:	0
Costo del consumo $	65939.6
Tarifa (hasta 173 Kwh):	444.51
Subsidio: % 54.16 $	-35711.57
Contribución: % 0 $	0
Sub Total $	30228.03

Meses en deuda: 1 — % Tasa Interés Moratorio: 0.5

2D.Consumo Últimos 6 Meses

	Mes	Activa	Reactiva
2024	NOVIEMBRE	57	0
2024	DICIEMBRE	42	0
2025	ENERO	65	0
2025	FEBRERO	49	0
2025	MARZO	27	0
2025	ABRIL	68	0
	PROMEDIO	51	0

2E.Información Calidad del Servicio

Tel. O.R EEBP: 01 8000 942415
Transformador: SAB175 Grupo: 32
DIUG: 95.56 FIUG: 36 Circuito: C14
Cargo D: 265.8314 Dscto %t:20
CEC: 68.56
DIU: 152.16 FIU: 107
HC: 0 VC: 5
Valor a Compensar: 3645.01

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	65,939.60	.00	.00	65,939.60
SUBSIDIO	-35,711.57	.00	.00	-35,711.57
AJUSTE A SUBSIDIO	2,223.21	.00	.00	2,223.21
COMPENSACION RES.CREG_015/2018	-3,645.01	.00	.00	-3,645.01
AJUSTE A LA DECENA	1.77	.00	.00	1.77

5.Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP

28,808

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	5,262	0	5,262

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
28,808	5,262	6,000	0	$ 40,070

FE: b4b2baa9617d7ab7f437061656354e6bb4b0902b72b27567027ddb767656aa68a6d7959f38380b5e7e4a62ef3d3a01e0

(415)7709998005532(8020)1000203714765988(3900)0000040070(96)20250623

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

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad San Miguel (La Dora)

Nombre completo de la niña o niño Alan Calixto Solarte Tela

Fecha de nacimiento Día 18 Mes 02 Año 2021 **N° Documento de Identidad** 1.122.343.671

Sexo Masculino ● Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** Día 8 Mes 09 Año 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador OLGA MILENA BENDOÑO

Fecha de registro cualitativo Día 8 Mes 12 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

Alan Solarte es un niño Alegre, extrovertido, le agrada participar en la actividades pedagogicas, cada vez es mas independiente en sus Rutinas de cuidado y aseo personal. sus dibujos son rudimentarios. Su C. verbal es acorde para su rango de edad

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de registro cualitativo Día Mes Año

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

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

Observaciones generales

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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

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

Observaciones generales

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

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

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

SECRETARIA DE EDUCACIÓN DE PUTUMAYO
Macro proceso: O Gestión de la Cobertura Educativa

FORMATO DE INSCRIPCIÓN

Código: C03.0
Versión: 1.0

Fecha: 30-10-2025 | No. De inscripción: | Grado al que se inscribe: 0 | Municipio: _____ | E. Educativo IETCD

DATOS DEL ESTUDIANTE

APELLIDOS: Jobsde yela | NOMBRES: Alan Calixto

LUGAR DE NACIMIENTO: Pasto | FECHA DE NACIMIENTO: DÍA 18 MES 2 AÑO 2021

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

No. Documento 1122343671 | EXPEDIDA EN Dorada putumayo

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

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

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

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

NOMBRES _____

GRADO _____

GRADO _____

NOMBRE DE LA EPS A LA CUAL ESTÁ AFILIADO Nueva Eps

DISCAPACIDADES: AUDITIVA ___ VISUAL ___ MOTORA ___ COGNITIVA ___ AUTI

CUAL _____ TIPO DE SANGRE: A+ (Si presenta alguna discapacidad

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

A QUE RESGUARDO PERTENECE? _____

VICTIMA DEL CONFLICTO? SI ___ NO X FECHA DE EXPULSIÓN _____

DPTO EXPULSIÓN _____ MUNICIPIO DE EXPULSIÓN _____

NIVEL SISBEN B5 ESTRATO 1 ¿PERTENECE A FAMILIAS EN ACCIÓN? SI_

¿HIJO VETERANO FUERZA PÚBLICA? SI ___ NO X

¿BENEFICIARIOS HÉROES DE LA NACIÓN? SI ___ NO X

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

DATOS FAMILIARES

NOMBRE DEL PADRE O ACUDIENTE: Nubia yela | C.C. No: _____ DE _____ OCUPACIÓN _____

NOMBRE DE LA MADRE O ACUDIENTE: Nubia Marina yela | C.C. No: 69028658 DE _____ OCUPACIÓN _____

DIRECCIÓN RESIDENCIA: _____ BARRIO: _____ VEREDA agua clara ZONA URBANA _____ RURAL _____

TELÉFONO CASA 3147734855 TELÉFONO CELULAR PADRE: 3113215475 TELÉFONO CELULAR MADRE _____ 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

Nubia yela
FIRMA DEL PADRE DE FAMILIA O ACUDIENTE

OK INSCRITO SIMAT.

Se tendrá en cuenta los formularios que tengan la información y documentació

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Alan Calixto Solarte UNIDAD DE ATENCIÓN: Jardin 1. AGENTE EDUCATIVO: Milena R.

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 1. Sept/ 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 4-NOV/25	El dia lunes- 3-Nov/2025 la señora Nuvia Vela madre del usuario Alan Solarte informo que su hijo no asistira el dia de Martes- 4-Nov/2025 por motivo que se encuentra en la ciudad de Pasto (N) en cita medica con especialista cirujano pediatrico	Se le recomienda a la madre Presentar los soportes Clinico Para justificar la inasistencia del niño. El dia miercoles 5-11-2025 el niño Alan Solarte asistio normalmente sin ninguno novedad, madre manifesta que en horas de la tarde realizara la entrega de las Fotocopias de la historia Clinica. Se procede a realizar el cierre de la novedad.	A. Educativo.	Nubia Vela

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Alan Calixto Solarte Gelu UNIDAD DE ATENCIÓN: Jardin 1 AGENTE EDUCATIVO: Olga Milena Redón

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: _____

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)
27/10/2025	Durante el llamado a lista de la RAM, El menor de edad no asiste el dia de hoy, ni tampoco a mandado permiso para saber el motivo de la inasistencia	se procede a llamar a la madre ud bu llamada de voz a las 9:32am en 3 ocasiones y no contesta a las llamadas, se procede a dejar un mensaje al whatApp para conocer el motivo de la Inasistencia a la espera de una pronta respuesta	Estefany Blandon Linares	Nubia Yela

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
27/10/2025	Despues de haber dejado el mensaje de texto en el WhatsApp para realizarle seguimiento al motivo de la inasistencia y la madre contesta y refiere "que el niño amanecio con fiebre y daño de estomago por eso no lo lleve" se procede a preguntar si lo ha llevado al Hospital para que lo revisen que tiene el niño y le manden tratamiento medico Estefany Blandon Linares

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
JUEVES 2-10-2025	El dia 2-10-2025 A. Educativo se comunico via whatapps con la madre del niño ella manifiesta que llegaron bien del viaje, que el niño esta muy bién. A Educativo.
VIERNES 3-10-25	El dia viernes- 3-10-2025, la madre del niño informo que su hijo se encuentra bien de Salud que el dia domingo viajan para la Dorada (Pryo). A. Educativo
LUNES 6-10-2025	El dia lunes- 6-10-2025 A. Educativo se comunico via whatapps con la madre del niño ella manifiesta que ya se encuentra en el Municipio de San Miguel (La Dorada) el niño se encuentra muy bién de salud. Sin ninguna novedad. Se procede a realizar el cierre de la novedad.

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Alan Calixto Solarte Y. UNIDAD DE ATENCIÓN: Jardin 1. AGENTE EDUCATIVO: Milena Rendon

MUNICIPIO: San Migud FECHA DE INGRESO: 08- septl 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 16-09-2025	• El dia martes- 16-09-2025 Agente educativo le recuerda a la madre del usuario anteriormente mencionado que el niño tiene cita de Cy higiene oral para el dia 20-septl 2025, para que solicite la cita con anticipación	El dio jueves 18-09-2025 el acudiente del niño Alan Calixto informo que le agendaron la cita de higiene oral para el dia Lunes 22-09-2025 Hora: 3:30pm	A. Educativo	
MIERCOLES 1-10-2025	Siendo las 3:00am de la mañana del presente dia la madre del niño se comunico via telefonica informando que se le presento una calamidad familiar y de viajar a la ciudad de popayan y debe llevarse al niño ya que toda su familia viaja. Solicita permiso por los dia 1, 2 y 3 Octubre 2025	Agente Educativo da a conocer la novedad a la coordinadora Edith Meneses • En horas de la tarde A. Educativo intento comunicarse con la madre del niño para conocer como esta pero no fue posible el movil Se encuentra fuera de servicio		Nubia Vela

E.S.E. Hospital Fronterizo LA DORADA NIT. 846002309-9	**RECORDATORIO DE CITA** Alan-	**Código:** GAU-FR-009 **Versión:** 001

PROGRAMA:	Higiene Oral.
FECHA:	22-09-2025
HORA:	3:30 pm
PROFESIONAL:	Liliana.

- 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.

Nuestro deber es brindarte atención, el tuyo SER PUNTUAL...
Mi Prioridad Es Tu Salud

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Alan calixto solarte UNIDAD DE ATENCIÓN: Jardin 1 AGENTE EDUCATIVO: Milena Rendon

MUNICIPIO: San Migue FECHA DE INGRESO: 8-09-2025

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
JUEVES 18-09-25	Siendo las 11:40am del presente dia la madre del usuario Alan Solarte se presento en el C.D.T manifestando llevase al niño por motivo de calamidad Familiar de viajar a la ciudad de pasto. y solicita permiso por el dia viernes 19-sept/2025	Se anexa al respaldo de la novedad el permiso por escrito para justificar su inasistencia. • El dia viernes- siendo las 8:40 am A. Educativo se comunico con la madre para saber como esta el niño ella refiere que su hijo esta muy bién ya se encuentran en la ciudad de pasto. • El dia sabado siendo las 6:00pm la madre informo que ya estan en casa el niño asiste normalmente el dia lunes 22-09-2025 . El dia lunes-22-09-2025, el niño Alan Solarte asistio normalmente sin ninguna novedad. se procede a cerrar la novedad.	A. Educativa	Nubia yela

San Miguel la Dorada - 18 - 09 - 2025

Señora:

Coordinadora:

Edith Meneses

Cordial Saludo:

Muy Respetuosamente me dirijo a usted para Solicitarte permiso para mi hijo Alan Calixto Solarte por el dia Viernes 19-09-2025 por motivo de viaje a la ciudad de pasto (N) por calamidad Familiar

No siendo más le agradezco por su comprensión y colaboración

Atentamente

Nubia Yela

CC. 69028658

Cel: 3147734853

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Alan Calixto Solarte **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Jardín 1. **AGENTE EDUCATIVO:** Milena R.

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 8 - Sept/ 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 8-09-2025	El día lunes-8-9-2025 ingresa al nivel jardín 1. el niño Alan Calixto Solarte yela, por el cupo de la niña luciangely Soto.	, El niño se encuentro al día con sus documento para el día 20-Sept/ 202 tiene cita de higiene oral.	A. Educativo	-Nubia yela

E.S.E. Hospital Fronterizo LA DORADA

ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

Codigo de habilitacion 867570002101 nit: 846002309

Dir:Barrio El Paraiso Tel: 3134821413

HISTORIA CONSULTA EXTERNA.

FOLIO No.	1554858	**No ADMIN:**	1478862	**FECHA ING:**	28/08/2025 11:22:00a. m.
PACIENTE:	SOLARTE YELA ALAN CALIXTO	**E.CIVIL:**	Soltero		
IDENTIFICACION:	RC1122343671	**EDAD:**	4 Años 6 Meses	**TELEFONO:**	3147734853
No HISTORIA:	1122343671	**GENERO:**	Masculino	**MUNICIPIO:**	PASTO N
EMPRESA:	NUEVA EPS	**FEC. NAC:**	18/02/2021 12:00:00a	**DIRECCION:**	VEREDA AGUA CLARA
REGIMEN:	Subsidiado				

CAUSA EXTERNA: Enfermedad General
CLASE DE ATENCION: Atencion de 1ra Vez

DATOS DEL ACOMPAÑANTE

Nombre Padre: EMIRO SOLARTE
Nombre Madre: NUVIA YELA
Acudiente: NUVIA YELA

ENFOQUE DIFERENCIAL

BARRIO:. . . . . ALBANIA ZONA: RURAL DIRECCION: VEREDA AGUA CLARA

NIVEL EDUCATIVO: Basica Primaria	VIC CONFLICTO ARMADO:.No	DESEMPLEADO:. . . . No
ORIENT SEXUAL. . No Refiere	DESPLAZADO:. . . . . .No	CARCELARIO: . . . . No
RELIGION:. . . . Otro	VIC.MALTRATO:. . . . .No	MIGRANTE: . . . . . No
[redacted]TSUMO DE SPA. No	ABANDONO SOCIAL: . . .No	TRABAJADORA SEXUAL: No
[redacted]TACION: . . . No	DESESCOLARIZADO: . . .No	POBLACION LGTBI:. . No

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

MOTIVO DE CONSULTA

NECESITO UN CERTIFICADO MEDICO

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE MASCULINO DE 4 AÑOS, QUIEN CONSULTA EN COMPAÑIA DE LA MADRE (NUVIA YELA), PROCEDENTE VEREDA AGUA CLARA ZONA RURAL, NO ETNIAS, NO DESPLASADO, NUMERO DE CONTACTO 3147734853. QUIEN ASISTE EL DIA A CONSULTA PARA SOLICITAR CERFICADO MEDICO PARA APORTARLO A CDI DONDE SE ENCONTRABA POSTERIOR A POP DE ORQUIDOPEXIA DERECHA Y HERNIA INGUINAL DERECHA DE 02/06/2025, PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES, MADRE REFIERE PERDIDA DE LA CONTINUIDAD DE LA PIEL POR LO QUE EL DIA 06/08/2025 REQUIRIO NUEVAMENTE USO DE SUTURA EN SITIO OPERATORIO CON SUTURA ABSORBIBLE. EN EL MOMENTO ASINTOMATICA CARDIOVASCULAR, NIEGA SINTOMAS RESPIRATORIAS, NIEGA SINTOMAS URINARIOS IRRITATIVOS.

ANTECEDENTES PERSONALES

[redacted]RUPO SANGUINEO: A FACTOR RH: +
[redacted]TA:. . . . . No refiere
OBESIDAD: . . . . No refiere
DIABETES: . . . . No refiere
DISCAPACIDAD: . . No refiere
Consumo de SPA: . No
Enf. Mental:. . . No
Fumador:. . . . . No
Exp. al Humo. . . No
Alcoholismo:. . . No
Aler. Medicamento No refiere
E.Cardiovascular. No refiere
ICC ICT . . . . . No refiere
Angina. . . . . No refiere
IAM . . . . . No refiere
ICR . . . . . No refiere
Enf. Endocrina. . No refiere
Enf. Renal. . . . No refiere
Enf. Vascular . . No refiere
Dislipidemia. . . No refiere
Retinopatia . . . No refiere
Epoc. . . . . No refiere
Asma. . . . . No refiere
Tbc . . . . . No refiere
Traumas . . . . . No refiere
Ca Prostata . . . No refiere

E.S.E. Hospital Fronterizo LA DORADA

ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

Codigo de habilitacion 867570002101 nit: 846002309

Dir:Barrio El Paraiso Tel: 3134821413

HISTORIA CONSULTA EXTERNA.

FOLIO No.	1554858	**No ADMIN:**	1478862	**FECHA ING:**	28/08/2025 11:22:00a. m.
PACIENTE:	SOLARTE YELA ALAN CALIXTO	**E.CIVIL:**	Soltero		
IDENTIFICACION:	RC1122343671	**EDAD:**	4 Años 6 Meses	**TELEFONO:**	3147734853
No HISTORIA:	1122343671	**GENERO:**	Masculino	**MUNICIPIO:**	PASTO N
EMPRESA:	NUEVA EPS	**FEC. NAC:**	18/02/2021 12:00:00a	**DIRECCION:**	VEREDA AGUA CLARA
REGIMEN:	Subsidiado				

Ca Gastrico . . . No refiere
Cardiopatias: . . No refiere
Epilepsia:. . . . No refiere
Osteoporosis: . . No refiere
Hipotiroidismo: . No refiere
Poliposis Adenomatosa: No refiere

PATOLOGICOS: . . . HIDROCELE BILATERAL, HERNIA INGUINAL
TRAUMATICOS: . . . No Refiere
QUIRURGICOS: . . . ORQUIOPEXIA
INMUNOLOGICOS: . . No Refiere
ALERGICOS: . . . . No Refiere
FARMACOLOGICOS:. . No Refiere
TOXICOS: . . . . . NO REFIERE
NUTRICIONALES: . . NO REFIERE
VACUNACION:. . . . NO REFIERE
VISUALES:. . . . . NO REFIERE
AUDITIVOS. . . . . NO REFIERE
VIH: .. . . . . NO REFIERE
TRANSFUSIONALES:. . . . . NO REFIERE
PSICOLOGICOS: . . . . . NO REFIERE
HOSPITALIZACIONES:. . . NO REFIERE
OTROS ANTECEDENTES: . . No Refiere
OBSERVACIONES:. . . . . No Refiere

ANTECEDENTES FAMILIARES

GENERALES:. . . No Refiere
PATOLOGICOS:. . No Refiere
TOXICOS:. . . . No Refiere
FARMACOLOGICOS: No Refiere
ALERGICOS:. . . No Refiere
OBSTETRICOS:. . NO REFIERE
GINECOLOGICOS:. NO REFIERE
CANCER: . . . . . NO REFIERE

REVISION POR SISTEMA

GENERAL:	BUEN ESTADO
CABEZA:	NORMAL
OJOS:	NORMAL
NARIZ:	NORMAL
OIDOS:	NORMAL
OROFAFINGE:	NORMAL
CUELLO:	NORMAL
ORDANO DE LOS SENTIDOS	
RESPIRATORIO:	NORMAL
NEUROLOGICO:	NORMAL
ENDOCRINO:	NORMAL
MUSCULO(ESQUELETICO:	NORMAL
HEMATOPOYETICO:	NORMAL
LINFORRETICULAR:	NORMAL
PSIQUIATRICOS:	NORMAL
PIEL Y FANERAS:	NORMAL
ARTICULAR:	NORMAL
CARDIOVASCULAR:	NORMAL

E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA

ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

Codigo de habilitacion 867570002101 nit: 846002309

Dir:Barrio El Paraiso Tel: 3134821413

HISTORIA CONSULTA EXTERNA.

FOLIO No. 1554858
PACIENTE: SOLARTE YELA ALAN CALIXTO
IDENTIFICACION: RC1122343671
No HISTORIA: 1122343671
EMPRESA: NUEVA EPS
REGIMEN: Subsidiado

No ADMIN: 1478862
E.CIVIL: Soltero
EDAD: 4 Años 6 Meses
GENERO: Masculino
FEC. NAC: 18/02/2021 12:00:00a

FECHA ING: 28/08/2025 11:22:00a. m.
TELEFONO: 3147734853
MUNICIPIO: PASTO N
DIRECCION: VEREDA AGUA CLARA

GASTRO - INTESTINAL:	NORMAL
GINECOLOGICO:	NORMAL
UROLOGICO:	NORMAL

SIGNOS VITALES

Frecuencia Cardiaca:	90
Frecuencia Respiratoria:	20
Temperatura:	36.8
Tension Arterial PAS	90
Tension Arterial PAD	60
Presion Arterial Media	70
Saturacion de Oxigeno	98
Peso:	16
Talla:	106
IMC.	14.2

EXAMEN FISICO

ASPECTO GENERAL: BUEN ESTADO GENERAL

SINTOMATICO DE PIEL: No

SINTOMATICO RESPIRATORIO: No

SINDROME FEBRIL: No

SINTOMATICO NERV. PERIF.: No

CABEZA: NORMOCEFALO SIN LESIONES

OJOS: ESCLERAS ANICTERICAS CONJUNTIVAS ROSADAS

OIDOS: OTOSCOPIA NORMAL

NARIZ: NORMAL

BOCA: MUCOSA ORAL HIDRATADA, ROSADA, SIN LESIONES

OTORRINOLARINGOLOGIA: SIN ALTERACIONES

CUELLO: MOVIL, SIN MASAS NI ADENOPATIAS

TORAX: SIMÉTRICO, NORMOEXPANSIBLE, SIN RETRACCIONES

INSPECCION CUELLO TIROIDES: NO PRESENTA INFLAMACION

PULMONAR: CAMPOS PULMONARES NORMOVENTILADOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADOS SIN, SOBREAGREGADOS

CARDIOVASCULAR: RUIDOS CARDÍACOS RITMICOS, NO SE AUSCULTAN SOPLOS

ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSA, NO MASAS NI MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL

EXTREMIDADES: SIMÉTRICAS, MÓVILES, SIN EDEMAS, RANGOS DE MOVILIDAD CONSERVADOS, PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES DE BUENA INTENSIDAD.

COLUMNA: NORMAL

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: NORMAL

SISTEMA MUSCULOESQUELETICO: NORMAL

SISTEMA GENITOURINARIO: CICATRIS DE POP DE ORQUIDOPEXIA SANA CON SUTURA ABSORVIBLE

NEUROLOGICO: SIN DEFICIT APARENTE

PIEL: SIN LESIONES

E.S.E. Hospital Fronterizo LA DORADA

ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

Codigo de habilitacion 867570002101 nit: 846002309

Dir:Barrio El Paraiso Tel: 3134821413

HISTORIA CONSULTA EXTERNA.

FOLIO No.	1554858	**No ADMIN:**	1478862	**FECHA ING:**	28/08/2025 11:22:00a. m.
PACIENTE:	SOLARTE YELA ALAN CALIXTO	**E.CIVIL:**	Soltero		
IDENTIFICACION:	RC1122343671	**EDAD:**	4 Años 6 Meses	**TELEFONO:**	3147734853
No HISTORIA:	1122343671	**GENERO:**	Masculino	**MUNICIPIO:**	PASTO N
EMPRESA:	NUEVA EPS	**FEC. NAC:**	18/02/2021 12:00:00a	**DIRECCION:**	VEREDA AGUA CLARA
REGIMEN:	Subsidiado				

FANERAS: NORMOIMPLANTADOS

FACTORES DE RIESGO SALUD MENTAL

Sospecha de Maltrato Fisico:	NO
Sospecha de Violencia Sexual	NO
Sospecha de Violencia Intrafamiliar:	NO
Conducta Agresiva o Violenta:	NO
Sintomatologia Depresiva:	NO
Sintomatologia de Ansiedad:	NO
Ideas o Intento de Suicida:	NO
Consumo de Alcohol Sustancias Psicoactivas:	NO
Pensamientos o Ideas Incoherentes:	NO
Victima de Desplazamiento	NO
Trastorno de la Conducta Alimentario	NO

EXAMEN MENTAL

Apariencia General:	BUEN ESTADO GENERAL
Actitud:	COLABORADOR
Atencion:	EUPROSEXICA
Conciencia:	ALERTA
Orientacion:	ORIENTADO AUTO Y ALOPSIQUICAMENTE
Lenguaje:	CLARO, TONO ADECUADO
Afecto:	MODULADO,EUTIMICO
Memoria:	CONSERVADA RECIENTE Y REMOTA
Pensamiento:	COHERENTE
Habito:	NORMAL
Sueño:	NORMAL
Alimentacion:	ADECUADA
Inteligencia:	PROMEDIO
Retardo Mental:	NO
Introspeccion:	POSITIVA
Prospeccion:	POSITIVA
Somatizaciones:	NO
Observaciones:	NINGUNA

ATENCION INTEGRAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

Tose muchas veces la mayoria de los dias?	No
Tiene flema o comos la mayoria de los dias?	No
se queda sin aire mas facimente que otras personas?	No
Es mayor de 40 año?	No
Actualmente fuma o es un EX fumador?	No
Se ordena Espirometria:	No

E.S.E. Hospital Fronterizo LA DORADA

ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

Codigo de habilitacion 867570002101 nit: 846002309

Dir:Barrio El Paraiso Tel: 3134821413

HISTORIA CONSULTA EXTERNA.

FOLIO No.	1554858	**No ADMIN:**	1478862	**FECHA ING:**	28/08/2025 11:22:00a. m.
PACIENTE:	SOLARTE YELA ALAN CALIXTO	**E.CIVIL:**	Soltero		
IDENTIFICACION:	RC1122343671	**EDAD:**	4 Años 6 Meses	**TELEFONO:**	3147734853
No HISTORIA:	1122343671	**GENERO:**	Masculino	**MUNICIPIO:**	PASTO N
EMPRESA:	NUEVA EPS	**FEC. NAC:**	18/02/2021 12:00:00a	**DIRECCION:**	VEREDA AGUA CLARA
REGIMEN:	Subsidiado				

ENCUESTA COVID

Ha tenido fiebre los últimos 14 días?	No
Ha tenido tos persistente los últimos 14 días?	No
Dificultad respiratoria. (Si/No)	No
Dolor de garganta. (Si/No)	No
Fatiga / Adinamia. (Si/No)	No
Usted tiene algún factor de riesgo como: Mayor de 60 años, trabajador de salud, inmunosuprimido, embarazada, enf crónica u otros. (Si/No)	No
Tiene ira (Si cumple con uno de los criterios indagados marque Si). (Si/No)	No
[illegible] estado en lugares donde se presentan casos confirmados de COVID-19?	No
Ha estado en contacto con personas diagnosticadas con COVID-19?	No
Utiliza permanentemente el Tapa Bocas y realiza lavado de manos frecuentemente?	No
Caso probable Covid-19 (Si cumple con criterios). (Si/No)	No
Remisión en caso probable Covid-19. (Si/No)	No

INTERVENCION DE MEDICINA FAMILIAR

SE DAN RECOMENDACIONES DE ALIMENTACION BALANCEADA, AUMENTAR CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, CERALES, DISMINUIR EL CONSUMO DE ALIMENTOS GRASOS SAL Y AZUCAR, ACIDOS. REALIZAR ACTIVIDAD FISICA MINIMO 3 VECES EN SEMANA, SE BRINDA EDUCACION, SE DAN RECOMENDACIONES DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, DIETA Y EJERCICIO, SIGNOS DE ALARMA, PACIENTE DICE ENTENDER Y ACEPTA MENEJO INSTAURADO, SE EDUCA A PACIENTE SOBRE LA IMPORTANCIA DE REALIZAR AUTOEXAMEN DE MAMA DE CARÁCTER MENSUAL, EXAMEN CLÍNICO DE FORMA ANUAL Y MAMOGRAFÍA A PARTIR DE LOS 50 CADA 2 AÑOS. SE DAN SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTAR (ASIMETRÍA, CAMBIOS DE COLORACIÓN Y TEXTURA DE LA PIEL, RETRACCIÓN DEL PEZÓN, SALIDA DE SECRECIÓN POR PEZÓN). PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

DIAGNOSTICO

Z000-EXAMEN MEDICO GENERAL

RECOMENDACIONES

SE EXPLICAN LOS SIGNOS DE ALARMA POR LOS CUALES CONSULTAR A URGENCIAS:
- DOLOR EN PECHO OPRESIVO O CONSTANTE EN REPOSO O CON EL EJERCICIO.
- ALTERACION ESTADO MENTAL (NO DESPIERTA, ESTA MAS DORMIDO DE LO NORMAL, HABLA ENREDADO O DESORIENTADO).
- NO PUEDE MOVER UN LADO DEL CUERPO.
- FIEBRE PERSISTENTE (TEMPERATURA MAYOR 38 GRADOS).
- TOS CON EXPECTORACION, DIFICULTAD PARA RESPIRAR.
- TENSION ARTERIAL MAYOR A 180/100MMHG.
- SI LE DA MUCHA SED, LE DA MUCHA HAMBRE, ORINA MUCHO, ORINA DE MAL OLOR CONCENTRADA, VISION BOROSA, CEFALEA INTENSA O APARICION ABRUPTA.

ANALISIS

PACIENTE MASCULINO DE 4 AÑOS, SIM ANTECEDENTES PATOLOGICOS, ANTECENDENTE QUIRURGICO DE POP DE ORQUIDOPEXIA DERECHA Y HERNIA INGUINAL DERECHA DE 02/06/2025, AL MOMENTO DE LA VALORACION PACIENTE ESTABLE CLINICA Y HEMODICAMENTE, SIGNOS VITALES EN RANGOS DE NORMALIDAD, AL EXAMEN FISICO CICATRIS DE POP DE HERNIA INGUINAL SANA, POP DE ORQUIDOPEXIA DERECHA CON SUTURA ABSORBIBLE, POR LO ANTERIOR CONSIDERO PACIENTE SANO QUIEN SE PUEDE REINTEGRAR AL CDI SIN NINGUN INCONVENIENTE SOLO CON RECOMENDACIONES REALIZADAS POR EL CIRUJANO PEDIATRICO COMO NO ANDAR EN BICICLETA, NO ANDAR EN TRICICLO, EVITAR CARGAR COSAS PESADAS, NO HACER FUERZA, ENTRE OTRAS, SE EXPLICA PLAN Y MANEJO A SEGUIR, PACIENTE DICE ENTENDER Y ACEPTAR, SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA GENERALES PARA RECONSULTAR.

ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS (J. H. DOWNTON)

Caidas Previas... No	0	0	Caidas Previas... No
Caidas Previas...SI	1	1	Caidas Previas...SI
Medicamentos .. Ninguno	0	0	Medicamentos .. Ninguno
Medicamentos .. Tranquilizantes-sedantes	1	1	Medicamentos .. Tranquilizantes-sedantes

E.S.E. Hospital Fronterizo LA DORADA

ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

Codigo de habilitacion 867570002101 nit: 846002309

Dir:Barrio El Paraiso Tel: 3134821413

HISTORIA CONSULTA EXTERNA.

FOLIO No.	1554858	**No ADMIN:**	1478862	**FECHA ING:**	28/08/2025 11:22:00a. m.
PACIENTE:	SOLARTE YELA ALAN CALIXTO	**E.CIVIL:**	Soltero		
IDENTIFICACION:	RC1122343671	**EDAD:**	4 Años 6 Meses	**TELEFONO:**	3147734853
No HISTORIA:	1122343671	**GENERO:**	Masculino	**MUNICIPIO:**	PASTO N
EMPRESA:	NUEVA EPS	**FEC. NAC:**	18/02/2021 12:00:00a	**DIRECCION:**	VEREDA AGUA CLARA
REGIMEN:	Subsidiado				

Medicamentos .. Diuréticos	1	1	Medicamentos .. Diuréticos
Medicamentos .. Hipotensores	1	1	Medicamentos .. Hipotensores
Medicamentos .. Antiparkinsonianos	1	1	Medicamentos .. Antiparkinsonianos
Medicamentos .. Antidepresivos	1	1	Medicamentos .. Antidepresivos
Medicamentos .. Otros medicamentos	1	1	Medicamentos .. Otros medicamentos
Deficits Sensitivo-Motores:.. Ninguna	0	0	Deficits Sensitivo-Motores:.. Ninguna
Deficits Sensitivo-Motores:.. Alteraciones visuales	1	1	Deficits Sensitivo-Motores:.. Alteraciones visuales
Deficits Sensitivo-Motores:.. Alteraciones auditivas	1	1	Deficits Sensitivo-Motores:.. Alteraciones auditivas
Deficits Sensitivo-Motores:.. Extremidades	1	1	Deficits Sensitivo-Motores:.. Extremidades
Estado Mental.. Buena orientación	0	0	Estado Mental.. Buena orientación
Estado Mental.. Confusión	1	1	Estado Mental.. Confusión
Ambulancion:.. Normal	0	0	Ambulancion:.. Normal
Ambulancion:.. Segura con ayuda	1	1	Ambulancion:.. Segura con ayuda
Ambulancion:.. Insegura con ayuda/sin ayuda	1	1	Ambulancion:.. Insegura con ayuda/sin ayuda
Ambulancion:.. Imposible	1	1	Ambulancion:.. Imposible
Edad.. Menos de 70 Años	0	0	Edad.. Menos de 70 Años
Edad.. Mayor igual de 70 Años	1	1	Edad.. Mayor igual de 70 Años

PROFESIONAL: CERON DELGADO ANGELA MARIA
ESPECIALIDAD: NA
REGISTRO: MEDICO GENERAL

HOSPITAL INFANTIL LOS ANGELES

891200240 - 2

RHsClxFch
Pag: 1 de 1
Fecha: 04/11/25
G.etareo: 2

HISTORIA CLÍNICA No. RC 1122343671 -- ALAN CALIXTO SOLARTE YELA

Empresa: NUEVA EPS REG / SUBSIDIADO *C* **Afiliado:** NIVEL 1 **No. His. Cli.** 1122343671
Fecha Nacimiento: 18/02/2021 **Edad actual :** 4 AÑOS **Sexo:** Masculino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Menor
Teléfono: 3147734853 **Dirección:** VD AGUA CLARA
Barrio: CENTRO **Departamento:** PUTUMAYO
Municipio: SAN MIGUEL (LA DORADA) **Grupo Etnico:**
Etnia: NINGUNO **Atención Especial:** NO APLICA
Nivel Educativo: PREESCOLAR **Grupo Poblacional:** HETEROSEXUAL
Discapacidad: NO APLICA
Ocupacion: NO APLICA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 HOSPITAL INFANTIL LOS ANGELES **Edad :** 4 AÑOS

FOLIO 45 **FECHA** 04/11/2025 08:39:01 **TIPO DE ATENCIÓN** AMBULATORIO

MOTIVO DE CONSULTA

CONTROL

ENFERMEDAD ACTUAL

SE VALORA PACIENTE MASCULINO DE 4 AÑOS CON POP DE HERNIORRAFIA INGUNAL DERECHA Y ORQUIDOPEXIA DERECHA.

PACIENTE CON BUENA EVOLUCION PRESENTO DEHISCENCIA DE HERIDA ESCROTAL, SE REALIZO DESBRIDAMIENTO CON NUEVA SUTURA ESCROTAL.
PACIENTE CON BUENA EVOLUCION ASINTOAMTICO.
EN MANEJO DE CONSTIAPCION POR GASTROENTEROLOGIA.

EXAMEN FISICO GENTIALES MASCULINOS DE ASPECTO NORMAL ANILLO UMBILICAL CERRADO CON TALLO GRUESO NO S EPALPA HERNIA. AMBOS TESTICULOS EN ESCROTO HERIDA CICATRIZAL NO ENGROSAMIENTO DE CORDON ESPERMATICO

ANALISIS PACIENTE CON BUENA EVOLUCION

PLAN: SALIDA.

DIAGNÓSTICO Z489 CUIDADO POSTERIOR A LA CIRUGIA NE Tipo PRINCIPAL

CESAR AUGUSTO RINCON TORRES
Reg. 1140419741
CIRUGIA PEDIATRICA

7J.0 *HOSVITAL*

HOSPITAL INFANTIL LOS ANGELES PACIENTE PARA POSCONSULTA

Usuario: 59829084