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 | 04 | 2025

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

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

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

Unidad de Servicio sugerida: CDI. Fronteras de Paz

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

Número de documento: 1081288108

Fecha nacimiento: 29 | 9 | 2020

Nombres: Valery Jathziry

Apellidos: Videz Salas

Presenta discapacidad? ( ) Si (X) No

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

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

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

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

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

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

Departamento residencia: Putumayo

Municipio de residencia: San Migel

Zona: Urbana

Barrio: Metropolitano

Vereda:

Sector:

Dirección: calle central al frente al deposito la quinta.

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

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

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

Número de documento: 1085 285492

Nombres: Angela Yohana

Apellidos: Salas Rivera

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 03 | 01 | 1991

Correo electrónico: Angelasalas3176@gmail.com

Número de celular: 320 7772697

Número de fijo:

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

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

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

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Mayra Vega

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:
Valery Sathziry Videz Salas.

N° DOCUMENTO: 1081288108 **TIPO DOCUMENTO:** RC X CC ___ OTRO ___
FECHA DE NACIMIENTO: 29- Sep - 2020 **EDAD:** 4años - 6meses.
LUGAR DE NACIMIENTO: Nariño - Pasto.

NOMBRE DE LA UDS: CDI Fronteras de Paz
CODIGO UDS: 867571126972 **BARRIO/VEREDA:** B/ Metropolitano
FECHA DE INGRESO: 1-Abril-2025 **FECHA DE RETIRO:** ___

SISBEN: A5 **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: Angela Yohana Salas Rivera
N° CÉDULA: 1085 285492 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Samaniego N.
NOMBRE DEL PADRE: Cristian Rafael Videz Salgado
N° CÉDULA: 1102858957 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** ___
N° DE CELULAR: 320 777 2697.
NOMBRE DEL ACUDIENTE: Angela Yohana Salas
N° CÉDULA: 1085 285 492 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Migul.
DIRECCIÓN VIVIENDA: B/7 de agosto **ZONA POBLACIONAL: (R)** ___ **(U)** X
NUMERO DE CELULAR 3112940859 - 3116294331

FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1081288108

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59350096

59350096

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [ ] Notaria [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** L 4 W

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

COLOMBIA - NARIÑO - PASTO NOTARIA 4 PASTO

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
VIDEZ	SALAS

Nombre(s)

VALERY JATHZIRY

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2020 Mes SEP Día 29	FEMENINO	O	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	16187003-8

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

SALAS RIVERA ANGELA YOHANA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1085285492	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

VIDEZ SALGADO CRISTIAN RAFAEL

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1102858957	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

VIDEZ SALGADO CRISTIAN RAFAEL

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1102858957	CRISTIAN VIDEZ

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 2020 Mes OCT Día 07	SONIA PATRICIA BUCHELI CASTRO (E)
	Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
CRISTIAN VIDEZ	SONIA PATRICIA BUCHELI CASTRO (E)
Firma	Nombre y firma

OTRO: CN - NACIMIENTO 29-09-2020; 07/10/2020

ESPACIO PARA NOTAS

ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL
VALIDO PARA: 07 OCT 2020
PASTO,

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

VALIDO PARA DOCUMENTACION

OFIXPRES 100238573

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.085.285.492



Apellidos
SALAS RIVERA

Nombres
ANGELA YOHANA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.61

Sexo
F

Fecha de nacimiento
03 ENE 1991

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
SAMANIEGO (NARIÑO)

Fecha y lugar de expedición
13 ENE 2009, PASTO

Firma

Fecha de expiración
02 DIC 2033

.00

036033340

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL036033340023001<<<<<<<<<<<
9101036F3312027COL1085285492<6
SALAS<RIVERA<<ANGELA<YOHANA<<<

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 31/03/2025

Ficha: 52001061767700001994

A5

GRUPO SISBÉN IV

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: VALERY JATHZIRY

Apellidos: VIDEZ SALAS

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1081288108

Municipio: Pasto

Departamento: Nariño

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 04/11/2021

Última actualización ciudadano: 04/11/2021

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**

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARGOT RUBIELA ANDRADE RODRIGUEZ

Dirección: Calle 16 No. 28-57 Barrio San Andres Rumipamba

Teléfono: 7374508 Opcion 2 - 3164190060

Correo Electrónico: sisben@pasto.gov.co

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

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

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

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

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	1081288108
NOMBRES	VALERY JATHZIRY
APELLIDOS	VIDEZ SALAS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	NARINO
MUNICIPIO	PASTO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EMSSANAR S.A.S.	SUBSIDIADO	11/10/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 09/13/2025 13:57:29 **Estación de origen:** 192.168.70.220

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

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como

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 1081288108
Apellidos:	VIDEZ SALAS
Nombres:	VALERY JATHZIRY
Ficha Sisben:	52001061767700001994
Nivel Sisben:	Nivel I
Grupo Sisben	A05
Tipo de discapacidad:	Ninguna
Plan de salud:	Régimen Subsidiado
Estado de servicio:	Vigente
Fecha de Afiliación:	11/10/2022
Departamento de Afiliación:	NARIÑO
Municipio de Afiliación:	PASTO
Zona:	Urbana - Cabecera Municipal

IV - Afiliado cumple con metodología IV SISBEN.

IPS de atención de primer nivel

IPS	Direccion	Servicio
ESE PASTO SALUD - HOSPITAL LOCAL CIVIL - PASTO (NARIÑO)	KR 24 CL 17 ESQ BRR CALVARIO	MEDICINA GENERAL ODONTOLOGÍA MEDICAMENTOS PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

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

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

En constancia se firma el 13 de Abril 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.

26 - Noviembre - 2025

La Dorada Putumayo.
C.O.1 Fronteras de paz.

Cordial Saludo

Por medio de la presente me dirijo a ustedes con el fin de dar a conocer que me encuentro censada en el Departamento de Nariño, Municio Pasto Por tal motivo los controles de crecimiento y desarrollo y higiene oral de mi hija Valery Jatturiry Videz Salas se realizan en la ciudad de Pasto ya que el carnet de salud corresponde a dicho municipio; Me comprometo a seguir realizando como lo he echo anteriormente cumpliendo mi responsabilidad como madre de llevarla a sus controles de higiene oral y crecimiento y desarrollo a la fecha correspondiente.

Agradezco su comprención.

Angela Salas.
Madre.

E.S.E. H
LA

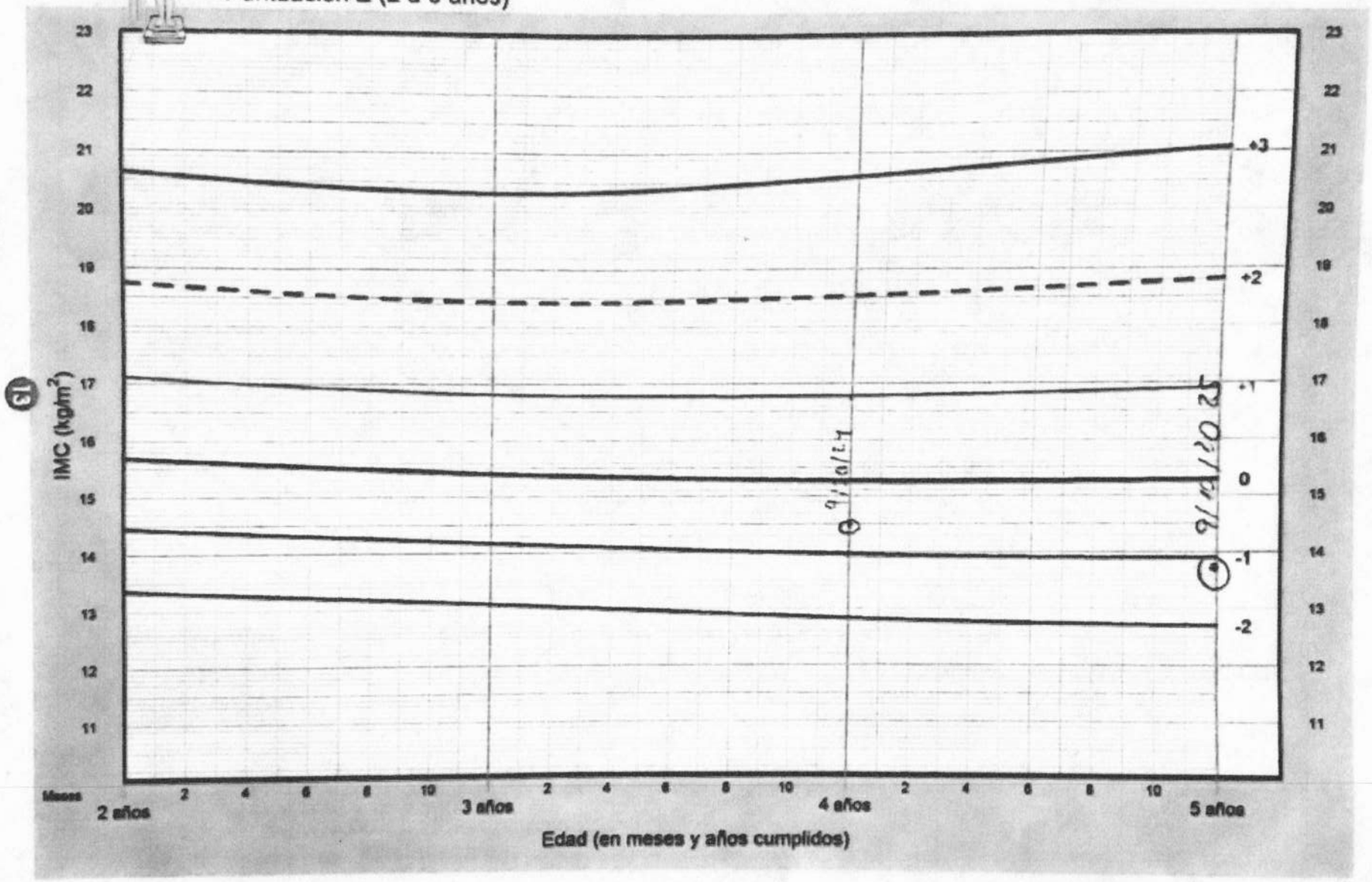
Servimos con amor

Fecha de nacimiento: 2 DÍA | 09 MES | 2020 AÑO
Historia Clínica: 108/2881/08
Barrio/Vereda: N/ MEMBRILLAL
Teléfono:
Responsable del niño:
EPS: 118

hfronterizop@yahoo.es
313-4821413

IMC para la Edad Niñas

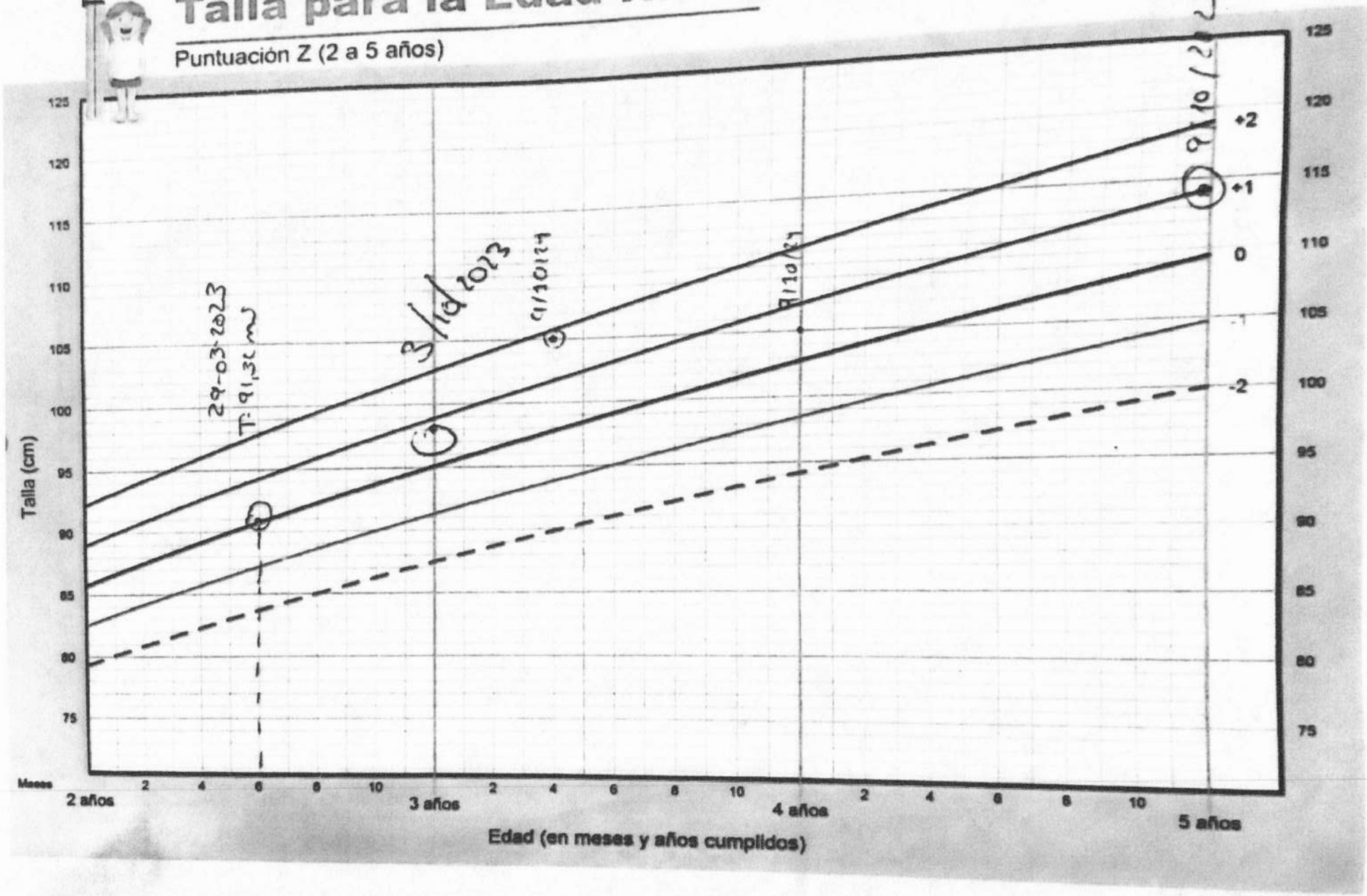
Puntuación Z (2 a 5 años)



Powered by CamScanner

Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



Powered by CamScanner

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
20/10/2022	11.8	87	45	14	15,6	29/03/2023	
29/03/2023	12,5	91,3	46	14,5	—	29/09/23	
18/10/2023	13500	98	49	14	15.7	03/10/24.	
04/10/2024	16	105	49	15	14.51	04/10/25	Alejandra Correa.
9/10/2025	18.4Kg	1.15	NA	NA.	13,9	09/10/26	Dra Yamile [illegible] Muñoz Médico General RM 32-2313

Powered by CamScanner

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
PASTO SALUD E.S.E

CS ROSARIO

Identificación Interna: 2023
Cód. Habilitación:
Dirección: DIAGONAL 16 N C2 BA 12E ESQUINA B/ EL ROSARIO **Teléfono:** 7325742

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de Impresión: 08/10/2025 12:17
Impreso por: DIANA179
Paciente: RC 1081288108 - VALERY JATHZIRY VIDEZ SALAS
Fecha de Nacimiento: 29/09/2020
Régimen: 2 - Subsidiado
Dirección: CRA 8 N 16-08 B/ ROSARIO
Teléfono: 3207772697

Fecha de Atención: 08/10/2025 12:16
Admisión: AD6925597
Tipo Vinculación: Beneficiario
Edad: 5 año(s), 0 mes(es) 9 dia(s) **Sexo:** F
Nivel: 8
Administradora: EMSSANAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.S

Atención en salud por pediatría, medicina general o familiar y enfermería para la primera infancia

MOTIVO CONSULTA

"POR CONTROL"

Fecha	Evoluciones	Prestador
08/10/2025	"POR CONTROL"	YAMILE SHIRLEY PAZ MUÑOZ

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE, QUE ACUDE EN COMPAÑÍA DE SU FAMILIAR PARA CITA MEDICA PARA LA OPERACIÓN DE LA RUTA INTEGRAL DE LA ATENCION PARA LA PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD EN LA PRIMERA INFANCIA, CON EL FIN DE VALORAR Y HACER SEGUIMIENTO DE LA SALUD Y EL DESARROLLO INTEGRAL (FÍSICO, COGNITIVO, SOCIAL) DE LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS. IDENTIFICAR TEMPRANAMENTE LA EXPOSICIÓN O PRESENCIA DE FACTORES DE RIESGO CON EL FIN DE PREVENIRLOS O DERIVARLOS PARA SU MANEJO OPORTUNO, DETECTAR DE FORMA TEMPRANA ALTERACIONES QUE AFECTEN NEGATIVAMENTE LA SALUD Y EL PROCESO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO, CON EL FIN DE REFERIRLAS PARA SU MANEJO OPORTUNO. POTENCIAR CAPACIDADES, HABILIDADES Y PRÁCTICAS PARA PROMOVER EL CUIDADO DE LA SALUD Y FORTALECER EL DESARROLLO DE LOS NIÑOS (AS) MEDIANTE LA INFORMACIÓN EN SALUD CON PADRES O CUIDADORES Y NIÑOS (AS). NO AUTOMEDICACION,ACTUALMENTE PACIENTE NO TOMA NINGUN MEDICAMENTO HOMEOPATICO, NATURAL NI ALTERNATIVO, O DE VENTA LIBRE, NO CONSUMO DE MULTIVITAMINICOS, NIEGA CONSUMO DE PRODUCTOS PARA BAJAR DE PESO, NIEGA REACCIONES ALERGICAS A MEDICAMENTOS SINTOMATICO DE PIEL: NO- SINTOMATICO RESPIRATORIO: NOPACIENTE NIEGA SINTOMAS RESPIRATORIOS, NIEGA TOS, NIEGA DISNEA, NO DISFAGIA, NO ODINOFAGIA, NO FIEBRE, NO CONTACTO ESTRECHO DE PACIENTE SOSPECHOSOS O CONFIRMADOS PARA COVID 19, NIEGA VAJE INTERNACIONALES O A AREAS COLOMBIA CON TRASMISION LOCAL COMUNITARIA EN LOS ULTIMO 14 DIAS, NIEGA SER TRABAJADOR DE LA SALUD U OTRO PERSONAL DEL AMBITO HOSPITALARIO, EN EJERCICIO, QUE HAYA TENIDO CONTACTO ESTRECHO CON CASO CONFIRMADO O PROBABLE PARA COVID 19.SE VALORA PACIENTE CON LOS TODAS LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD, USO CORRECTO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

Fecha	Evoluciones	Prestador
08/10/2025	PACIENTE, QUE ACUDE EN COMPAÑÍA DE SU FAMILIAR PARA CITA MEDICA PARA LA OPERACIÓN DE LA RUTA INTEGRAL DE LA ATENCION PARA LA PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD EN LA PRIMERA INFANCIA, CON EL FIN DE VALORAR Y HACER SEGUIMIENTO DE LA SALUD Y EL DESARROLLO INTEGRAL (FÍSICO, COGNITIVO, SOCIAL) DE LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS. IDENTIFICAR TEMPRANAMENTE LA EXPOSICIÓN O PRESENCIA DE FACTORES DE RIESGO CON EL FIN DE PREVENIRLOS O DERIVARLOS PARA SU MANEJO OPORTUNO. DETECTAR DE FORMA TEMPRANA ALTERACIONES QUE AFECTEN NEGATIVAMENTE LA SALUD Y EL PROCESO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO, CON EL FIN DE REFERIRLAS PARA SU MANEJO OPORTUNO. POTENCIAR CAPACIDADES, HABILIDADES Y PRÁCTICAS PARA PROMOVER EL CUIDADO DE LA SALUD Y FORTALECER EL DESARROLLO DE LOS NIÑOS (AS) MEDIANTE LA INFORMACIÓN EN SALUD CON PADRES O CUIDADORES Y NIÑOS (AS). NO AUTOMEDICACION,ACTUALMENTE PACIENTE NO TOMA NINGUN MEDICAMENTO HOMEOPATICO, NATURAL NI ALTERNATIVO, O DE VENTA LIBRE, NO CONSUMO DE MULTIVITAMINICOS, NIEGA CONSUMO DE PRODUCTOS PARA BAJAR DE PESO, NIEGA REACCIONES ALERGICAS A MEDICAMENTOS SINTOMATICO DE PIEL: NO- SINTOMATICO RESPIRATORIO: NOPACIENTE NIEGA SINTOMAS RESPIRATORIOS, NIEGA TOS, NIEGA DISNEA, NO DISFAGIA, NO ODINOFAGIA, NO FIEBRE, NO CONTACTO ESTRECHO DE PACIENTE SOSPECHOSOS O CONFIRMADOS PARA COVID 19, NIEGA VAJE INTERNACIONALES O A AREAS COLOMBIA CON TRASMISION LOCAL COMUNITARIA EN LOS ULTIMO 14 DIAS, NIEGA SER TRABAJADOR DE LA SALUD U OTRO PERSONAL DEL AMBITO HOSPITALARIO, EN EJERCICIO, QUE HAYA TENIDO CONTACTO ESTRECHO CON CASO CONFIRMADO O PROBABLE PARA COVID 19.SE VALORA PACIENTE CON LOS TODAS LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD, USO CORRECTO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL.	YAMILE SHIRLEY PAZ MUÑOZ

ANTECEDENTES PERSONALES

Consulta de urgencias	No - NEGADOS POR LA MADRE	Ha tenido algún síntoma recurrente	No - NO
Hospitalizaciones	No -	Farmacológicos	No - NO
Vacunación	Si - ESQUEMA COMLPETO	Presenta el niño/ niña alguna condición crónica o agudas	No - NO
Ha estado hospitalizado el niño en el último mes	No - NO	Alergias (Medicamentos o Alimentos)	No - DESCONOCIDOS
Ha estado expuesto humo de tabaco	No - NO	Ha tenido cirugías	No - NO
Ha tenido comportamiento irregular	No - NO	Ha presentado dificultades con las relaciones interpersonales	No - NO
Sintomático respiratorio	No - NO		

ANTECEDENTES DEL DESARROLLO

Se ha adaptado e integrado correctamente en los entornos educativos	Si - NO HA TENIDO PROBLEMAS DE CONVIVENCIA EN SU ENTORNO SOCIAL, RELACIONES INTERPERSONALES SIN EVIDENCIA DE CONFLICTOS.	Siente preocupación por el desarrollo general del niño / niña	No -
Ha tenido aparición tardía del lenguaje	No -		

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

Antecedente de muerte de hermanos	No -	Exposición a maltrato infantil	No -
Exposición al matoneo	No -	Abandono	No -
Negligencia familiar	No -	Exposición al maltrato o violencia intrafamiliar	No -
Exposición a la violencia sexual	No -	Ha sido víctima del conflicto armado	No -
Exposición a duelo o muerte de personas significativas	No -	Divorcio de los padres	No -
Asma	No -	Tuberculosis	No -
Dermatitis atópica	No -	Problemas de desarrollo infantil	No -
Depresión	No -	Esquizofrenia	No -
Trastorno afectivo bipolar	No -	Conducta suicida	No -
Consumo de alcohol	No -	Consumo de sustancias psicoactivas	No -
Alteraciones de las emociones	No -	Alteraciones del comportamiento	No -

TAMIZAJE NEONATAL

Tamizaje neonatal auditivo	No -
Tamizaje de errores innatos del metabolismo	No -
Tamizaje de cardiopatía congénita	No -

Fecha	08/10/2025
Parámetro	Dato
Tamizaje neonatal auditivo	No
Tamizaje de errores innatos del metabolismo	No
Tamizaje de cardiopatía congénita	No
Prestador	YAMILE SHIRLEY PAZ MUÑOZ

CONSUMO Y HÁBITOS ALIMENTARIOS EN EL NIÑO MAYOR DE SEIS MESES

Edad de introducción a la alimentación complementaria:	
Tipo de alimentación complementaria:	
Frecuencia de alimentación complementaria:	
Cantidad de alimentación complementaria:	
Tolerancia a nuevos alimentos:	Bueno
¿El niño o niña consume dieta familiar?:	Si

Fecha	08/10/2025
Parámetro	Dato
Edad de introducción a la alimentación complementaria:	
Tipo de alimentación complementaria:	
Frecuencia de alimentación complementaria:	
Cantidad de alimentación complementaria:	
Tolerancia a nuevos alimentos:	Bueno
¿El niño o niña consume dieta familiar?:	Si
Prestador	YAMILE SHIRLEY PAZ MUÑOZ

LABORATORIOS

SOLICITADOS		RESULTADOS	
Examen	Dato	Fecha	Valor
Fecha de la Toma de Glicemia Basal		No se tiene el dato	
Glicemia Basal	☐		Riesgo no evaluado
Antigeno de superficie para Hepatitis B - HbsAg	☐	No se tiene el dato	Riesgo no evaluado
Fecha Toma de Hemoglobina		No se tiene el dato	
Hemoglobina	☐		Riesgo no evaluado
Fecha Toma de Baciloscopia de Diagnóstico		No se tiene el dato	
Baciloscopia de Diagnóstico	☐		Riesgo no evaluado

Administradora: EMSSANAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.S **Paciente:** VALERY JATHZIRY VIDEZ SALAS

Atención en salud por pediatría, medicina general o familiar y enfermería para la primera infancia

Prueba Tamizaje para Sífilis	☐		Riesgo no evaluado
Fecha de toma de prueba tamizaje para sífilis		No se tiene el dato	

OTROS LABORATORIOS

Fecha	Evoluciones	Prestador
08/10/2025	NO APLICA	YAMILE SHIRLEY PAZ MUÑOZ

ESTABLECIMIENTO DE RUTINAS Y HÁBITOS SALUDABLES

Cuantas veces duerme:	1 VEZ
Cuanto tiempo duerme:	2 HORAS
Rutina para dormir:	QUE TIENE (REVISION PERMANENTE, EVITAR EXCESO DE ROPA, EN UN CUARTO PRIVADO CON SEGURO.
Cantidad de cambio de pañal:	NO USA
Lavado de manos del niño o la niña:	SI
Cómo duerme:	8 HORAS
Donde duerme:	CAMA
¿Con quién duerme?:	SOLA
El cuidar realiza higiene personal:	MAMA
Limpieza bucal:	SI

Fecha	08/10/2025
Parámetro	**Dato**
Cuantas veces duerme:	1 VEZ
Cuanto tiempo duerme:	2 HORAS
Rutina para dormir:	QUE TIENE (REVISION PERMANENTE, EVITAR EXCESO DE ROPA, EN UN CUARTO PRIVADO CON SEGURO.
Cantidad de cambio de pañal:	NO USA
Lavado de manos del niño o la niña:	SI
Cómo duerme:	8 HORAS
Donde duerme:	CAMA
¿Con quién duerme?:	SOLA
El cuidar realiza higiene personal:	MAMA
Limpieza bucal:	SI
Prestador	YAMILE SHIRLEY PAZ MUÑOZ

PRÁCTICA DE CRIANZA Y CUIDADO

¿Cuáles son las formas de comunicación con el niño o niña?:	REFIERE QUE TIENE DIVERSAS FORMAS DE COMUNICACIÓN CON EL NIÑO Y/O NIÑA, QUE LE EXPRESA EL AFECTO DE LA SIGUIENTE FORMA TRATANDO CON CARIÑO, EDUCANDOLO CON EL EJEMPLO QUE RECONOCE SUS GUSTOS Y PREFERENCIAS Y LOS TOMA EN CUENTA.
¿Qué actividades utilizan para estimular el desarrollo del niño o niña?:	QUE REALIZA ACTIVIDADES PARA ESTIMULAR EL DESARROLLO DEL NIÑO COMO: LEER, JUEGOS DIDACTIVOS, CLASES DE MUSICA, QUE PASA 1 HORAS AL DIA FRENTE AL TELEVISOR, VIDEOS JUEGOS, TABLET, CELULAR.
¿Cómo se relaciona con las personas?:	TIENE FACILIDAD PARA INTERACTUAR CON OTRAS PERSONAS Y NIÑOS, INFORMA QUE EL NIÑO RECONOCE ENTRE FAMILIARES Y DESCONOCIDOS.
¿Cómo establece límites y disciplina para corregir?:	SI SABE QUE HACER, PARA REPRENDERLO UTILIZA: DIALOGO. SABE QUE SIGNIFICA NEGLIGENCIA O ABANDONO, REFIERE QUE PUEDE MANEJAR LAS RABIETAS Y PATALETAS DE SU HIJO, QUE PUEDE REALIZAR REFUERZOS POSITIVOS SEGÚN LO REQUIERA, REFIERE QUE EL NIÑO NO HA SIDO TESTIGO O EXPOSICION DE CONDUCTAS VIOLENTAS EN SU ENTORNO FAMILIAR Y EN MEDIOS DE COMUNICACIÓN
¿Ha estado el niño o niña expuesto a la violencia en el hogar?:	NO

Fecha	08/10/2025
Parámetro	**Dato**
¿Cuáles son las formas de comunicación con el niño o niña?:	REFIERE QUE TIENE DIVERSAS FORMAS DE COMUNICACIÓN CON EL NIÑO Y/O NIÑA, QUE LE EXPRESA EL AFECTO DE LA SIGUIENTE FORMA TRATANDO CON CARIÑO, EDUCANDOLO CON EL EJEMPLO QUE RECONOCE SUS GUSTOS Y PREFERENCIAS Y LOS TOMA EN CUENTA.
¿Qué actividades utilizan para estimular el desarrollo del niño o niña?:	QUE REALIZA ACTIVIDADES PARA ESTIMULAR EL DESARROLLO DEL NIÑO COMO: LEER, JUEGOS DIDACTIVOS, CLASES DE MUSICA, QUE PASA 1 HORAS AL DIA FRENTE AL TELEVISOR, VIDEOS JUEGOS, TABLET, CELULAR.
¿Cómo se relaciona con las personas?:	TIENE FACILIDAD PARA INTERACTUAR CON OTRAS PERSONAS Y NIÑOS, INFORMA QUE EL NIÑO RECONOCE ENTRE FAMILIARES Y DESCONOCIDOS.
¿Cómo establece límites y disciplina para corregir?:	SI SABE QUE HACER, PARA REPRENDERLO UTILIZA: DIALOGO. SABE QUE SIGNIFICA NEGLIGENCIA O ABANDONO, REFIERE QUE PUEDE MANEJAR LAS RABIETAS Y PATALETAS DE SU HIJO, QUE PUEDE REALIZAR REFUERZOS POSITIVOS SEGÚN LO REQUIERA, REFIERE QUE EL NIÑO NO HA SIDO TESTIGO O EXPOSICION DE CONDUCTAS VIOLENTAS EN SU ENTORNO FAMILIAR Y EN MEDIOS DE COMUNICACIÓN
¿Ha estado el niño o niña expuesto a la violencia en el hogar?:	NO
Prestador	YAMILE SHIRLEY PAZ MUÑOZ

EXAMEN FISICO

Apariencia a su llegada
Normal : PACIENTE INGRESA POR SUS PROPIOS MEDIOS, CON ADECUADO ASPECTO GENERAL, EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, HIDRATADO, ALERTA Y ORIENTADO, NO SINTOMAS DE TENSION EMOCIONAL O FISICA, NO FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES, NO SE IDENTIFICAN RIESGOS DE ALERGIAS CAIDAS, FUGA, AGRESIÓN EXTERNA O AISLAMIENTO.

Cabeza, cara y órganos de los sentidos
Normal NORMOCEFALO, NO MASAS, NO DEFORMIDADES, NO DEPRESIONES, NO PRESENCIA DE PUNTOS DOLOROSOS NI LESIONES. OJOS: PARPADOS SIN EDEMA, CONJUTIVAS ROSADAS, ESCLERAS ANICTERICAS, SIN SECRECIONES, PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, REFLEJO FOTOMOTOR Y CONSENSUAL CONSERVADOS, OIDOS: PABELLON AURICULAR BIEN IMPLANTADO, CANAL AUDITIVO EXTERNO PERMEABLE, A LA OTOSCOPIA SE EVIDENCIA CANAL AUDITIVO INTERNO SIN ALTERACIONES, NO ERITEMATOSO, MEMBRANA TIMPÁNICA TRANSLUCIDA, INTEGRA, NARIZ: SIMETRÍCA, TABIQUE CENTRADO, FOSAS NASALES PERMEABLES, MUCOSA NASAL HIDRATADA, NO PRESENCIA DE INFECCION, NO SIGNOS NI ESTIGMAS DE SANGRADO, SE VALORA SENTIDO DEL OLFATO CON AROMAS EL CUAL SE ENCUENTRA INTEGRO. BOCA: LABIOS ROSADOS HIDRATADOS NO FISURAS, MUCOSAS HUMEDAS, PRESENTA ADECUADA HIGIENE ORAL, LENGUA MOVIL SIN LESIONES , CAVIDAD ORAL HIDRATADA, PALADAR DURO Y BLANDO SIN FISURAS NI LESIONES, UVULA CENTRAL INTEGRA ,LENGUA DE TAMAÑO NORMAL NO MACROGLOSIA, CUELLO: MOVIL, NO RIGIDO, NO DOLOROSO, NO PRESENCIA DE MASAS PALPABLES. NO ADENOPATIAS, PULSOS CAROTIDES O PALPABLES, NO INGURGITACION YUGULAR A 45º, SE PALPA GLANDULA TIROIDES CENTRAL CON PRESENCIA DE DOS LOBULOS DE TAMAÑO Y CONSISTENCIA NORMAL.

Tórax
Normal CAJA TORÁCICA SIN ALTERACIONES. NORMOEXPANSIVO, NO PRESENCIA DE RETRACCIONES COSTALES, SUBCOSTALES O SUBXIFOIDEAS, NO TIRAJES, DIAMETRO LATERAL MAYOR QUE DIAMETRO ANTEROPOSTERIOR, NO PRESENCIA DE DEPRESIONES NI HUNDIMIENTOS, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CORAZON RITMICO, NO SOPLOS, A LA AUSCULTACION MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, NO AGREGADOS PULMONARES

Abdomen
Normal BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION SUPERFICIAL NI PROFUNDA, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, NO SE PALPAN MASAS NI VISCEROMEGALIAS, RUIDOS HIDROAEREOS PRESENTES, PERISTALTISMO CONSERVADO, REFLEJO HEPATOYUGULAR NEGATIVO.

Piel y faneras
Normal HIDRATADAS, ROSADAS, NO DESPIGMENTACIÓN O HIPERPIGMENTACION, EUTERMICA TURGENTE Y SIN PRESENCIA DE LESIONES

Genito-Urinario
Normal

Extremidades
Normal

Sistema Nervioso Central
Normal

VALORACIÓN O ACTUALIZACIÓN DE LA CONFORMACIÓN Y DINÁMICA DE LA FAMILIA

Valoración o actualización de la conformación y dinámica de la familia: :SE ACTUALIZA LA CONFORMACION Y DINAMICA FAMILIAR, EVIDENCIANDO FAMILIA FUNCIONAL, NIVEL SOCIOECONOMICO MEDIO, COMUNICACION ADECUADA, ROLES DEFINIDOS Y APOYO EMOCIONAL PRESENTE. VIVIENDA CON SERVICIOS SANITARIOS BASICOS, BUENA VENTILACION, NO SE IDENTIFICAN FACTORES DE RIESGO INMEDIATOS.

Administradora: EMSSANAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.S **Paciente:** VALERY JATHZIRY VIDEZ SALAS

Atención en salud por pediatría, medicina general o familiar y enfermería para la primera infancia

Fecha	Evoluciones	Prestador
08/10/2025	SE ACTUALIZA LA CONFORMACION Y DINAMICA FAMILIAR, EVIDENCIANDO FAMILIA FUNCIONAL, NIVEL SOCIOECONOMICO MEDIO, COMUNICACION ADECUADA, ROLES DEFINIDOS Y APOYO EMOCIONAL PRESENTE. VIVIENDA CON SERVICIOS SANITARIOS BASICOS, BUENA VENTILACION, NO SE IDENTIFICAN FACTORES DE RIESGO INMEDIATOS.	YAMILE SHIRLEY PAZ MUÑOZ

APGAR FAMILIAR-INFANTIL

Resultado: Sugiere una disfunción familiar severa.

Fecha	Evoluciones	Prestador
08/10/2025	Sugiere una disfunción familiar severa.	YAMILE SHIRLEY PAZ MUÑOZ

VALORACIÓN O ACTUALIZACIÓN DE LAS CONDICIONES DE VIDA, DEL CONTEXTO SOCIAL Y LAS REDES DE APOYO SOCIAL DE LA FAMILIA, PERTENENCIA SOCIAL Y CULTURAL

resultado: SE INDAGA CONDICIONES DE VIDA Y REDES DE APOYO, EVIDENCIANDO ENTORNO FAVORABLE, INTEGRACION SOCIAL ADECUADA Y ACCESO A RECURSOS.

Fecha	Evoluciones	Prestador
08/10/2025	SE INDAGA CONDICIONES DE VIDA Y REDES DE APOYO, EVIDENCIANDO ENTORNO FAVORABLE, INTEGRACION SOCIAL ADECUADA Y ACCESO A RECURSOS.	YAMILE SHIRLEY PAZ MUÑOZ

DATOS BIOMÉTRICOS

Antropométricos

Peso:	18.4Kg	**Talla:**	115cm	**Índice de Masa Corporal:**	13.91Kg/m	**Superficie de Masa Corporal:**	0.77m²
Perimetro Torácico:	0cm	**Perimetro Cefálico:**	0cm	**Perimetro Abdominal:**	0cm		

Signos vitales

Frecuencia Cardiaca:	90min	**Frecuencia Respiratoria:**	22min	**Temperatura:**	35ºC

Tensión arterial

Sentado: 90/60mmHg

Fecha: 08/10/2025 **Prestador:** YAMILE SHIRLEY PAZ MUÑOZ

Antropométricos

Peso: 18.4 Kg **Talla:** 115 cm **Índice de Masa Corporal:** 13.91 Kg/m **Superficie de Masa Corporal:** 0.77 m²

Perimetro Cefálico: 0 cm **Perimetro Abdominal:** 0 cm **Perimetro Torácico:** 0 cm

Signos vitales

Frecuencia Cardiaca: 90 min **Frecuencia Respiratoria:** 22 min **Temperatura:** 35 ºC

Tensión arterial

Sentado: 90/60 mmHg

VALORACIÓN DEL DESARROLLO

Valoración del desarrollo: NORMAL

Fecha	Evoluciones	Prestador
08/10/2025	NORMAL	YAMILE SHIRLEY PAZ MUÑOZ

VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL Y SEGUIMIENTO A LOS PARÁMETROS ANTROPOMÉTRICOS

Fecha	Resultado				Prestador
08/10/2025	**Peso para la edad:**	18.4	(kg)	No aplica	YAMILE SHIRLEY PAZ MUÑOZ
	Pesopara la talla:	18.4	(kg)	No aplica	
	Perimetro Cefálico:	0	(kg)	No aplica	
	IMC:	0	(kg/m^2)	No aplica	
	Talla para la edad:	115	(cms)	No aplica	
	Tendencia de peso:	Ascendente			

VALORACIÓN DE LA SALUD SEXUAL

Valoración de la salud sexual: NO APLICA

Fecha	Evoluciones	Prestador
08/10/2025	NO APLICA	YAMILE SHIRLEY PAZ MUÑOZ

Examen de visión lejana

OD: 20/20
OI: 20/20

Examen de visión cercana

OD: 20/20
OI: 20/20

Fecha	Valoración de la salud visual		Prestador
08/10/2025	Examen de visión lejana	OD: 20/20 OI: 20/20	YAMILE SHIRLEY PAZ MUÑOZ
	Examen de visión cercana	OD: 20/20 OI: 20/20	

VALE

Resultado: PASA

Fecha	Evoluciones	Prestador
08/10/2025	PASA	YAMILE SHIRLEY PAZ MUÑOZ

VALORACIÓN DE LA SALUD AUDITIVA Y COMUNICATIVA

Tiene usted o ha tenido algún problema en el oído: No -
Cree usted que escucha bien: Si -

FACTORES DE RIESGO DE PÉRDIDA AUDITIVA EN NEONATOS Y LACTANTES

- Antecedente familiares de sordera ☐
- Bajo peso al nacer ☐
- Espectro Oculo-Auriculo-Vertebral o Sindrome de Goldenhar ☐
- Hipoxia neonatal ☐
- Infecciones del oido ☐
- Labio y/o paladar hendido ☐
- Malformación anatómica auricular y/o CAE ☐
- Incompatibilidad de RH ☐
- Procesos bacterianos tratados con antibióticos ototóxicos ☐
- Procesos virales prenatales ☐
- Recién nacido prematuro ☐
- Reflejos auditivos alterados ☐
- Retraso del desarrollo motor ☐
- Secuelas de meningitis ☐

Administradora: EMSSANAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.S **Paciente:** VALERY JATHZIRY VIDEZ SALAS

Atención en salud por pediatría, medicina general o familiar y enfermería para la primera infancia

Síndrome de Down	☐
Trastorno respiratorio	☐
Traumas perinatales	☐
Traumas prenatales	☐
Apgar bajo	☐
ermanencia en unidad de cuidado intensivo neonatal	☐
Malformaciones congénitas de cabeza y cuello	☐
Síndromes relacionados con desordenes auditivo-vestibulares	☐
Tamizaje metabólico anormal	☐

FACTOR DE RIESGO DE PÉRDIDA AUDITIVA EN PREESCOLARES	
Infecciones del oído	☐
Malformación anatómica auricular	☐
Exposición a ruido de alta intensidad	☐
Trastorno auditivo por cambios presión atmosférica	☐
Traumas en zona temporal de la cabeza	☐
Respuestas auditivas disminuidas	☐
Sensación de presión o dolor en el oído	☐
Antecedente de supuración de los oídos	☐
Estenosis de conducto auditivo externo	☐
Audición fluctuante	☐
Problemas de socialización	☐
Trastornos del comportamiento	☐
Trauma craneoencefálico	☐
Ingesta de sustancias tóxicas	☐
Fallas de comprensión auditiva	☐
Antecedente familiar de sordera	☐
Bajo peso al nacer	☐
Espectro Oculo-Auriculo-Vertebral o Síndrome de Goldenhar	☐
Labio y/o paladar hendido	☐
Malformación anatómica auricular y/o CAE	☐
Incompatibilidad sanguínea (RH)	☐
Procesos bacterianos tratados con antibióticos aminoglucósidos (ototóxicos)	☐
Procesos virales prenatales	☐
Bajo rendimiento académico	☐
etraso del desarrollo motor o del lenguaje	☐
Secuelas de meningitis	☐
Síndrome de Down	☐
Síndromes relacionados con desordenes auditivo-vestibulares	☐
Trastorno respiratorio	☐
Traumas perinatales	☐
Traumas prenatales	☐

Fecha	Valoración de la salud auditiva y comunicativa		Prestador
	Tiene usted o ha tenido algún problema en el oído:	No	
	Cree usted que escucha bien:	Si	

Atención en salud por pediatría, medicina general o familiar y enfermería para la primera infancia

Factores de riesgo de pérdida auditiva en neonatos y lactantes	
Antecedente familiares de sordera	No
Bajo peso al nacer	No
Espectro Oculo-Auriculo-Vertebral o Síndrome de Goldenhar	No
Hipoxia neonatal	No
Infecciones del oído	No
Labio y/o paladar hendido	No
Malformación anatómica auricular y/o CAE	No
Incompatibilidad de RH	No
Procesos bacterianos tratados con antibióticos ototóxicos	No
Procesos virales prenatales	No
Recién nacido prematuro	No
Reflejos auditivos alterados	No
Retraso del desarrollo motor	No
Secuelas de meningitis	No
Síndrome de Down	No
Trastorno respiratorio	No
Traumas perinatales	No
Traumas prenatales	No
Apgar bajo	No
Permanencia en unidad de cuidado intensivo neonatal	No
Malformaciones congénitas de cabeza y cuello	No
Síndromes relacionados con desordenes auditivo-vestibulares	No
Tamizaje metabólico anormal	No
Factor de riesgo de pérdida auditiva en preescolares	
Infecciones del oído	No
Malformación anatómica auricular	No
Exposición a ruido de alta intensidad	No
Trastorno auditivo por cambios de presión atmosférica	No
Traumas en zona temporal de la cabeza	No
Respuestas auditivas disminuidas	No
Sensación de presión o dolor en el oído	No
Antecedente de supuración de los oídos	No
Estenosis de conducto auditivo externo	No
Audición fluctuante	No
Problemas de socialización	No
Trastornos del comportamiento	No
Trauma craneoencefálico	No
Ingesta de sustancias tóxicas	No
Fallas de comprensión auditiva	No
Antecedente familiar de sordera	No
Bajo peso al nacer	No
Espectro Oculo-Auriculo-Vertebral o Síndrome de Goldenhar	No
Labio y/o paladar hendido	No
Malformación anatómica auricular y/o CAE	No
Incompatibilidad sanguínea (RH)	No
Procesos bacterianos tratados con antibioticos aminoglucósidos (ototóxicos)	No
Procesos virales prenatales	No
Bajo rendimiento académico	No
Retraso del desarrollo motor o del lenguaje	No
Secuelas de meningitis	No
Síndrome de Down	No
Síndromes relacionados con desórdenes auditivo-vestibulares	No
Trastorno respiratorio	No
Traumas perinatales	No
Traumas prenatales	No

Fecha	Resultado	Prestador
08/10/2025		YAMILE SHIRLEY PAZ MUÑOZ

VALORACIÓN DE LA SALUD BUCAL

Valoración de la salud bucal: ADECAUDA

Items de valoración	
Caries:	NORMAL
Presencia de cálculos :	SI
Coloración de las encías es rosa pálido:	SI
Presenta crecimiento de las encías:	SI
Tiene problemas de masticación:	SI
Tiene problemas de deglución:	SI
Tiene alteraciones del habla:	SI
Tiene algún impacto en la autoestima del paciente su salud bucal:	SI
Tiene algún impacto en la función del paciente su salud bucal:	SI

Administradora: EMSSANAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.S **Paciente:** VALERY JATHZIRY VIDEZ SALAS

Atención en salud por pediatría, medicina general o familiar y enfermería para la primera, infancia

08/10/2025	ADECAUDA		YAMILE SHIRLEY PAZ MUÑOZ
	Items de valoración		
	Boca	NORMAL	
	Caries	NORMAL	
	Presencia de fluorosis dental		
	Presencia de cálculos	SI	
	Funcionalidad (masticación,deglución,habla fonación...)		
	Estado de las estructuras odontomaxilofaciales		
	Maxilar superior	NORMAL	
	Maxilar inferior	NORMAL	
	Labios	NORMAL	
	Lengua	NORMAL	
	Comisura labial	NORMAL	
	Mejilla-carrillos	NORMAL	
	Encias	NORMAL	
	Zona retro molar	NORMAL	
	Piso de boca	NORMAL	
	Superficie ventral y dorsal de lengua	NORMAL	
	Paladar duro y blando		
	Orofaringe		
	Articulación temporomandibular	NORMAL	
	Estructuras dentales	NORMAL	
	Coloración de las encias es rosa pálido	SI	
	Presenta crecimiento de las encias	SI	
	Tiene problemas de masticación	SI	
	Tiene problemas de deglución	SI	
	Tiene alteraciones del habla	SI	
	Tiene algún impacto en la autoestima del paciente su salud bucal	SI	
	Tiene algún impacto en la fonación del paciente su salud bucal	SI	

VALORACIÓN DE LA SALUD MENTAL

Valoración de la salud mental: DURANTE LA ENTREVISTA, PACIENTE SE MUESTRA ALERTA, ORIENTADO EN TIEMPO, LUGAR Y PERSONA, CON UN ESTADO DE ANIMO ESTABLE Y ADECUADO CONTACTO VISUAL. REFIERE BUEN MANEJO EMOCIONAL Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO. NO SE EVIDENCIAN SIGNOS DE ANSIEDAD, DEPRESION O ALTERACIONES DEL PENSAMIENTO.

Fecha	Evoluciones	Prestador
08/10/2025	DURANTE LA ENTREVISTA, PACIENTE SE MUESTRA ALERTA, ORIENTADO EN TIEMPO, LUGAR Y PERSONA, CON UN ESTADO DE ANIMO ESTABLE Y ADECUADO CONTACTO VISUAL. REFIERE BUEN MANEJO EMOCIONAL Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO. NO SE EVIDENCIAN SIGNOS DE ANSIEDAD, DEPRESION O ALTERACIONES DEL PENSAMIENTO.	YAMILE SHIRLEY PAZ MUÑOZ

ESQUEMA DE VACUNACIÓN

Vacuna	Dosis única	1° Dosis	2° Dosis
Hepatitis B		29/09/2020	
Bacillus Calmette-Guérin (BCG)	29/09/2020		

MICRONUTRIENTES EN POLVO

Fortificación Casera en la primera infancia: No aplica
Vitamina A en la primera infancia: No aplica
Hierro en la primera infancia: No aplica
Desparasitación intestinal: No -

Fecha	Resultado			Prestador
	Micronutriente	**Cantidad a suministrar en el dia**	**Durante**	
08/10/2025	VitaminaA	0	0 Dias	YAMILE SHIRLEY PAZ MUÑOZ

INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN EN SALUD

Prácticas de crianza protectoras y basadas en derechos	☑
Prevención de violencias	☑
Adecuada alimentación	☑
Prácticas para la adecuada manipulación de alimentos	☑
Prevención de enfermedades transmitidas por alimentos	☑
Hábitos y estilos de vida saludables	☑
Evitación del sedentarismo	☑
Evitación del uso prolongado de televisión, computadores y otras pantallas	☑
Cuidado del oido y la visión	☑
Hábitos de higiene personal y de cuidado bucal	☑
Alertas tempranas de las pérdidas auditivas	☑
Conductas protectoras	☑
Salud mental	☑
Prevención de accidentes	☑
Signos de alarma para enfermedades (asma, tuberculosis, gripa, diarrea y fiebre)	☑
Derechos de los niños	☑
Lactancia materna exclusiva	☑
Necesidades del bebé	☑
Prácticas de cuidado especiales	☑
Inicio de la alimentación complementaria	☑
Pautas para la estimulación del desarrollo	☑
Derecho de las madres	☑

Administradora: EMSSANAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.S **Paciente:** VALERY JATHZIRY VIDEZ SALAS

Atención en salud por pediatría, medicina general o familiar y enfermería para la primera infancia

Fecha	08/10/2025
Parámetro	Dato
Prácticas de crianza protectoras y basadas en derechos	Si
Prevención de violencias	Si
Adecuada alimentación	Si
Prácticas para la adecuada manipulación de alimentos	Si
Prevención de enfermedades transmitidas por alimentos	Si
Hábitos y estilos de vida saludables	Si
Evitación del sedentarismo	Si
Evitación del uso prolongado de televisión, computadores y otras pantallas	Si
Cuidado del oído y la visión	Si
Hábitos de higiene personal y de cuidado bucal	Si
Alertas tempranas de las pérdidas auditivas	Si
Conductas protectoras	Si
Salud mental	Si
Prevención de accidentes	Si
Signos de alarma para enfermedades (asma, tuberculosis, gripa, diarrea y fiebre)	Si
Derechos de los niños	Si
Lactancia materna exclusiva	Si
Necesidades del bebe	Si
Prácticas de cuidado especiales	Si
Inicio de la alimentación complementaria	Si
Pautas para la estimulación del desarrollo	Si
Derecho de las madres	Si
Prestador	YAMILE SHIRLEY PAZ MUÑOZ

VARIABLES 2175 0 A 5 AÑOS

Fecha de suministro de sulfato ferroso (a partir de los 24 meses de edad):	01/01/8000
Fecha de suministro de vitamina A:	01/01/8000
Fecha se suministro de micronutrientes en polvo (de 6 a 23 meses de edad):	01/01/8000
Fecha de toma de hemoglobina:	01/01/8000
Resultado de toma de hemoglobina:	0

PRÓXIMO CONTROL

Fecha próximo control: 08/10/2026

DIAGNÓSTICOS

Consulta:	8/22732 - CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL RIAS
Finalidad de la consulta:	1 - Valoracion integral para la promocion y mantenimiento
Tipo de diagnóstico principal:	2 - Confirmado nuevo
Causa externa:	40 - Promocion y Mantenimiento de la salud
Diagnóstico principal:	Z001 - CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO

EVOLUCIÓN POR ENFERMERÍA

SE TRATA DE PACIENTE QUE ACUDE A CONSULTA PARA LA PRIMERA INFANCIA, EN QUIEN SE REALIZA ANAMNESIS COMPLETA, SE VERIFICA REALIZACION Y RESULTADOS DE PRUEBAS DE TAMIZAJE, SE INDAGA SOBRE LOS HITOS DEL DESARROLLO, SE INDAGA A FONDO SOBRE ANTECEDENTES FAMILIARES, SE INDAGA TAMBIEN SOBRE PRACTICAS DE ALIMENTACION, SE BUSCA FACTORES DE RIESGO SOBRE PRESENCIA DE ALTERACIONES NUTRICIONALES, SE AVERIGUA SOBRE RUTINAS Y HABITOS SALUDABLES, PRACTICAS DE CRIANZA Y CUIDADO, SE REALIZA VALORACION DE LA DINAMICA FAMILIAR A TRAVEZ DE FAMILIOGRAMA, SE VALORA CONDICIONES DE VIDA Y CONTEXTO SOCIAL AL IGUAL QUE LAS REDES DE APOYO MEDIANTE EL ECOMAPA, SE HACE VALORACION DEL DESARROLLO INICIALMENTE INDAGANDO A SUS PADRES, SE APLICA ESCALA ABREVIADA DEL DESARROLLO, SE REALIZA VALORACION DEL ESTADO NUTRICIONAL Y SEGUIMIENTO A LOS PARAMETROS ANTROPOMETRICOS, DE ACUERDO A PESO, TALLA Y PERIMETRO CEFALICO, SE REGISTRA RESULTADOS EN LAS TABLAS CORRESPONDIENTES, SE HACE VALORACION DE LA SALUD SEXUAL HACIENDO REVISION MEDIANTE INSPECCION EN EL EXAMEN FISICO, SE HACE ENFASIS A LOS PADRES EN PRACTICAS DE CRIANZA PROTECTORAS Y BASADAS EN DERECHOS, QUE SE DEBE PREVENIR TODOS LOS TIPOS DE VIOLENCIAS, SE HACE PROMOCION DE LA SALUD DEL BIENESTAR Y DEL CRECIMIENTO, DEL DESARROLLO DE LA ADECUADA ALIMENTACION, COMO DEBE MANIPULAR DE MANERA ADECUADA LOS ALIMENTOS, COMO SE DEBE PREVENIR ENFERMEDADES TRASMITIDAS POR ALIMENTOS, SE PROMOCIONAN HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES QUE SE DEBE EVITAR EN SEDENTARISMO, SE DEBE REGULAR EL USO PROLONGADO DE TELEVISION, COMPUTADORES Y OTRAS PANTALLAS, COMO SE DEBE REALIZAR EL CUIDADO DE LOS OIDOS Y DE LA VISION, CONSTANCIA EN LOS HABITOS DE HIGIENTE PERSONAL Y DEL CUIDADO BUCAL, QUE LOS CUIDADORES DEBEN ESTAR PENDIENTES A LAS ALERTAS TEMPRANAS DE LAS PERDIDAS AUDITIVAS, QUE SE DEBEN ESTABLECER NORMAS DE CONTROL Y MANEJO DEL RUIDO, MANTENIMIENTO DE LOS AMBIENTES QUE PROPICIEN UNA AUDICION SEGURA, NORMAS PARA PREVENCION DE ACCIDENTES (DE TRANSITO COMO PASAJERO O DE PEATON), SE EXPLICAN LOS SIGNOS DE ALARMA PARA LAS ENFERMEDADES PREVALENTES EN LA INFANCIA COMO ASMA, TUBERCULOSIS, SE EDUCA A LA PACIENTE EN SIGNOS DE ALARMA Y CUANDO ACUDIR A URGENCIAS, LA IMPORTANCIA DE LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS ESPECIALMENTE EL DERECHO A LA SALUD.

Fecha	Evoluciones	Prestador
08/10/2025	SE TRATA DE PACIENTE QUE ACUDE A CONSULTA PARA LA PRIMERA INFANCIA, EN QUIEN SE REALIZA ANAMNESIS COMPLETA, SE VERIFICA REALIZACION Y RESULTADOS DE PRUEBAS DE TAMIZAJE, SE INDAGA SOBRE LOS HITOS DEL DESARROLLO, SE INDAGA A FONDO SOBRE ANTECEDENTES FAMILIARES, SE INDAGA TAMBIEN SOBRE PRACTICAS DE ALIMENTACION, SE BUSCA FACTORES DE RIESGO SOBRE PRESENCIA DE ALTERACIONES NUTRICIONALES, SE AVERIGUA SOBRE RUTINAS Y HABITOS SALUDABLES, PRACTICAS DE CRIANZA Y CUIDADO, SE REALIZA VALORACION DE LA DINAMICA FAMILIAR A TRAVEZ DE FAMILIOGRAMA, SE VALORA CONDICIONES DE VIDA Y CONTEXTO SOCIAL AL IGUAL QUE LAS REDES DE APOYO MEDIANTE EL ECOMAPA, SE HACE VALORACION DEL DESARROLLO INICIALMENTE INDAGANDO A SUS PADRES, SE APLICA ESCALA ABREVIADA DEL DESARROLLO, SE REALIZA VALORACION DEL ESTADO NUTRICIONAL Y SEGUIMIENTO A LOS PARAMETROS ANTROPOMETRICOS, DE ACUERDO A PESO, TALLA Y PERIMETRO CEFALICO, SE REGISTRA RESULTADOS EN LAS TABLAS CORRESPONDIENTES, SE HACE VALORACION DE LA SALUD SEXUAL HACIENDO REVISION MEDIANTE INSPECCION EN EL EXAMEN FISICO, SE HACE ENFASIS A LOS PADRES EN PRACTICAS DE CRIANZA PROTECTORAS Y BASADAS EN DERECHOS, QUE SE DEBE PREVENIR TODOS LOS TIPOS DE VIOLENCIAS, SE HACE PROMOCION DE LA SALUD DEL BIENESTAR Y DEL CRECIMIENTO, DEL DESARROLLO DE LA ADECUADA ALIMENTACION, COMO DEBE MANIPULAR DE MANERA ADECUADA LOS ALIMENTOS, COMO SE DEBE PREVENIR ENFERMEDADES TRASMITIDAS POR ALIMENTOS, SE PROMOCIONAN HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES QUE SE DEBE EVITAR EN SEDENTARISMO, SE DEBE REGULAR EL USO PROLONGADO DE TELEVISION, COMPUTADORES Y OTRAS PANTALLAS, COMO SE DEBE REALIZAR EL CUIDADO DE LOS OIDOS Y DE LA VISION, CONSTANCIA EN LOS HABITOS DE HIGIENTE PERSONAL Y DEL CUIDADO BUCAL, QUE LOS CUIDADORES DEBEN ESTAR PENDIENTES A LAS ALERTAS TEMPRANAS DE LAS PERDIDAS AUDITIVAS, QUE SE DEBEN ESTABLECER NORMAS DE CONTROL Y MANEJO DEL RUIDO, MANTENIMIENTO DE LOS AMBIENTES QUE PROPICIEN UNA AUDICION SEGURA, NORMAS PARA PREVENCION DE ACCIDENTES (DE TRANSITO COMO PASAJERO O DE PEATON), SE EXPLICAN LOS SIGNOS DE ALARMA PARA LAS ENFERMEDADES PREVALENTES EN LA INFANCIA COMO ASMA, TUBERCULOSIS, SE EDUCA A LA PACIENTE EN SIGNOS DE ALARMA Y CUANDO ACUDIR A URGENCIAS, LA IMPORTANCIA DE LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS ESPECIALMENTE EL DERECHO A LA SALUD.	YAMILE SHIRLEY PAZ MUÑOZ

EVOLUCIÓN CLINICA / DIAGNÓSTICO

HABITO SD EHIGIENE, NUTRICIONALES.

Fecha	Evoluciones	Prestador
08/10/2025	HABITO SD EHIGIENE, NUTRICIONALES.	YAMILE SHIRLEY PAZ MUÑOZ

VALERY JATHZIRY VIDEZ SALAS
RC - 1081288108

YAMILE SHIRLEY PAZ MUÑOZ
MEDICINA GENERAL
27094365

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.

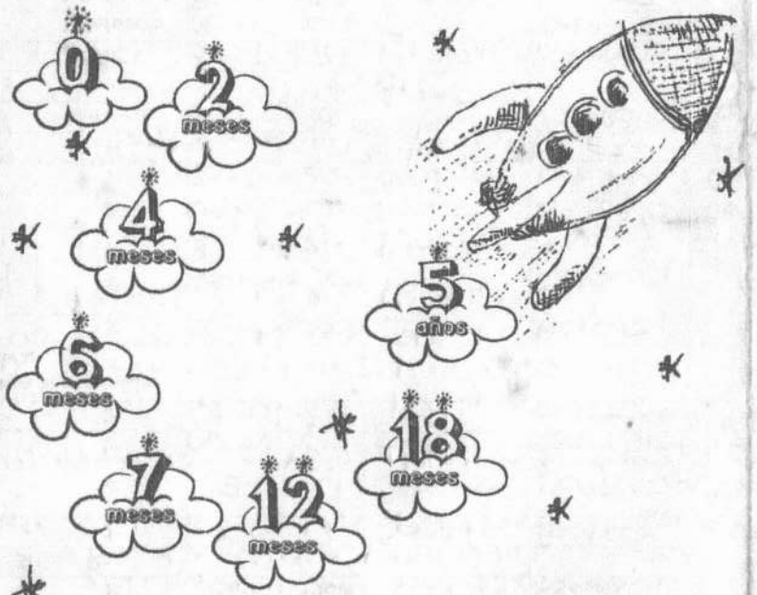
Valor reportado TSH:	
Fecha verificación:	
Profesional que verificó:	

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
Pongan mi vida hoy que protegeré 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: Valerie Jathziry Videz Solas
Fecha de nacimiento: 29-Sep-2020
Nº de certificado de nacido vivo: 161870038
Registro civil: 1081288108
Sexo: Femenino
Grupo sanguíneo: O+
Peso al nacer: 3260gr Talla 52cm PC: 34cm
Dirección:
Teléfono: 3207772647
Responsable: Angela Johana Solas
Municipio de residencia: Pasto
Departamento: Nariño
Edad Gestacional 38ss
Apgar 8-9

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

Nombre: Valeric Jathzin Ucdo Salas

Registro Civil: 1091288108

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	29-9-2020	Serum	03186186	HUDN		Yolanda.
	Hepatitis B	Recién nacido	29-9-2020	Serum	03294078	HUDN		Adriana
2 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí☐ No☐						
	Polio (Oral - IM) VIP	1ª	30-011 2020	Sanofi	Pasteur	P3NCL61U		Centro
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	30-011 2020	Serum	2859x001F			Salud
	Rotavirus	1ª	30-011-2020	65R	AR01L128AA			Lorenzo
	Neumococo	1ª	30-011-2020	65R	ASPN32229A			Amanda Muñoz
4 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí☐ No☐						
	Polio (Oral - IM)	2ª	02-02-21	Sanofi	Pasteur	R32891U		
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	02-02-21	Serum	2859x005A	Serum		Centro
	Rotavirus	2ª	02-02-21	65F	AJPN32232BA	65R		Salud Lorenzo
	Neumococo	2ª	02-02-21	65R	AR01C965AA	65R		Amanda Muñ.
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.							
	Polio (Oral - IM)	3ª	30-Marzo-2021	Serum	2017004	HFUD		Ana Legarda
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	30-Marzo 2021	Biclo	25504021	HFUD		Ana Legarda
	Influenza	1ª	7-7-21	Sanofi	03B27	Centros Lorenzo		Mana J
7 Meses	Influenza	2ª	0908-2021	SanoFi	03B5710	Centros Lorenzo		2do Mau
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	30-09-2021	Serum	01201NC93A	Centros Lorenzo		Maria J
	Fiebre Amarilla	1ª	30-09-2021	Sanofi	U3E37	centros Lorenzo		Maria L
	Neumococo	Refuerzo	30-09-2021	65R	ASPN03106A	Centro S Lorenzo		Maria J
	Influenza	Anual	Sin registro					
	Hepatitis A	ÚNICA	30-09-2021	Merk	U006196	Centro S Lorenzo		Mana J
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1° Refuerzo	30-03-2022	Serum	2880CU9A	HFUD		Saoly M
	Polio (Oral - IM)	1° Refuerzo	30-03-2022	Serum	1801P02	HFUD		Saoly M
5 Años	Polio (Oral - IM)	2° Refuerzo	03/10/25	Serum	23L4006	HHD		Eduardo B
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2° Refuerzo	03/10/25	Serum	2811M01243	HFID		Eduardo B
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo	17-03-23	Serum	01311028A	HFID		Karen A.
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª						
	VPH	2ª						
	VPH	3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis	Vacuela	1d	30.09.21	Mera	U006190	Centros Lorenzo	Cita 9 AÑOS	Mana J
	Varicela	2d	03/10/25	merck	2029Z3	HFID		Eduardo B
	SR	Ref	30-03-22	Serum		HFID		Saoly M

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.

Pita: Cuando cumpla 5 Años

22
124

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 LA DORADA. FECHA: DÍA 02 MES 05 AÑO 2025 HORA: 2:14 PM

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES VALERY JATHZIRY APELLIDOS VIDEZ SAIA

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ NÚMERO: 1081288108.

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 29 MES: 09 AÑO: 20 / EDAD: 4 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE ESS

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) NO DISPONIBILIDAD DE BIOLOGICO

¿CÓMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides).
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar NINGUNO 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: [signature]

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

Nombres HOIMER Apellidos RUAIEZ

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 1122341443

Firma: [signature]

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: Sorly Martinez Tec. Aux. en Enfermería CC. No. 1122336822

Firma [signature] Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número [signature]

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFID

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Putumayo MUNICIPIO: Sunmar

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.

ODONTOLOGIA INTEGRAL STEPHANNY ORTEGA

CERTIFICADO ODONTOLÓGICO DE HIGIENE ORAL

La suscrita **Stephanny Ortega**, Odontóloga, egresada de la **Universidad Cooperativa de Colombia – Campus Pasto**, con **Registro Profesional No. 52-570**, certifica que:

La niña **Valery Jathziry Videz Salas**, identificada con **Registro Civil No. 1081288108**, de **5 años de edad**, asistió a consulta odontológica acompañada de su madre **Angela Salas**.

En la valoración realizada se efectuó:

- Examen clínico odontológico.
- Índice de placa bacteriana.
- Profilaxis dental.

Durante el examen se observa que la paciente presenta **20 dientes presentes en boca, completamente sanos**, sin signos de caries ni patología evidente.

Se brindan recomendaciones de higiene oral y se programa **próxima cita de control en 6 meses**.

Se expide el presente certificado a solicitud de la interesada, en **La Dorada, San Miguel – Putumayo**, a los **20 días del mes de noviembre de 2025**.

Stephanny Ortega
ODONTÓLOGA
Reg. 52 - 570

Stephanny Ortega
Registro Profesional: 52-570
Universidad Cooperativa de Colombia – Campus Pasto

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 Valery Jathziry Videz Salas, identificado (a) con documento de identidad número 1081288108 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, Angela Yohana Salas, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1085285497 de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	~	Audios	~	Videos	—	Otros datos personales	

La autorización comprende:

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

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

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

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

Suscriben:

Firma: _____
Nombre: Yelmer Rodles
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 317 2267446
Fecha: 7- 09- 2025
Municipio: San Miguel

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

PACTO DE CONVIVENCIA MODALIDAD INSTITUCIONAL

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

DERECHOS Y DEBERES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

DERECHOS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

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

DEBERES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

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

DERECHOS Y DEBERES DE LOS PADRES DE FAMILIA

DERECHOS DE LOS PADRES DE FAMILIA

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

DEBERES DE LOS PADRES DE FAMILIA

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

(telefónico, mensajería y/o escrito).

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

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

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

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

Para efectos de legalidad, se firma el presente documento a los 28 días, del mes de abril del año 2025.

PAOLA CHATES
Coordinadora pedagógica

EDDY PATRICIA LÓPEZ
Apoyo psicosocial

Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Agente educativa

Valeny Videz

Huella del niño/niña

"Generamos Desarrollo con Energía"

Vigilado Superservicios

S.A. E.S.P.
NUIR: 2-86568000-7
Grandes Contribuyentes Res. 547 de 25/01/2002
Responsables de IVA

Código de Suscripción	SM 33841	Pago oportuno hasta:	02-ABR-2025	Mes Facturado
Factura Nro.	2037042934	Suspensión a partir de:	03-ABR-2025	MARZO 2025

Información General

Nombre:	DELISAURA MADROÑERO RAMOS		05-MAR-2025	Último pago $	126,050
Dirección:	BR METROPOLITANO	Tuve servicio de energía entre:	20-FEB-2025 - 20-MAR-2025 (28)		22-MAR-20

Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Área	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Tarifa	División Geopolítica
SM1	SM04	202	2	RESIDENCIAL	URBANA	1	2	AEREA	EMPRESA	105	SAN MIGUEL METROPOLITANO

Tipo de Documento	Fecha y hora de Emisión	Fecha y hora de Generación	Medio de Pago	Forma de Pago	Factura Electrónica de Venta

2.Información Consumo Energía

Componentes del Costo (CU): Generación + Transmisión + Distribución + Comercialización + Pérdidas + Restricción = CU ($/KwH)

527.66 + 49.85 + 253.32 + 121.95 + 70.79 + 14.68 = 1,038.25

2A.Información Medidor

Marca	Serial	Factor Múltiplo
HIK	16278340	

2B.Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	13258	13116
Reactiva:		

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

2C.Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	142	
Consumo Reactiva KVarh:	0	
Costo del consumo $	147410.2	
Tarifa (hasta 173 Kwh):	519.05	
Subsidio: % 50 $	-73705.1	
Contribución: % $0	0	
Sub Total $	73705.1	

Meses en deuda: 1 % Tasa Interés Moratorio: 5

2D.Consumo Ultimos 6 Meses

Mes	Consumo
2025/Feb	194
2025/Ene	212
2024/Dic	213
2024/Nov	164
2024/Oct	145
2024/Sep	192

Promedio: 187

2E.Información Calidad del Servicio

Tel. O.R. EEPB 01 8000 942415
Transformador: SED107 Grupo 22
DIUG 30.24 FIUG 19 Circuito C14
Cargo D. 249.01 Descto % 20
CFC 196.10
DIU 82.62 FIU 97.00
HC 6.56 VC 4.00
Valor a Compensar 19,531.88

3.Información de Créditos EEBP

Tipo 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	147,410.20	0	0.00	147,410
SUBSIDIO	-73,705.10	0	0.00	-73,705
AJUSTE A SUBSIDIO	2,516.09	0	0.00	2,516
COMPENSACION TRES CREG 015/2018	-19,531.88	0	0.00	-19,532
AJUSTE A LA DECENA	2.31	0	0.00	2

5.Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP 56,747

6.Información Facturación Convenio Impuesto Alumbrado Público

Sujeto Activo	Operador A.P.	Convenio No.	Dirección PQR	Valor Periodo	Saldo Ant.	Valor Total
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL	MUNICIPIO SAN MIGUEL	ACUERDO 008 31/08/2023	Cra 4 Cll 7 Esquina	14,263	0	14,263

7.Información Facturación Convenio Aseo y Alcantarillado

Concepto	Empresa	Dirección PQR	USO	Valor Tarifa	Subsidio o Factor Solidario	Cargo Consumo o Variable	Valor Tasa Ambiental	Saldo Anterior	Ajustes/Otros	Valor Total
Alcantarillado				0	0	0	0	0		0
Aseo*	Alcaldia San Mi	Cra 4 Cll 7 Esq B/La Liberta		12,000	0	0	0	0		12,000

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

8.Información Facturación Otros Convenios

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

Total EEBP	+ Total Impuesto Alumbrado público	+ Total Aseo y/o Alcantarillado	+ Total Otros Convenios	= Debo pagar en Total
56,747	14,263	12,000	0	83,010

CUFE:

a11434b0e1e4005d8c0a3d8f77c9f8bccdafda0d64f2d8dd320d08d47d9d7

(415)7709998005532(8020)100020370429343 6(3900)0000083010(96)20250402

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

www.eebpsa.com.co @eebpsaesp /eebpsa

Fac. Electronica: EEBP 169443

Resolución de facturación electrónica DIAN No 18764083711901
de fecha 20113/2024 desde No. 1 hasta No. 1000000

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

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad la Dorada san Miguel

Nombre completo de la niña o niño Valery Jathziry Yidez Salas

Fecha de nacimiento 29 09 2020 **N° Documento de Identidad** 1081 288108

Sexo Masculino ○ Femenino ● **Fecha de 1er día de atención en el año** Día 1 Mes 4 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Mayra R Vega

Fecha de registro cualitativo 2: 7 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 Valery. ha desarrollado diferentes habilidades motrices que le permite un buen manejo corporal. que se desenvuelve en el baile, así mismo en presentaciones al público es segura y confía en ella. de lo que puede hacer. Además propone soluciones ante una dificultad en el juego. se continuará con las actividades planteadas.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Mayra R. Vega

Fecha de registro cualitativo Día 2 10 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 Valery le gusta participar en bailes. y otro evento. demostrando su carisma y alegría expresando una gama de emociones. más amplia es pilota reconoce los números y colores. algunos en inglés, además participa en conversaciones cortas expresando sus ideas y sentimientos.

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: 7 Noviembre 2025 No. De inscripción: Grado al que se inscribe: 0 Municipio: San Miguel E. Educativo I.E.T.C.D

DATOS DEL ESTUDIANTE

APELLIDOS: Videz Salas NOMBRES: Valery Jathzury

LUGAR DE NACIMIENTO: Pasto FECHA DE NACIMIENTO: DÍA 29 MES 04 AÑO 2020

Genero: M ☐ F ☒ EDAD: 5 años Tipo de Documento: RC ☒ TI ☐ CC ☐ PE ☐ CE ☐ Cer. Cab. ☐ NES ☐

No. Documento 1081288108 EXPEDIDA EN Pasto

CON QUIEN VIVE? Papá y Mamá ☐ Mamá ☒ Papá ☐ Abuelos ☐ Número de hermanos: 3

PROVIENE DE OTRA INSTITUCIÓN EDUCATIVA? SI ☐ NO ☐ ¿CUAL?

INSTITUCIÓN: PÚBLICA PRIVADA REPITENTE? SI NO

TIENE HERMANOS ESTUDIANDO EN ESTE ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO? SI ☐ NO ☒

NOMBRES

GRADO

GRADO

NOMBRE DE LA EPS A LA CUAL ESTÁ AFILIADO Emsanar

DISCAPACIDADES: AUDITIVA ___ VISUAL ___ MOTORA ___ COGNITIVA ___ AUTIS ___

CUAL ___ TIPO DE SANGRE: O+ (Si presenta algún discapacidad)

PERTENECE A UNA ETNIA? SI ___ NO ☒ ¿CUAL? ___ LENGUA MATE ___

A QUE RESGUARDO PERTENECE? ___

VICTIMA DEL CONFLICTO? SI ___ NO ___ FECHA DE EXPULSIÓN ___ A

DPTO EXPULSIÓN ___ MUNICIPIO DE EXPULSIÓN ___

NIVEL SISBEN A5 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: ___ C.C. No: ___ DE ___ OCUPACIÓN ___

NOMBRE DE LA MADRE O ACUDIENTE: Angela Yohana Salas Rivera C.C. No: 1085281497 DE Pasto OCUPACIÓN ama de casa

DIRECCIÓN RESIDENCIA: ___ BARRIO: Metropolitano VEREDA ___ ZONA URBANA ☒ RURAL ___

TELÉFONO CASA ___ TELÉFONO CELULAR PADRE: 320 7772697 TELÉFONO CELULAR MADRE 320 7772697 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 – L

FIRMA DEL PADRE DE FAMILIA O ACUDIENTE

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

32
D/V

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Valery Videz. **UNIDAD DE ATENCIÓN:** jardin 2 **AGENTE EDUCATIVO:** Mayra Vega

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 1-4-2025

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)
DIC-2-NOV-2025	la madre llamo y manifesto que la niña se golpeo el menton durante la cena la cual la llevo al hapital y le cosieron 4 puntos, ademas le suministraron unos medicamento que le recomendo el medico.	se solicito orden medica		

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
3-DIC-2025	Se realiza seguimiento al estado de salud dela menor, la usuaria ingresa en compañia del padrastro al CDI, se evidencia que la herida es en la parte de la cantamba por la parte de inferior, y tenia puntos, se evidencio que la menor se encuentra activa jugando en la sala con los demas compañeros. Estefany Blandón Linares
4 Diciembre 2025	Se realiza seguimiento al estado de salud de la menor, la usuaria ingresa en compañia del padrastro al CDI, se evidencia que la niña esta bien de salud, no presenta incomodidad ni dolor, durante la jornada esta jugando con los demás compañeros en la sala. asi mismo se hacen recomendaciones de cuidado en casa para mejorar la salud de la menor. Estefany Blandon Linares
5-Diciembre 2025	Se realiza seguimiento al estado de salud de la menor, la usuaria ingresa al servicio, se evidencia que la niña esta bien de salud, no presenta incomodidad, ni dolor, durante la jornada esta jugando con los demas compañeros en la sala, y participa de las actividades propiestas por la agente educativa durante la jornada. Estefany Blandon

33
P/V

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Valery Jathzury Vides. UNIDAD DE ATENCIÓN: Jardin 2 AGENTE EDUCATIVO: Mayra Vega

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 1 — 4 - 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)
29-10-25	Se realiza llamado a lista y se evidencia que la niña Valery no asistio al CDI.	Se realiza llamada telefonica a la mamita y nos informa que la niño no asistio por motivos Personales.		

SAN MIGUEL - PUTUMAYO
TELÉFONO:3214190858
CORREO ELECTRÓNICO: almadevida@outlook.com

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	30-10-2018 la niña asiste sin ninguna novedad.

SAN MIGUEL - PUTUMAYO
TELÉFONO:3214190858
CORREO ELECTRÓNICO: almadevida@outlook.com

34
P/V

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Valery Videl Salas UNIDAD DE ATENCIÓN: Jardín 2 AGENTE EDUCATIVO: Mayra Vega

MUNICIPIO: San Miguel. FECHA DE INGRESO: 1 - 4 - 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)
16-10-2025	La madre llamo a las 7:30 am manifestando que la abuela materna le realizaron una cirugia la cual la madre de la niña le va a prestar cuidado por el dia de hoy y mañana 17 de octubre. Además Solicita permiso por la niña ya que tiene que desplazarse a la ciudad de pasto a prestarle cuidado a la momita.	Se recomienda a la madre facilitar el permiso por esento.		Angela Salas

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	17-10-2025. La madre manifesto que la niña se encuentra bien de salud, pero la abuela aun esta en recuperación de la cirujia. por esa razón no asiste la niña ya que se encuentra en la ciudad de Pasto pero el lunes ya asiste al CDI.

SAN MIGUEL - PUTUMAYO
TELÉFONO:3214190858
CORREO ELECTRÓNICO: almadevida@outlook.com

35
P/N

Fortaleciendo caminos de esperanza
Fundación Alma de Vida
Salud mental, psicología y desarrollo social

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Valery Y. Videz Solos **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Jardin 2 **AGENTE EDUCATIVO:** Moyra Vega.

MUNICIPIO: Don Miguel **FECHA DE INGRESO:** 1-4-2025.

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)
24-7-2025	La madre llamo a las 7:10 am manifestando que la niña amaneció con diarrea y vomito. por esa razón la niña no asiste.	se le recomendo a la madre que la lleve al medico 28-7-2025 la niña asistio normalmente. a la unidad.		
31-7-2025	La madre envio un mensaje por medio whatsap manifestando que. se les presento un inconveniente en la finca y se tiene que dirigir hoy allá y no tiene quien se la traiga y recoja hoy por esa razón solicita permiso.	se le recomienda a la madre que se apoye en su red. familiar para que la niña no falte al cdi.		

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	1-0-75 la niña asiste su madre a la unidad.

SAN MIGUEL - PUTUMAYO
TELÉFONO:3214190858
CORREO ELECTRÓNICO: almadevida@outlook.com

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Valery Jathzury Vides Salas UNIDAD DE ATENCIÓN: Jardin 2 AGENTE EDUCATIVO: Moyra Vega

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 1-4-2025

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	SEGUIMIENTO	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
1-6-2025	La madre refiere por medio whatsop que la niña esta delicada de salud. Además expresa que el dia domingo la llevo al hospital y le dieron incapacidad a la niña	se le recomienda a la madre que facilite la incapacidad ademas que le brinde los cuidados necesarios a la niña.	Siendo las 11:55 se acerca la mamá de la niña y facilita la incapacidad con diagnóstico de Infeccion aguda de las vias respiratorios superiores. desde el dia 2-hasta el 6-Junio de 2025.		

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
5/26/25	Se realiza seguimiento a estado de salud de la niña, la cual refiere la madre de familia que aun presenta mucha fiebre, tos, cuenta con 4 dias de incapacidad. Se le recomienda a la Madre de familia seguir con las indicaciones del medico, como tambien se le recomienda, brindar los cuidados necesarios y dar los medicamentos a los horas estipuladas. Coordinadora
9-6-2025.	Siendo las 9H10am se llamo a la madre. quien refiere. que la niña aun se encuentra delicada de salud, además le esta suministrando los medicamentos enviada por el medico. para la tos. 10-6-2025. la niña osiste a la unidad sin novedad de gripa y tos, además la madre refiere que si presenta fiebre o tos la Hume.

37

CLINICA SAN JORGE LA HORMIGA S.A.S

Codigo de habilitacion 868650026001 NIT: 900115211-7

Dir. CALLE PRINCIPAL Tel. 098- 4283272 - 3138873678.

CERTIFICADO INCAPACIDAD.

Folio No: 228307

Admision No: 0

PACIENTE: VIDEZ SALAS VALERY JATHZIRY
IDENTIFICACION: RC1081288108
No HISTORIA: 1081288108
EMPRESA: PARTICULAR.
REGIMEN: .

E.CIVIL: Otro
EDAD: 4 Años 8 Meses
SEXO: Femenino
FEC. NAC: 29/09/2020

FECHA ATENCION: 01/06/2025 11:08 a. m.
TELEFONO: 3237590827
MUNICIPIO: VALLE DEL GUAMUEZ
DIRECCION: LA DORADA METROPOLITANO

J069-INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES. NO ESPECIFICADA

DATOS GENERALES:

HA SIDO INCAPACITADO DURANTE:. . 5 dias
FECHA INICIO INCAPACIDAD:. . . . 2/06/2025
FECHA FINAL DE INCAPACIDAD:. . . 6/02/2025

INCAPACIDAD:

USUARIA CON CUADRO CLINICO COMPATIBLE CON INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS POR LO QUE SE DA TRATAMIETO E INCAPACIDAD POR 5 DIAS

CC 87452205

PROFESIONAL: PANTOJA ZAMBRANO HAROLD LUIS
ESPECIALIDAD: MEDICINA GENERAL
REGISTRO: 52887

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Valery Videz Salas UNIDAD DE ATENCIÓN: Jardin 2 AGENTE EDUCATIVO: Maya V.

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 1- 4 -2025

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	SEGUIMIENTO	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
29-4-25	A. Educativa dio a conocer a la madre de la niña que tiene pendiente el control de higiene Oral.	Se le recomienda a la madre facilitar los copias del control al momento			
5-5-25	la cual la madre expresa que la atención la tiene en la ciudad de pasto por esa razón	que regrese. d- la cita.	8-5-2025 la niña asiste, ademas la madre facilita la copia del control de higiene Oral.		
	solicita permiso para el dia 5, 6 de mayo. ya que la cita la tiene el dia 6-5- a las 3pm.		y la copia del corret- te vacuna la cual le facilitaron un papel jun- to con copia del corret. la cual la niña perdió la vacuna de influenza.		
3-6-2025	la madre llamo a las 7H30 am la cual ma- nifesto que amaneció con mucha fiebre y tos, y que la llevara al hospital.	Se le recomienda a la madre brinda- le los cuidados necesarios y anexe la copia del certi- ficado medico o formula.	11H55am se acerca la madre y facilita la inca- pacidad con diagnostico de infeccion aguda de las vias respiratorias. desde el 2- al 6-6-2025		

Valeria

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
6-08-2024	Se realiza llamada telefonica a la madre de familia, para saber como se encuentra la niña de su estado de salud, quien refiere que la niña esta mucho mejor y que esta siguendo las recomendaciones medicas. Apoyo psicosocial
9-06-2025	la niña asiste a la unidad de atención, a simple vista se observa bien de salud, rie, juega e interactua con sus pares. Apoyo psicosocial