



**JESÚS ALVARO UNIGARRO GARZÓN**  
*Abogado - Administrador de Empresas*  
*Esp. Contratación Estatal*  
*Esp. Derecho de Daño Responsabilidad Pública y*  
*Privada*

---

Pasto, 25 de julio de 2025.

Señores:

**JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DE PASTO**

E.S.D.

**RADICACIÓN:** 52001-33-33-002-2023-00260-00

**MEDIO DE CONTROL:** REPARACIÓN DIRECTA

**DEMANDANTE:** HUGO ALEXANDER MUÑOZ MUÑOZ Y OTROS

**DEMANDADO:** HOSPITAL EDUARDO SANTOS E.S.E. DE LA UNIÓN (N), CENTRO DE SALUD LA BUENA ESPERANZA Y OTROS.

Actuación: Contestación de la demanda.

**JESÚS ÁLVARO UNIGARRO GARZÓN**, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 87.453.859 de Samaniego (N), portador de la T.P No. 218.653 del C. S. de la J., actuando en calidad de apoderado judicial del Centro de Salud la Buenas Esperanza E.S.E, mediante el presente escrito me permito contestar la demanda de la referencia; para ello procedo en los siguientes términos:

**A LA RELACIÓN FÁCTICA**

1. Es cierto, conforme a los documentos allegados con la demanda.
2. Es cierto, conforme a los documentos allegados con la demanda.
3. Es cierto, conforme a los documentos allegados con la demanda.

***CARRERA 24 No. 20-14 OFICINA 302, CELULAR***  
***3172234394-3113777799, PASTO***

---



**JESÚS ALVARO UNIGARRO GARZÓN**  
*Abogado - Administrador de Empresas*  
*Esp. Contratación Estatal*  
*Esp. Derecho de Daño Responsabilidad Pública y*  
*Privada*

---

4. Es cierto, conforme a los documentos allegados con la demanda.

**A LA ESTRUCTURA DEL SERVICIO DE SALUD FRENTE LA VÍCTIMA**

3. Es cierto, conforme a los documentos allegados con la demanda.

4. No me consta, por lo que deberá probarse en el proceso.

5. No me consta, por lo que deberá probarse en el proceso.

**AL HECHO DAÑOSO**

6. Es cierto con relación a la afiliación del menor Andrés Felipe Muñoz Moncayo (q.e.p.d.) a la EPS EMSSANAR, no me consta y deberá probarse el hecho de su residencia.

7. No me consta, por lo que deberá probarse en el proceso.

8. No me consta, por lo que deberá probarse en el proceso.

9. No me consta, por lo que deberá probarse en el proceso.

10. No me consta, por lo que deberá probarse en el proceso.

11. No me consta, por lo que deberá probarse en el proceso.

12. **No es cierto**, ya que tal como se demuestra en la historia clínica y los hechos posteriores a este, se tiene que el menor llegó al Hospital Eduardo Santos de la Unión a las 10 de la noche del 18 de octubre de 2021, tal como lo paso a comprobar con los siguientes documentos:

18-10-2021	Core: Claudio	Andres Felipe	1159		18-10-21	H.E.S.	5.17	novedad	1055777777	Core: Lecho	01130	642
	Core: Lecho	Muñoz	1080903871	Paola Orjuel	22:00							

Fuente: Vitacora del Centro de Salud La Buena Esperanza E.S.E

**CARRERA 24 No. 20-14 OFICINA 302, CELULAR**  
**3172234394-3113777799, PASTO**

---



**JESÚS ALVARO UNIGARRO GARZÓN**  
*Abogado - Administrador de Empresas*  
*Esp. Contratación Estatal*  
*Esp. Derecho de Daño Responsabilidad Pública y*  
*Privada*

**EVOLUCION**

**PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS**

**PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS (Tipos y Resultados)**

RX DE TORAX CON INFILTRADOS PULMONARES PARA HILIARES TENDIENTES A LA CONSOLIDACION A NIVEL DERECHO  
 SARS-CoV-2 (COVID-19) Antígeno Negativo

HEMOGRAMA III MÉTODO AUTOMÁTICO Validado 21/10/18 22:59 (\*1)

Fuente: Página 107 de la subsanación de la demanda.



## Hospital Eduardo Santos E.S.E.

**Laboratorio Clínico - NIT: 891200952-8**

Carrera 2 # 16 - 08 Tel: 7442029 La Unión, Nariño  
 Vocación y Compromiso

**Nombre: ANDRES FELIPE MUÑOZ MONCAYO**

Cama No:            Orden No:        **2154249**

Identificación: RC - 1080903871

Edad: 1 años

Impreso: 18/10/2021 - 11:50:31 p. m.

Teléfono(s). 3107865646

Fecha Toma : 18/10/2021 10:58:37 p. m.

Fuente: Página 120 de la subsanación de la demanda.

<b>HOSPITAL EDUARDO SANTOS E.S.E</b> NIT 891200952-8 CARRERA 2 No. 16-08 LA UNIÓN (NARIÑO) TELEFONOS 7442029 - 7442030	
NOMBRE: MUÑOZ MONCAYO ANDRES FELIPE IDENTIFICACION: 1080903871 FECHA DE NACIMIENTO: 2020-02-08 () DIRECCION: V VILLANUEVA FECHA DE INGRESO: FECHA DE EGRESO: FECHA DE REGISTRO: 2021-10-18 22:05:14	MEDICO TRATANTE: YOBANA ALEXANDRA NOGUERA ACOSTA ENTIDAD: REGIMEN: TIPO DE USUARIO: BENEFICIARIO NIVEL DE USUARIO: NIVEL I

**SIGNOS VITALES**  
**SIGNOS VITALES**

<b>PESO(kg):</b> 10	<b>TALLA (cms):</b> 84	<b>IMC:</b> 14.17		
<b>FRECUENCIA RESPIRATORIA:</b> 20	<b>FRECUENCIA CARDIACA:</b> 184	<b>TEMPERATURA:</b> 37.0	<b>PULSO:</b> 184	<b>SPO2:</b> 96

**OBSERVACIONES**

Fuente: Página 161 de la subsanación de la demanda.

*CARRERA 24 No. 20-14 OFICINA 302, CELULAR*  
*3172234394-3113777799, PASTO*



*JESÚS ALVARO UNIGARRO GARZÓN*  
*Abogado - Administrador de Empresas*  
*Esp. Contratación Estatal*  
*Esp. Derecho de Daño Responsabilidad Pública y*  
*Privada*

---

En tal sentido, queda desvirtuado el hecho de manifestar que hubo un retardo de llegada desde el Centro de Salud la Buena Esperanza ESE hasta el Hospital Eduardo Santo de la Unión, de más de cuatro horas, ya que se demuestra que el menor llegó a las 10 pm al Hospital Eduardo Santos de la Unión, así los demuestran los documentos de la historia clínica y la vitacora que se anexa como prueba.

13. No me consta, por lo que deberá probarse en el proceso.
14. No me consta, por lo que deberá probarse en el proceso.
15. No me consta, por lo que deberá probarse en el proceso.
16. No me consta, por lo que deberá probarse en el proceso.
17. No me consta, por lo que deberá probarse en el proceso.
18. No me consta, por lo que deberá probarse en el proceso.
19. No me consta, por lo que deberá probarse en el proceso.
20. No me consta, por lo que deberá probarse en el proceso.
21. No me consta, por lo que deberá probarse en el proceso.
22. No me consta, por lo que deberá probarse en el proceso.
23. No me consta, por lo que deberá probarse en el proceso.
24. No me consta, por lo que deberá probarse en el proceso.
25. No me consta, por lo que deberá probarse en el proceso.
26. No me consta, por lo que deberá probarse en el proceso.
27. No me consta, por lo que deberá probarse en el proceso.
28. No me consta, por lo que deberá probarse en el proceso.
29. No me consta, por lo que deberá probarse en el proceso.

*CARRERA 24 No. 20-14 OFICINA 302, CELULAR*  
*3172234394-3113777799, PASTO*

---



**JESÚS ALVARO UNIGARRO GARZÓN**  
*Abogado - Administrador de Empresas*  
*Esp. Contratación Estatal*  
*Esp. Derecho de Daño Responsabilidad Pública y*  
*Privada*

---

- 30. No me consta, por lo que deberá probarse en el proceso.
- 31. No me consta, por lo que deberá probarse en el proceso.
- 32. No me consta, por lo que deberá probarse en el proceso.
- 33. No me consta, por lo que deberá probarse en el proceso.
- 34. No me consta, por lo que deberá probarse en el proceso.
- 35. No me consta, por lo que deberá probarse en el proceso.
- 36. No me consta, por lo que deberá probarse en el proceso.
- 37. No me consta, por lo que deberá probarse en el proceso.
- 38. No me consta, por lo que deberá probarse en el proceso.
- 39. No me consta, por lo que deberá probarse en el proceso.

**A LOS PERJUICIOS CAUSADOS**

- 40. No me consta, por lo que deberá probarse en el proceso.
- 41. No me consta, por lo que deberá probarse en el proceso.
- 42. No me consta, por lo que deberá probarse en el proceso; además de la revisión del escrito de subsanación de la demanda, no se encuentra documento alguno que respalde este hecho.

**A LAS DECLARACIONES Y CONDENAS**

**A LA PRIMERA:** Me opongo a que se declare al Centro de Salud la Buena Esperanza E.S.E, responsable administrativa y patrimonialmente por la muerte del menor Andrés Felipe Muñoz Moncayo, el día 19 de octubre de 2021.

***CARRERA 24 No. 20-14 OFICINA 302, CELULAR***  
***3172234394-3113777799, PASTO***

---



*JESÚS ALVARO UNIGARRO GARZÓN*  
*Abogado - Administrador de Empresas*  
*Esp. Contratación Estatal*  
*Esp. Derecho de Daño Responsabilidad Pública y*  
*Privada*

---

**A LA SEGUNDA:** Me opongo a que se condene al Centro de Salud La Buena Esperanza E.S.E, al pago de la indemnización de perjuicios materiales e inmateriales solicitada en la demanda, toda vez que como se comprobará en el proceso, la entidad que representó no incurrió en falla en el servicio de salud prestada al menor Andrés Felipe Muñoz Moncayo.

**A LA ESTIMACIÓN RAZONADA DE LA CUANTÍA**

En este acápite, se establece una cuantía de \$7.000.000, sin embargo, revisado del documento de subsanación de la demanda, no se encuentra aportado documento alguno que acredite este valor.

**EXCEPCIONES DE FONDO**

**Inexistencia de falla en servicio médico asistencial y administrativo.**

Se propone la presente excepción en el entendido que conforme al material probatorio (historia clínica), se puede concluir que el personal del Centro de Salud la Buena Esperanza E.S.E, para la época de los hechos obró conforme lo ordenan los protocolos médicos para este tipo de eventos; toda vez que tal como se logrará demostrar en el proceso, actuaron de manera diligente, siguiendo los procedimientos médicos que requirió el paciente al momento de los hechos.

Siguiendo con la explicación, es importante determinar para el caso concreto los siguientes aspectos.

*CARRERA 24 No. 20-14 OFICINA 302, CELULAR*  
*3172234394-3113777799, PASTO*

---



**JESÚS ALVARO UNIGARRO GARZÓN**  
*Abogado - Administrador de Empresas*  
*Esp. Contratación Estatal*  
*Esp. Derecho de Daño Responsabilidad Pública y*  
*Privada*

---

1. El Centro de Salud La Buena Esperanza E.S.E, es una institución prestadora de servicios de salud en el Municipio de Colón (N), de primer nivel de complejidad, tal como lo demuestra el sistema SIHO.

**(22) registros encontrados.**

Departamento	Municipio	Código Sede Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	Servicio	Distintivo
Nariño	COLÓN	5220301389	01	E.S.E. CENTRO DE SALUD LA BUENA ESPERANZA	312 -ENFERMERÍA	DHSS0261763
Nariño	COLÓN	5220301389	01	E.S.E. CENTRO DE SALUD LA BUENA ESPERANZA	328 -MEDICINA GENERAL	DHSS0261764
Nariño	COLÓN	5220301389	01	E.S.E. CENTRO DE SALUD LA BUENA ESPERANZA	333 -NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	DHSS0693350
Nariño	COLÓN	5220301389	01	E.S.E. CENTRO DE SALUD LA BUENA ESPERANZA	334 -ODONTOLOGÍA GENERAL	DHSS0261765
Nariño	COLÓN	5220301389	01	E.S.E. CENTRO DE SALUD LA BUENA ESPERANZA	344 -PSICOLOGÍA	DHSS0261766
Nariño	COLÓN	5220301389	01	E.S.E. CENTRO DE SALUD LA BUENA ESPERANZA	420 -VACUNACIÓN	DHSS0261767
Nariño	COLÓN	5220301389	01	E.S.E. CENTRO DE SALUD LA BUENA ESPERANZA	706 -LABORATORIO CLÍNICO	DHSS0261768
Nariño	COLÓN	5220301389	01	E.S.E. CENTRO DE SALUD LA BUENA ESPERANZA	712 -TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	DHSS0261769
Nariño	COLÓN	5220301389	01	E.S.E. CENTRO DE SALUD LA BUENA ESPERANZA	714 -SERVICIO FARMACÉUTICO	DHSS0261770
Nariño	COLÓN	5220301389	01	E.S.E. CENTRO DE SALUD LA BUENA ESPERANZA	748 -RADIOLOGÍA ODONTOLÓGICA	DHSS0261771
Nariño	COLÓN	5220301389	01	E.S.E. CENTRO DE SALUD LA BUENA ESPERANZA	749 -TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS	DHSS0261772
Nariño	COLÓN	5220301389	01	E.S.E. CENTRO DE SALUD LA BUENA ESPERANZA	1102-URGENCIAS	DHSS0261773
Nariño	COLÓN	5220301389	01	E.S.E. CENTRO DE SALUD LA BUENA ESPERANZA	1103-TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO	DHSS0261774
Nariño	COLÓN	5220301389	02	PUESTO DE SALUD DE VILLANUEVA	312 -ENFERMERÍA	DHSS0261807
Nariño	COLÓN	5220301389	02	PUESTO DE SALUD DE VILLANUEVA	328 -MEDICINA GENERAL	DHSS0261808
Nariño	COLÓN	5220301389	02	PUESTO DE SALUD DE VILLANUEVA	334 -ODONTOLOGÍA GENERAL	DHSS0261809
Nariño	COLÓN	5220301389	02	PUESTO DE SALUD DE VILLANUEVA	420 -VACUNACIÓN	DHSS0261810
Nariño	COLÓN	5220301389	02	PUESTO DE SALUD DE VILLANUEVA	712 -TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	DHSS0261811
Nariño	COLÓN	5220301389	02	PUESTO DE SALUD DE VILLANUEVA	714 -SERVICIO FARMACÉUTICO	DHSS0261812
Nariño	COLÓN	5220301389	02	PUESTO DE SALUD DE VILLANUEVA	749 -TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS	DHSS0261813
Nariño	COLÓN	5220301389	03	PUESTO DE SALUD LA PLATA	312 -ENFERMERÍA	DHSS0261820
Nariño	COLÓN	5220301389	04	PUESTO DE SALUD SAN CARLOS	312 -ENFERMERÍA	DHSS0261828



Fuente: Sistema de Información Hospitalaria -SIHO

2. Al ser la E.S.E de primer nivel, se debe tener en cuenta que no tiene habilitados todos los servicios para casos complejos, o que requieran de una especialidad en medicina, como puede ser el servicio de pediatría para el caso que nos ocupa.
3. Ante esta situación (y lo que se presentó en los hechos de la demanda), lo que hizo el personal médico de la E.S.E, fue inicialmente dale el tratamiento médico conforme a las instalaciones y capacidades que brinda el primer nivel de complejidad, con

**CARRERA 24 No. 20-14 OFICINA 302, CELULAR**  
**3172234394-3113777799, PASTO**

---



**JESÚS ALVARO UNIGARRO GARZÓN**  
*Abogado - Administrador de Empresas*  
*Esp. Contratación Estatal*  
*Esp. Derecho de Daño Responsabilidad Pública y*  
*Privada*

personal idóneo y procedimientos pertinentes, para luego sí remitir al menor Andrés Felipe a un nivel superior, como lo es el Hospital Eduardo Santos de La Unión (N), en donde tiene habilitado el servicio de pediatría y muchos servicios médicos más, tal como se comprueba con el reporte del SIHO.

1							
Departamento	Municipio	Código Sede Prestador	Se de	Nombre Sede Prestador	Servicio	Distintivo	
Nariño	LA UNIÓN	5239900234	01	E.S.E HOSPITAL EDUARDO SANTOS	129 -HOSPITALIZACIÓN ADULTOS	DHSS0260840	
Nariño	LA UNIÓN	5239900234	01	E.S.E HOSPITAL EDUARDO SANTOS	130 -HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA	DHSS0260841	
Nariño	LA UNIÓN	5239900234	01	E.S.E HOSPITAL EDUARDO SANTOS	203 -CIRUGÍA GENERAL	DHSS0260842	
Nariño	LA UNIÓN	5239900234	01	E.S.E HOSPITAL EDUARDO SANTOS	204 -CIRUGÍA GINECOLÓGICA	DHSS0260843	
Nariño	LA UNIÓN	5239900234	01	E.S.E HOSPITAL EDUARDO SANTOS	207 -CIRUGÍA ORTOPÉDICA	DHSS0260844	
Nariño	LA UNIÓN	5239900234	01	E.S.E HOSPITAL EDUARDO SANTOS	208 -CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA	DHSS0260845	
Nariño	LA UNIÓN	5239900234	01	E.S.E HOSPITAL EDUARDO SANTOS	209 -CIRUGÍA OTORRINOLARINGOLOGÍA		
Nariño	LA UNIÓN	5239900234	01	E.S.E HOSPITAL EDUARDO SANTOS	215 -CIRUGÍA UROLÓGICA	DHSS0260847	
Nariño	LA UNIÓN	5239900234	01	E.S.E HOSPITAL EDUARDO SANTOS	235 -CIRUGÍA GASTROINTESTINAL	DHSS0260848	
Nariño	LA UNIÓN	5239900234	01	E.S.E HOSPITAL EDUARDO SANTOS	301 -ANESTESIA	DHSS0260849	
Nariño	LA UNIÓN	5239900234	01	E.S.E HOSPITAL EDUARDO SANTOS	302 -CARDIOLOGÍA	DHSS0132140	

**CARRERA 24 No. 20-14 OFICINA 302, CELULAR**  
**3172234394-3113777799, PASTO**



**JESÚS ALVARO UNIGARRO GARZÓN**  
*Abogado - Administrador de Empresas*  
*Esp. Contratación Estatal*  
*Esp. Derecho de Daño Responsabilidad Pública y*  
*Privada*

Nariño	LA UNIÓN	5239900234	01	E.S.E HOSPITAL EDUARDO SANTOS	304 -CIRUGÍA GENERAL	DHSS0260850
Nariño	LA UNIÓN	5239900234	01	E.S.E HOSPITAL EDUARDO SANTOS	308 -DERMATOLOGÍA	
Nariño	LA UNIÓN	5239900234	01	E.S.E HOSPITAL EDUARDO SANTOS	312 -ENFERMERÍA	DHSS0260851
Nariño	LA UNIÓN	5239900234	01	E.S.E HOSPITAL EDUARDO SANTOS	316 -GASTROENTEROLOGÍA	DHSS0260852
Nariño	LA UNIÓN	5239900234	01	E.S.E HOSPITAL EDUARDO SANTOS	320 -GINECOBSTERICIA	DHSS0260853
Nariño	LA UNIÓN	5239900234	01	E.S.E HOSPITAL EDUARDO SANTOS	328 -MEDICINA GENERAL	DHSS0260854
Nariño	LA UNIÓN	5239900234	01	E.S.E HOSPITAL EDUARDO SANTOS	329 -MEDICINA INTERNA	DHSS0260855
Nariño	LA UNIÓN	5239900234	01	E.S.E HOSPITAL EDUARDO SANTOS	333 -NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	DHSS0260856
Nariño	LA UNIÓN	5239900234	01	E.S.E HOSPITAL EDUARDO SANTOS	335 -OFTALMOLOGÍA	DHSS0260857
Nariño	LA UNIÓN	5239900234	01	E.S.E HOSPITAL EDUARDO SANTOS	339 -ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGÍA	DHSS0260859
Nariño	LA UNIÓN	5239900234	01	E.S.E HOSPITAL EDUARDO SANTOS	340 -OTORRINOLARINGOLOGÍA	
Nariño	LA UNIÓN	5239900234	01	E.S.E HOSPITAL EDUARDO SANTOS	342 -PEDIATRÍA	DHSS0260861
Nariño	LA UNIÓN	5239900234	01	E.S.E HOSPITAL EDUARDO SANTOS	344 -PSICOLOGÍA	DHSS0260862
Nariño	LA UNIÓN	5239900234	01	E.S.E HOSPITAL EDUARDO SANTOS	355 -UROLOGÍA	DHSS0260863
Nariño	LA UNIÓN	5239900234	01	E.S.E HOSPITAL EDUARDO SANTOS	420 -VACUNACIÓN	DHSS0260864
Nariño	LA UNIÓN	5239900234	01	E.S.E HOSPITAL EDUARDO SANTOS	706 -LABORATORIO CLÍNICO	DHSS0260865

**CARRERA 24 No. 20-14 OFICINA 302, CELULAR**  
**3172234394-3113777799, PASTO**



**JESÚS ALVARO UNIGARRO GARZÓN**  
*Abogado - Administrador de Empresas*  
*Esp. Contratación Estatal*  
*Esp. Derecho de Daño Responsabilidad Pública y*  
*Privada*

Nariño	LA UNIÓN	5239900234	01	E.S.E HOSPITAL EDUARDO SANTOS	712 -TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	DHSS0260866
Nariño	LA UNIÓN	5239900234	01	E.S.E HOSPITAL EDUARDO SANTOS	714 -SERVICIO FARMACÉUTICO	DHSS0260867
Nariño	LA UNIÓN	5239900234	01	E.S.E HOSPITAL EDUARDO SANTOS	729 -TERAPIA RESPIRATORIA	DHSS0260868
Nariño	LA UNIÓN	5239900234	01	E.S.E HOSPITAL EDUARDO SANTOS	739 -FISIOTERAPIA	DHSS0260869
Nariño	LA UNIÓN	5239900234	01	E.S.E HOSPITAL EDUARDO SANTOS	742 -DIAGNÓSTICO VASCULAR	DHSS0627617
Nariño	LA UNIÓN	5239900234	01	E.S.E HOSPITAL EDUARDO SANTOS	744 -IMÁGENES DIAGNOSTICAS - IONIZANTES	DHSS0260870
Nariño	LA UNIÓN	5239900234	01	E.S.E HOSPITAL EDUARDO SANTOS	745 -IMÁGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES	DHSS0391956
Nariño	LA UNIÓN	5239900234	01	E.S.E HOSPITAL EDUARDO SANTOS	746 -GESTION PRE-TRANSFUSIONAL	DHSS0260871
Nariño	LA UNIÓN	5239900234	01	E.S.E HOSPITAL EDUARDO SANTOS	747 -PATOLOGÍA	DHSS0627618
Nariño	LA UNIÓN	5239900234	01	E.S.E HOSPITAL EDUARDO SANTOS	749 -TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS	DHSS0688450
Nariño	LA UNIÓN	5239900234	01	E.S.E HOSPITAL EDUARDO SANTOS	1101-ATENCIÓN DEL PARTO	DHSS0260872
Nariño	LA UNIÓN	5239900234	01	E.S.E HOSPITAL EDUARDO SANTOS	1102-URGENCIAS	DHSS0260873
Nariño	LA UNIÓN	5239900234	01	E.S.E HOSPITAL EDUARDO SANTOS	1103-TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO	DHSS0260874
Nariño	LA UNIÓN	5239900234	01	E.S.E HOSPITAL EDUARDO SANTOS	1104-TRANSPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO	DHSS0260875
1						

Fuente: Sistema de Información Hospitalaria -SIHO

4. Para corroborar lo anteriormente expuesto, se aporta con la presente contestación una auditoria de la historia clínica del menor Andrés Felipe, realizada por la

**CARRERA 24 No. 20-14 OFICINA 302, CELULAR**  
**3172234394-3113777799, PASTO**



**JESÚS ALVARO UNIGARRO GARZÓN**  
*Abogado - Administrador de Empresas*  
*Esp. Contratación Estatal*  
*Esp. Derecho de Daño Responsabilidad Pública y*  
*Privada*

---

profesional Andrea Reina Valencia, en donde se determina el procedimiento dado por el personal médico del Centro de Salud La Buena Esperanza E.S.E.

**“Análisis y Conclusiones:**

✓ *Se diagnostica patología según AIEPI dando tratamiento adecuado según cuadro de procedimientos establecido para la neumonía bacteriana.*

✓ *Se brindo educación en signos de alarma*

✓ *Su remisión al nivel de atención 2 fue de manera oportuna.*

✓ *Menor en proceso de atención con signos vitales estables no presento complicaciones respiratorias.*

✓ *Medico establece que tratamiento oral se contempla sin respuesta para lo cual remite a otro nivel de atención para manejo.*

✓ *Menor se remite a otro nivel de atención teniendo en cuenta que el Centro de Salud La Buena Esperanza ESE de nivel de atención 1 no cuenta con servicio de Pediatría habilitado para lo cual por la necesidad en la valoración por especialidad se remite a otro nivel para su atención y toma de ayudas diagnosticas como Rx de torax y demás que el niño requiere y en nivel 1 no se cuentan.”*

5. Sumado a lo anterior, y respecto del tiempo de llegada del menor Andrés Felipe Muñoz Moncayo desde el Centro de Salud La Buena Esperanza E.S.E, hacía el Hospital Eduardo Santos de la Unión, queda comprobado que fueron alrededor de **2 horas**, y **NO** las 4 horas que sostiene la parte demandante.

**CARRERA 24 No. 20-14 OFICINA 302, CELULAR**  
**3172234394-3113777799, PASTO**

---



**JESÚS ALVARO UNIGARRO GARZÓN**  
*Abogado - Administrador de Empresas*  
*Esp. Contratación Estatal*  
*Esp. Derecho de Daño Responsabilidad Pública y*  
*Privada*

---

### Rompimiento del nexo causal

Es importante poner de presente que en el asunto que nos ocupa no existió negligencia por parte del equipo médico y asistencial del Centro de Salud La Buena Esperanza E.S.E, ya que tal como como ha quedado registrado en la historia clínica, el menor fallece en otra institución de salud diferente a la entidad que represento.

### Innominada.

Solicito al señor Juez que de encontrarse demostrada otro tipo de excepción durante el proceso, sea declarada de manera oficiosa.

### PRUEBAS

#### Documentales

Se solicita tener como pruebas los siguientes documentos:

- Auditoria a la historia clínica emitida por la profesional Andrea Reina Valencia.
- Historia clínica del menor Andrés Felipe Muñoz Moncayo (q.e.p.d.)
- Vitacora del 21 de octubre de 2021.

**OBJETO DE LA PRUEBA:** Demostrar que el personal médico actuó conforme el protocolo dispuesto para los eventos, como el que se presentó con el menor el día de los hechos que dieron lugar a la demanda, así como también que el tiempo de remisión y llegada fue de aproximadamente 2 horas y no de 4 como se sostiene en la demanda.

### Testigos técnicos

**CARRERA 24 No. 20-14 OFICINA 302, CELULAR**  
**3172234394-3113777799, PASTO**

---



**JESÚS ALVARO UNIGARRO GARZÓN**  
*Abogado - Administrador de Empresas*  
*Esp. Contratación Estatal*  
*Esp. Derecho de Daño Responsabilidad Pública y*  
*Privada*

---

Solicito se decreten y recepciones los siguientes testimonios de los siguientes profesionales de la medicina que presenciaron los hechos que motivaron la demanda.

- Jinary Paola Ortega Ordóñez, Identificación C.C No. 1083813196, celular 3105348480. Correo electrónico [paola.ortegamd@gmail.com](mailto:paola.ortegamd@gmail.com)
- Luis Alejandro Caicedo Moncayo, Identificación C.C. No. 1085339022, celular 3045918851. Correo electrónico [alejox626@gmail.com](mailto:alejox626@gmail.com)

**OBJETO DE LA PRUEBA:** Con los anteriores testimonios se logrará demostrar las circunstancias de tiempo, modo y lugar en que ocurrieron los hechos; especialmente sobre las atenciones médicas dadas los días 17 y 18 de octubre de 2021 al menor Andrés Felipe Muñoz Moncayo.

#### ANEXOS

Aporto con la contestación de la demanda los siguientes documentos.

- Acuerdo de creación del Centro de Salud La Buena Esperanza E.S.E
- Poder otorgado por el Centro de Salud La Buena Esperanza E.S.E.
- Acta de posesión y decreto de nombramiento de la Gerente
- Documentos relacionados en el acápite de pruebas
- Escrito de llamamiento en garantía, acompañado de la póliza y certificado de existencia y representación de Aseguradora Solidaria de Colombia.

#### NOTIFICACIONES

***CARRERA 24 No. 20-14 OFICINA 302, CELULAR***  
***3172234394-3113777799, PASTO***

---



*JESÚS ALVARO UNIGARRO GARZÓN*  
*Abogado - Administrador de Empresas*  
*Esp. Contratación Estatal*  
*Esp. Derecho de Daño Responsabilidad Pública y*  
*Privada*

---

Las personales las recibiré en la carrera 24 No. 20-14 oficina 302 Edificio Plazuela Santo Domingo de Pasto, correo electrónico [jesus.unigarro@gmail.com](mailto:jesus.unigarro@gmail.com) celular 3113777799

Las notificaciones del Centro de Salud La Buena Esperanza E.S.E, se recibirán en los correos electrónicos

[subgerencia@esebuenaesperanza.gov.co](mailto:subgerencia@esebuenaesperanza.gov.co)

[gerenciag@esebuenaesperanza.gov.co](mailto:gerenciag@esebuenaesperanza.gov.co)

Atentamente,

**JESUS ALVARO UNIGARRO GARZON.**

C.C. No. 87.453.859 de Samaniego (Nariño).

T.P No. 218.653 del C. S. de la J.

---

***CARRERA 24 No. 20-14 OFICINA 302, CELULAR***  
***3172234394-3113777799, PASTO***



REPUBLICA DE COLOMBIA - DEPARTAMENTO DE NARIÑO  
 CONCEJO MUNICIPAL  
 LEIVA NARIÑO  
 NIT: 814002648-4

ACUERDO N° 022  
 (Diciembre 8 de 2006).

*"Por medio del cual se Transforma el Centro de Salud del MUNICIPIO DE LEIVA en Empresa Social del Estado - E.S.E. del orden Municipal"*

### EL CONCEJO MUNICIPAL DE LEIVA

En uso de sus atribuciones constitucionales y legales, en especial las que le confiere la Constitución Política en sus artículos 313 numeral 6° y en concordancia con las leyes 10 de 1990, 100 de 1993 y 715 del 2.001 y sus Decretos reglamentarios,

### ACUERDA

**ARTICULO PRIMERO.- Naturaleza Jurídica.** Transformase a partir de la vigencia del presente Acuerdo, el Centro de Salud del MUNICIPIO DE LEIVA (N), como Empresa Social del Estado (E.S.E.), entendida como descentralizada del orden Municipal, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, adscrita a la Dirección Local de Seguridad Social en Salud e integrante del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sometida al régimen jurídico previsto en el Capítulo III, artículo 194, 195 y 197 de la Ley 100 de 1993 y sus Decretos reglamentarios

De conformidad con el artículo 38 numeral 2 literal d) de la ley 489 de 1998, el Centro de Salud LEIVA – Empresa Social del Estado, forma parte del sector descentralizado por servicios de la rama ejecutiva del poder público, organizada por el MUNICIPIO DE LEIVA para la prestación en forma directa de servicios de Salud sometido al régimen previsto en la ley 100 de 1993, la ley 344 de 1996, la ley 489 de 1998, en los aspectos no regulados por dichas leyes y a las normas que las complementen sustituyan o adicione.

**ARTICULO SEGUNDO.- Denominación.** La denominación de la entidad pública transformada mediante el presente Acuerdo será: Centro de Salud **SAN JOSE** Empresa Social del Estado. En lo sucesivo y para efectos del presente Acuerdo, se llamará "LA EMPRESA".

**ARTICULO TERCERO.- Domicilio y Jurisdicción.** "La Empresa" tiene su domicilio y sede de sus órganos administrativos en el casco urbano del MUNICIPIO DE LEIVA y tiene su jurisdicción en todo el territorio del MUNICIPIO DE LEIVA - NARIÑO.

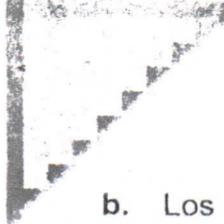
**ARTICULO CUARTO.- Objeto.** El objeto de "la Empresa" es la prestación del servicio público de salud del nivel I de complejidad, en el MUNICIPIO DE LEIVA - Nariño. En desarrollo de ese objeto prestará atención de servicios de salud, asistencia social y de rehabilitación y desarrollará proyectos y programas de promoción y prevención de salud.

**ARTÍCULO QUINTO.- Objetivos:** Son objetivos de la Empresa, los siguientes:

- a. Contribuir al desarrollo social del Municipio mejorando la calidad de vida, y reduciendo la morbilidad, la mortalidad, la incapacidad, el dolor y la angustia evitables en la población usuaria, en la medida en que esto esté a su alcance.
- b. Prestar los servicios de salud que la población requiera y que "La Empresa" de acuerdo con su capacidad, desarrollo y recursos disponibles pueda ofrecer.
- c. Producir servicios de salud eficientes y efectivos, que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósito.
- d. Garantizar, mediante un manejo gerencial el funcionamiento, rentabilidad social y financiera de "La Empresa".
- e. Ofrecer a las Empresas Promotoras de Salud y demás personas naturales o jurídicas que lo demanden, servicios y paquetes de servicios a tarifas competitivas en el mercado.
- f. Garantizar los mecanismos de participación ciudadana y comunitaria establecidos por la Ley y los reglamentos.
- g. Satisfacer los requerimientos del entorno, adecuando continuamente sus servicios y funcionamiento.

**ARTICULO SEXTO.- Patrimonio E INGRESOS:** Conformarán el patrimonio E INGRESOS de la Empresa:

- a. Todos los bienes Y recursos que actualmente se encuentren en cabeza del Centro de Salud DE LEIVA

- 
- 
- b. Los bienes que la Nación, el Departamento o el municipio le transfieran a cualquier título o los que se incluyan como parte del presupuesto de ingresos y rentas de "La Empresa" en cada vigencia fiscal, conforme al régimen especial que adopte la ley orgánica del presupuesto y la reglamentación respectiva.
  - c. Los bienes actualmente destinados por la Nación, el Departamento y el Municipio a "La Empresa" y los que en un futuro le sean destinados.
  - d. Los aportes que actualmente recibe el Centro de Salud y los que en un futuro se le asignen a "La Empresa", provenientes de los presupuestos Nacional, Departamental y Municipal.
  - e. Los recursos recaudados por concepto de contratación y venta de servicios a las Empresas Promotoras de Salud (EPS, ARS y ESS), ente territorial, otras Instituciones prestadoras de servicios de Salud y personas naturales que los soliciten.
  - f. Los ingresos por venta de medicamentos.
  - g. Las cuotas de recuperación que deben pagar los usuarios de acuerdo con su clasificación socioeconómica para acceder a los servicios médicos hospitalarios.
  - h. Los ingresos por concepto del seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito, conforme a la reglamentación que se expida sobre la materia,
  - i. Los aportes provenientes de los fondos asignados a las Juntas Administradoras Locales, si los hubiere, y de entidades que financien programas de seguridad social en salud, en los términos en que lo definan los reglamentos presupuestales a ellos aplicables.
  - j. Los recursos provenientes de la cooperación internacional.
  - k. Los rendimientos financieros por la inversión de sus recursos.
  - l. Los aportes de organizaciones comunitarias y organizaciones afines.
  - m. Los recursos provenientes de arrendamientos.
  - n. Los ingresos provenientes de entidades públicas o privadas para programas especiales.
  - o. Los provenientes de programas de cofinanciación.
  - p. Las donaciones y aporte voluntario de los particulares.

- q. Otros Ingresos con destinación a la financiación de sus programas, recibidos a cualquier título.
- r. Todos los demás bienes y recursos que cualquier título adquiriera "La Empresa" y los que por disposición expresa de la Ley le corresponda.

**ARTICULO SEPTIMO.- Estructura Básica:** "La Empresa" se organizará a partir de una estructura básica que incluya tres áreas, así:

- a. **Dirección:** Estará conformada por la **Junta Directiva y el Gerente**, quienes deberán mantener la unidad de objetivos e intereses de la Organización en torno a su misión y objetivos empresariales, identificar las necesidades y expectativas de los usuarios, determinar los mercados a atender definir la estrategia del servicio, asignar recursos, adoptar y adaptar normas de eficiencia y calidad controlando su aplicación en la gestión institucional y las demás funciones de dirección que exija el normal desenvolvimiento de "La Empresa".
- b. **Atención al usuario:** Estará conformada por el conjunto de unidades orgánico-funcionales encargadas de todo el proceso de producción y prestación de servicios de salud, con sus respectivos procedimientos y actividades, incluyendo la atención administrativa demandada por el usuario. Comprende la definición de políticas institucionales de atención, el tipo de recursos necesarios para el efecto, las formas y características de la atención y la dirección y prestación del servicio.
- c. **De logística:** Esta área comprenderá las unidades funcionales encargadas de ejecutar, en coordinación con las demás áreas, los procesos de planeación, adquisición, manejo, utilización, optimización y control de los recursos humanos, financieros, físicos y de información, necesarios para alcanzar y desarrollar los objetivos de "La Empresa", y realizar el mantenimiento de la planta física y su dotación.

**PARAGRAFO 1º.** A iniciativa del área de Dirección, se conformarán las Unidades Funcionales necesarias para el funcionamiento de La Empresa.

**PARAGRAFO 2º.** A iniciativa del gerente o de otra instancia superior, se podrán conformar órganos de asesoría y coordinación temporales o permanentes y que sean necesarios para el mejor funcionamiento de la "La Empresa". La Junta Directiva queda facultada para adoptar dichas conformaciones y no será necesario acudir de nuevo a la corporación pública que transforma "La Empresa".

**PARAGRAFO 3º.** Los Puestos de Salud del MUNICIPIO DE LEIVA quedarán bajo la dependencia del Centro de Salud DE LEIVA Empresa Social del Estado

**ARTICULO OCTAVO.- Órganos de Dirección:** La Dirección de "La Empresa social del estado" estará a cargo de la Junta Directiva y su Gerente, quien sera su representante legal

**ARTICULO NOVENO.- Junta Directiva:** La Dirección de "La Empresa", tendrá una Junta Directiva de seis (6) miembros, constituida de la siguiente manera:

1. EL Alcalde, o su delegado, quien la presidirá
2. El Director Local de Salud o su delegado.
3. Un (1) representante del estamento científico de la Institución elegido mediante voto secreto por y entre los funcionarios de "La Empresa" que tengan título profesional en áreas de la salud, cualquiera que sea su disciplina.
4. Un (1) representante del estamento científico elegido por el Director Local de Salud, de ternas propuestas por cada una de las asociaciones científicas de las diferentes profesiones de la salud que operan en el Municipio, o por el personal profesional de salud existente en su área de influencia, o en su defecto por otro profesional de la salud del centro de salud. Este representante será elegido de acuerdo con sus calidades científicas
5. Dos representantes de la comunidad, elegidos, así:
  - Un Representante designado por las Alianzas o Asociaciones de usuarios legalmente establecidas, mediante convocatoria realizada por la Dirección Local de Salud.
  - Un Representante designado por los gremios de la producción del área de influencia de La Empresa, en elección coordinada por la Cámara de Comercio de la localidad respectiva. No obstante, cuando éstos no tuvieran presencia en el lugar sede de "La Empresa", corresponderá designar el segundo representante a los Comités de Participación Comunitaria o asociación de usuarios del área de influencia de la Empresa.

**PARAGRAFO 1º.** De conformidad con el artículo 9o. del Decreto 1876 de 1.994, los miembros de la Junta Directiva de "La Empresa" tendrán un periodo de tres (3) años en el ejercicio de sus funciones y podrán ser removidos o reelegidos para periodos iguales por quienes los designaron. Los empleados públicos que incluyan dentro de sus funciones la de actuar como miembros de la Junta Directiva, lo harán mientras ejerzan dicho cargo.

**PARAGRAFO 2º.** En cumplimiento del Decreto 1757 de 1.994, "La Empresa social del estado", convocará inmediatamente a sus usuarios afiliados al régimen

contributivo, subsidiado y vinculados para la constitución de alianzas o asociaciones de usuarios.

**PARAGRAFO 3º.** A las reuniones de la Junta Directiva concurrirá, con voz pero sin voto, el Gerente de "La Empresa", quien actuará como Secretario Ejecutivo de la misma. Deberán concurrir también los demás funcionarios de "La Empresa" que la Junta Directiva determine, cuando las circunstancias así lo indiquen, en cuyo caso lo harán con voz pero sin voto.

**ARTICULO DIEZ.- Funciones de la Junta Directiva.-** Son funciones de la Junta Directiva del Centro de Salud DELEIVA – Empresa Social del Estado, las siguientes:

- a. Expedir, adicionar y reformar los Estatutos de "La Empresa".
- b. Discutir y aprobar los Planes de Desarrollo de "La Empresa".
- c. Aprobar los planes operativos anuales (POA).
- d. Analizar y aprobar el proyecto de presupuesto anual, y las operaciones presupuestales de crédito de "La Empresa", de acuerdo con el Plan de Desarrollo y el Plan Operativo para la vigencia.
- e. Aprobar las modificaciones de tarifas y cuotas de recuperación que proponga el director o Gerente, para ajustarse a las políticas tarifarias establecidas por las autoridades competentes en el sistema general de seguridad social en salud, en sus diversos órdenes.
- f. Aprobar el proyecto de planta de personal y las modificaciones a la misma, para su posterior adopción por el Gerente de "La Empresa".
- g. Aprobar los Manuales de Funciones y procedimientos, para su posterior adopción por el Gerente de "La Empresa".
- h. Establecer y modificar el reglamento interno de "La Empresa".
- i. Determinar el monto máximo hasta el cual podrá el Gerente comprometer a "La Empresa" a través de la celebración o suscripción de los contratos y/o convenios interadministrativos para la adquisición de bienes y/o servicios y autorizar al Gerente de "La Empresa" la celebración de aquellos contratos que superen lo establecido para contratación directa.
- j. Analizar los informes financieros y los informes de ejecución presupuestal presentados por el Gerente y emitir concepto sobre los mismos y sugerencias para mejorar el desempeño institucional.

- k. Supervisar el cumplimiento de los planes y programas definidos para "La Empresa".
- l. Servir de voceros de "La Empresa" ante las instancias político administrativas correspondientes y ante los diferentes niveles de Dirección del Sistema de Salud, apoyando la labor del Gerente en ese sentido.
- m. Asesorar el Gerente en los aspectos que éste considere pertinentes o en los asuntos que a juicio de la Junta lo amerite.
- n. Diseñar la política, de conformidad con las disposiciones legales, para la suscripción de los contratos de integración docente asistencial por el Gerente de "La Empresa".
- o. Designar el revisor fiscal y fijar sus honorarios, cuando el presupuesto de la institución lo exija, de conformidad con el artículo 22 del Decreto 1876 de 1994
- p. Determinar la estructura orgánico-funcional de la entidad
- q. Elaborar terna de candidatos y presentarla al Alcalde Municipal para la designación del Director o Gerente de "La Empresa".

**ARTÍCULO ONCE.- Requisitos para los miembros de la Junta Directiva.-** De conformidad con las normas vigentes, para poder ser miembro de la Junta Directiva se deben reunir los siguientes requisitos:

1. *Los delegados del estamento político administrativo deben:*

- Poseer título universitario
- No hallarse incurso en ninguna de las causales de incompatibilidades o inhabilidades contempladas en la Ley.
- Poseer experiencia mínima de dos (2) años en la administración de entidades públicas o privadas en cargos de nivel directivo, asesor o ejecutivo.

2. *Los representantes de la comunidad deben:*

- Estar vinculados y cumplir funciones específicas de salud en un comité de usuarios de servicios de salud, y acreditar una experiencia de trabajo no inferior a un (1) año en estos comités.
- No hallarse incurso en ninguna de las causales de inhabilidades e incompatibilidades contempladas en la Ley.

73

3. *Los representantes del sector científico de la salud deben:*

- Poseer título profesional en cualquiera de las disciplinas de la salud.
- No hallarse incurso en ninguna de las causales de inhabilidades e incompatibilidades contempladas en la Ley.

**PARAGRAFO:** Los requisitos establecidos en el numeral uno (1) del presente artículo no se aplican al Alcalde ni al Secretario de Salud quienes actúan en razón de su investidura, pero sí a sus delegados o representantes.

**ARTICULO DOCE.- Términos de la aceptación:** Una vez comunicada por escrito la designación y funciones como miembro de la de la Junta Directiva por parte de la Dirección Local de Salud, la persona en quien recaiga el nombramiento, deberá manifestar por escrito su aceptación o declinación dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a su notificación. En caso de aceptar tomará posesión ante el Director Local de Salud y su posesión deberá quedar consignada en un libro de actas que éste llevará para tal efecto. Copia del Acta de posesión será enviada por el Director Local de Salud al Gerente de "La Empresa".

**ARTICULO TRECE.- Honorarios de los miembros de la Junta:** De conformidad con el párrafo del Artículo 8º del decreto 1876 de 1994, el Concejo Municipal fijará los honorarios por asistencia a cada sesión de la Junta Directiva de "La Empresa", para los miembros de la misma que no sean empleados públicos. En ningún caso, dichos honorarios podrán superar el valor de medio salario mínimo mensual por sesión, sin perjuicio de reconocer en cuenta separada, los gastos de desplazamiento de sus integrantes, a que haya lugar. Los gastos que implique el cumplimiento de éstas disposiciones se imputarán al presupuesto de "La Empresa".

**ARTICULO CATORCE.- Reuniones de la Junta:** Sin perjuicio de lo que se disponga en los estatutos, la Junta Directiva se reunirá ordinariamente cada dos (2) meses y extraordinariamente a solicitud del presidente de la Junta o del Gerente de la "La Empresa", o cuando una tercera parte e de sus miembros así lo soliciten.

De cada una de las sesiones de la Junta Directiva se levantará un acta en el libro que para el efecto se llevará y que permanecerá bajo la custodia del Gerente de "La Empresa". El libro de actas deberá ser registrado ante la Dirección Local de Salud, entidad que ejerce las funciones de inspección, vigilancia y control.

**PARAGRAFO.** De conformidad con el párrafo del Artículo 10 del decreto 1876 de 1994, la inasistencia injustificada a tres (3) reuniones consecutivas o cinco (5) reuniones durante el año, será causal de pérdida del carácter de miembro de la Junta Directiva y el Gerente, solicitará la designación de reemplazo según las normas correspondientes.

(7A)

**ARTICULO QUINCE.- Denominación de los actos de la Junta Directiva:** Los actos de la Junta Directiva de denominarán *Acuerdos*. Se enumerarán sucesivamente con indicación del día, mes y año en que se expidan y serán suscritos por el Presidente y Secretario de la misma. De los acuerdos se deberá llevar un archivo consecutivo bajo la custodia directa del Gerente.

**ARTICULO DIECISEIS.- Del Gerente.-** La dirección de "La Empresa", estará a cargo del Gerente, quien tendrá el carácter de Representante Legal y será nombrado por el Alcalde, de terna que le presente la Junta Directiva, para un periodo de tres (3) años, de conformidad con lo dispuesto en la ley y la reglamentación vigente.

**PARAGRAFO. Transitorio:** Mientras se efectúa el proceso de conformación de la Junta Directiva de la ESE y se proceda a efectuar la convocatoria y nombramiento del gerente en propiedad, el Alcalde deberá nombrar bien sea en provisionalidad, encargatura o la figura administrativa pertinente, a un Gerente que asuma las funciones de la dirección de la ESE, a efectos de que adelante toda la implementación de la misma.

**ARTICULO DIECISIETE.- De los Requisitos del Gerente.-** El Gerente de "La Empresa" deberá acreditar los siguientes requisitos, de conformidad con lo establecido en la ley:

- Poseer título universitario en el área de la salud.
- Acreditar experiencia profesional de un (1) año en organismos o entidades públicas o privadas que integran el Sistema General de Seguridad en Salud.

**ARTICULO DIECIOCHO.- Funciones del Gerente.-** De conformidad con el artículo 14 del Decreto 1876 de 1.994, son funciones del Gerente, además de las definidas en la ley, ordenanzas o acuerdos pertinentes, las siguientes:

- a. Dirigir "La Empresa", manteniendo la unidad de procedimientos e intereses en torno a la misión y objetivos de la misma.
- b. Realizar la gestión necesaria para lograr el desarrollo de "La Empresa", de acuerdo con los planes y programas establecidos, teniendo en cuenta los perfiles epidemiológicos del área de influencia, las características del entorno y las condiciones internas de "La Empresa".
- c. Articular el trabajo que realizan los diferentes niveles de la organización, dentro de una concepción participativa de la gestión.

(25)

- d. Ser nominador y ordenador del gasto, de acuerdo con las facultades concedidas por la Ley y los reglamentos.
- e. Representar a "La Empresa" judicial y extrajudicialmente.
- f. Velar por el cumplimiento de las Leyes y reglamentos que rigen "La Empresa".
- g. Rendir los informes que le sean solicitados por la Junta Directiva y demás autoridades competentes.
- h. Presentar los proyectos de Acuerdo o Resoluciones a través de los cuales se decidan situaciones en "La Empresa", que deban ser adoptados o aprobados por la Junta.
- i. Celebrar o suscribir los contratos y/o convenios interadministrativos de "La Empresa".
- j. Promocionar el concepto de gestión de calidad y acreditación que implique contar con estrategias coherentes de desarrollo organizacional.
- k. Las demás que establezcan la Ley y los reglamentos y la Junta Directiva de la Empresa.

**ARTICULO DIECINUEVE.- Denominación de los actos que expide el Gerente:** Los actos o decisiones que tome el Gerente, en ejercicio de cualquiera de las funciones a él asignadas, se denominarán *Resoluciones* y se numerarán sucesivamente con indicación del día, mes y año en que se expidan.

**ARTICULO VEINTE.- Régimen jurídico de los Actos:** "La Empresa" estará sujeta al régimen jurídico de las personas de derecho público, con las excepciones que consagren las disposiciones legales.

**ARTICULO VEINTIUNO.- Régimen Jurídico de los Contratos:** A partir de la fecha de transformación del Centro De salud DE LEIVA Empresa Social del Estado, se aplicará en materia de contratación las normas del derecho privado, sujetándose a la jurisdicción ordinaria conforme a las normas que regulan la materia. Sin embargo, "La Empresa" podrá discrecionalmente utilizar las cláusulas exorbitantes previstas en el Estatuto General de Contratación de la administración pública.

**PARAGRAFO:** En el evento en que se encuentren contratos en ejecución en el momento de la transformación del Centro de Salud en Empresa Social del Estado, estos continuarán rigiéndose hasta su terminación, por las normas vigentes en el momento de la celebración.

26

**ARTICULO VEINTIDOS.- Régimen de Personal.-** Las personas que se vinculen a "La Empresa" tendrán carácter de empleados públicos o trabajadores oficiales, en los términos establecidos en el Capítulo IV de la Ley 10 de 1990, y demás disposiciones que la reformen, modifiquen, adicionen o sustituyan.

**ARTÍCULO VEINTITRES.- Régimen de Presupuestación.** De conformidad con lo establecido en el numeral 7o del Artículo 195 de la Ley 100 de 1993, el régimen presupuestal será el que se prevea en la Ley orgánica de presupuesto, de forma tal que se adopte un régimen con base en un sistema de anticipos y reembolsos contra prestación de servicios, y se proceda a la sustitución progresiva del sistema de subsidios a la oferta por el de subsidios a la demanda, conforme a la reglamentación que al efecto se expida.

**ARTICULO VEINTICUATRO.- Transferencias:** En su carácter de Entidad Pública, "La Empresa" podrá recibir transferencias directas de los presupuestos de la Nación, el Departamento o el Municipio.

**ARTICULO VEINTICINCO.- Régimen Tributario:** En todo lo relacionado con tributos nacionales y territoriales, "La Empresa" estará sometida al régimen previsto para los establecimientos públicos.

**ARTICULO VEINTISEIS.- Régimen de Control Interno:** "La Empresa" desarrollará y aplicará un sistema de control interno de conformidad con la Ley 87 de 1993 y demás disposiciones vigentes.

**ARTICULO VEINTISIETE.- Régimen de Control Fiscal:** El control fiscal será ejercido por la Contraloría Departamental y por la Contraloría General de la República, en lo de sus competencia, de conformidad con lo establecido en la Ley.

**ARTICULO VEINTIOCHO.- Revisor Fiscal.-** De conformidad con los artículos 228 de la Ley 100 de 1.993 y 22 del Decreto 1876 de 1994, "La Empresa", en caso de que su presupuesto sea igual o mayor a diez mil salarios mínimos legales mensuales vigentes, deberá contratar un revisor fiscal independiente designado por la Junta Directiva quien fijará sus honorarios y a la cual hará conocer sus informes. La función del revisor fiscal se cumplirá sin menoscabo de las funciones de control fiscal por parte de los organismos componentes señalados en la Ley y sus reglamentos.

**ARTICULO VEINTINUEVE.- De la Autonomía y de la Tutela Administrativa:** La autonomía administrativa y financiera del Centro de Salud DE LEIVA Empresa Social del Estado, se ejercerá conforme a las normas que la rigen. La tutela gubernamental está a cargo de la Dirección Local de Salud y tiene por objeto el control de sus actividades y la coordinación de éstas con la política general del

26

gobierno en los niveles Nacional, Departamental y Municipal y en particular del sector.

**ARTICULO TREINTA.- Transitorio:** El municipio cuenta con 90 días a partir de la aprobación del presente acuerdo para la transferencia de los funcionarios de la alcaldía municipal al Centro de Salud de Leiva Empresa Social del Estado. El saneamiento del pasivo prestacional de los funcionarios transferidos será realizado durante la vigencia fiscal de 2.006, para cuyo efecto el señor Alcalde Municipal queda investido para realizar las operaciones presupuestales necesarias para ese efecto. El municipio cuenta con un plazo de un año a partir de la vigencia del presente acuerdo para realizar la transferencia del patrimonio que conforma la empresa. Para este propósito queda facultado para celebrar los contratos y convenios correspondientes y suscribir los títulos de dominio de los muebles e inmuebles destinados a la empresa que sean de su propiedad. Además la empresa queda subrogada en el derecho que tiene la administración municipal para dar inicio a los procesos de saneamiento de la propiedad del patrimonio transferido por el Departamento de Nariño en virtud de la descentralización de la Salud, en caso de que no se haya efectuado hasta la presente fecha

**ARTICULO TREINTA Y UNO.- Transitorio:** Mientras se efectúa el proceso de selección para la escogencia y nombramiento del gerente de la empresa, el señor alcalde queda facultado para realizar el nombramiento provisional del cargo de gerente.

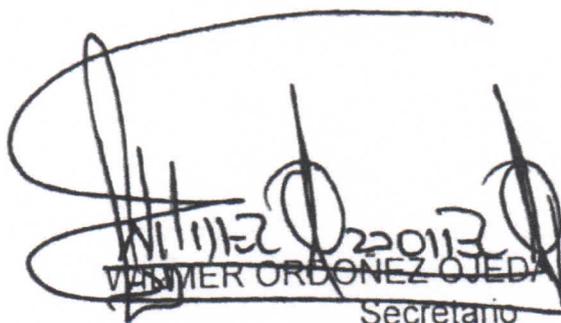
**ARTICULO TREINTA Y DOS.- Vigencia:** El presente Acuerdo rige a partir de la fecha su sanción y publicación.

### SANCIONESE, PUBLÍQUESE Y CUMPLASE

Dado en el Salón de sesiones del Honorable Concejo Municipal de Leiva - Nariño, a los ocho (8) días del mes de Diciembre del año 2006



ARMANDO RODRIGUEZ  
Presidente Concejo Municipal



VERMER ORDÓNEZ OJEDA  
Secretario



**REPUBLICA DE COLOMBIA**  
**ALCALDIA MUNICIPAL DE COLÓN GENOVA-NARIÑO**  
**NIT: 800019816-9**  
 DECRETO No. 036 DE 2024  
 (11 de marzo de 2024)



**“POR MEDIO DEL CUAL SE EFECTUA UN NOMBRAMIENTO”**

El alcalde municipal de Colón Génova Nariño, en uso de sus facultades constitucionales y legales, en especial las contenidas en el artículo 315 de la constitución política, el artículo 29 de la ley 1551 de 2012, artículo 20 de la ley 1797 de 2016, decreto, 1427 de 2016 y demás normas concordantes y

**CONSIDERANDO:**

Que el numeral 3 artículo 315 de la Constitución Nacional en concordancia con el literal *d*) del artículo 29 de la ley 1551 de 2012 modificadorio del artículo 91 de la ley 136 de 1995 establecen que el alcalde es el responsable de Dirigir la acción administrativa del municipio; asegurar el cumplimiento de las funciones y de la prestación de los servicios a su cargo; entre otras atribuciones que deben cumplirse con apego a los principios de la función administrativa consagrados en el artículo 209 de la Carta Política

Que la ley 1797 del 13 de julio de 2016, regula la operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Que en virtud del artículo 20 de la citada ley 1797 de 2016, los gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado territoriales serán nombrados por el Jefe de la respectiva Entidad Territorial. En el nivel municipal, corresponderá a los Alcaldes, dentro de los tres (3) meses siguientes a su posesión, adelantar los nombramientos de los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado, previa verificación del cumplimiento de los requisitos del cargo establecidos en las normas correspondientes y evaluación de las competencias que señale el Departamento Administrativo de la Función Pública.

Que esta disposición legal es reglamentada por el decreto 1427 de 2016 que sustituyó las secciones 5 y 6 del Capítulo 8 Título 3 Parte 5 Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, disponiendo lo siguiente:

**ARTÍCULO 2.5.3.8.5.1. Evaluación de competencias.** *Corresponde al Presidente de la República, a los gobernadores y a los alcaldes como autoridades nominadoras del orden nacional, departamental y municipal, respectivamente, evaluar, a través de pruebas escritas, las competencias señaladas por el Departamento Administrativo de la Función Pública, para ocupar el empleo de director o gerente de las Empresas Sociales del Estado.*

(...)

**ARTÍCULO 2.5.3.8.5.3. Evaluación de las competencias para ocupar el empleo de director o gerente de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial.** *Las competencias del aspirante o aspirantes a ocupar el cargo de director o gerente de las*



**REPUBLICA DE COLOMBIA**  
**ALCALDIA MUNICIPAL DE COLON GENOVA-NARIÑO**  
**NIT: 800019816-9**



*Empresas Sociales del Estado del orden departamental, distrital o municipal, señaladas por el Departamento Administrativo de la Función Pública, serán evaluadas por el gobernador o el alcalde, de lo cual se dejará evidencia.*

**Artículo 2.5.3.8.5.4. Apoyo de la Función Pública en la evaluación de competencias.** *El Departamento Administrativo de la Función Pública — DAFP adelantará de manera gratuita, cuando el respectivo nominador así se lo solicite, la evaluación de las competencias del aspirante o aspirantes a ocupar el cargo de director o gerente de las Empresas Sociales del Estado del nivel departamental, distrital o municipal. Cuando la Función Pública adelante el proceso de evaluación de las competencias indicará al gobernador o alcalde si el aspirante cumple o no con las competencias requeridas y dejará evidencia en el respectivo informe.*

(...)

Que el municipio de Colón Génova Nariño, de conformidad con el artículo 2.5.3.8.5.4 del decreto 780 de 2016, sustituido por el decreto No. 1427 de 2016, previa verificación de los requisitos del cargo a través del manual de funciones adoptado por el Centro de Salud la Nueva Esperanza E.S.E, postuló a la Odontóloga Eylen Dayana Ordoñez Arturo, identificada con cedula de ciudadanía No. 37.086.445 expedida en el Municipio del Rosario Nariño, para el cargo de gerente de la mencionada Empresa Social del Estado, y para el efecto solicitó al Departamento Administrativo de la Función Pública su apoyo en el proceso de evaluación de competencias laborales de la aspirante en mención.

Que el 8 de marzo de 2024 Elisabeth Florez Montenegro, Especialista en reclutamiento y selección de personal llevo a cabo evaluación del ajuste de la candidata a las competencias definidas en la Resolución 680 de 2016 del Departamento Administrativo de la Función Pública, de acuerdo al ajuste requerido por el perfil profesional, laboral, así como a las competencias, habilidades, conocimientos y destrezas requeridas en el cargo, y las conductas asociadas en la norma de la aspirante Eylen Dayana Ordoñez Arturo y mediante informe de la misma fecha, hizo conocer al Municipio de Colón Génova los respectivos resultados, que corresponden a los siguientes:



**REPUBLICA DE COLOMBIA**  
**ALCALDIA MUNICIPAL DE COLON GENOVA-NARIÑO**  
**NIT: 800019816-9**



**6. Concepto Evaluativo Resultado del Proceso**

El resultado generado en el desarrollo de todo el proceso de selección se evidencia que las competencias con las que cuenta la candidata EYLEN DAYANA ORDOÑEZ ARTURO, identificada con c.c. 37.086.445, competencias y conductas establecidas en la Resolución 680 de 2016 del Departamento Administrativo de la Función Pública, requeridas para el cargo, se correlaciona de manera positiva. Es así como en el resultado de las distintas pruebas se obtiene una predicción de competencias de la candidata **Adecuado y Ajustado** a lo esperado dentro del proceso de evaluación, la cual se complementó con el uso e implementación de distintas técnicas de selección, assessment, pruebas 16PF, prueba Valanti, prueba Kompe Disc y entrevista por competencias, obteniendo una puntuación total de competencias del 73% contando con un ajuste positivo del perfil requerido para el cargo



Así como una puntuación de 4.14 en la técnica especializada "Assessment Center" y puntuación de 4 en la conducta asociada al direccionamiento adecuado de equipos de trabajo, toma de decisiones orientada a resultados e involucramiento en acciones de planeación, estructuración y ejecución de las actividades encomendadas al cargo denominada liderazgo, así como mantenimiento de relaciones interpersonales adecuadas.

Que de conformidad con el informe de evaluación de competencias laborales reportado por Elisabeth Florez Montenegro, Especialista en reclutamiento y selección de personal, la aspirante Eylen Dayana Ordoñez Arturo superó satisfactoriamente las pruebas aplicadas en relación con las competencias laborales necesarias para el cargo.

Que de acuerdo al mismo artículo 20 de la citada ley 1797 de 2016, "*Los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado serán nombrados para periodos institucionales de cuatro (4) años, el cual empezará con la posesión y culminará tres (3) meses después del inicio del periodo institucional del Presidente de la República, del Gobernador o del Alcalde. (...)*".

Que en virtud de lo anterior y de conformidad con el artículo, 2.5.3.8.5.5 del decreto 780 de 2016, modificado según la sustitución dispuesta por el decreto No. 1427 de 2016, se hace procedente el nombramiento de la odontóloga Eylen Dayana Ordoñez Arturo, identificada con cedula de ciudadanía No. 37.086.445 expedida en el Municipio del Rosario Nariño, en el empleo de Gerente del Centro de Salud la Nueva Esperanza E.S.E, por acreditar los requisitos exigidos para el desempeño del cargo y demostrar las competencias requeridas.

Que, en mérito de lo expuesto,



**REPUBLICA DE COLOMBIA**  
**ALCALDIA MUNICIPAL DE COLON GENOVA-NARIÑO**  
**NIT: 800019816-9**



**DECRETA:**

**ARTÍCULO PRIMERO.- NOMBRASE** a la odontóloga **EYLEN DAYANA ORDOÑEZ ARTURO**, identificada con cedula de ciudadanía No. 37.086.445 expedida en el Municipio del Rosario Nariño como Gerente de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, “CENTRO DE SALUD LA NUEVA ESPERANZA ESE”** del municipio de Colón Génova Nariño, para desempeñar dicho cargo, a partir de la fecha de su posesión y hasta el 31 de marzo de 2024.

**ARTÍCULO SEGUNDO.** - Las funciones corresponderán a las estipuladas en las normas correspondientes.

**ARTÍCULO TERCERO.** - El presente Acto Administrativo surte efectos administrativos y fiscales a partir de la fecha de posesión.

**ARTÍCULO CUARTO.** – Comuníquese este nombramiento por escrito, a través de medios físicos o electrónicos, a la odontóloga Eylen Dayana Ordoñez Arturo, indicándole que cuenta con el término de diez (10) días para manifestar su aceptación o rechazo de conformidad con el Artículo 2.2.5.1.6 del decreto No. 648 de 2017.

**Parágrafo:** Aceptado el nombramiento, la odontóloga Eylen Dayana Ordoñez Arturo, deberá tomar posesión del empleo dentro de los diez (10) días hábiles siguientes.

**ARTICULO QUINTO.** - Envíese copia del presente Decreto a la Empresa Social del Estado “CENTRO DE SALUD LA NUEVA ESPERANZA E.S.E”, a la Junta Directiva de la misma, y a la dirección Local de Salud del municipio de Colón Génova Nariño, para los fines pertinentes, así mismo ordénese su publicación en la página web de la Alcaldía Municipal.

**ARTÍCULO SEXTO.** - El presente Decreto rige a partir de su fecha de expedición y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

Dado en el municipio de Colón Génova Nariño, a los doce (12) días del mes de marzo de dos mil veinticuatro (2024).

**PUBLÍQUESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE**

**SEGUNDO BUENAVENTURA SOLARTE MUÑOZ**  
**Alcalde municipal**



REPUBLICA DE COLOMBIA  
ALCALDIA MUNICIPAL DE COLON GENOVA-NARIÑO  
NIT: 800019816-9



Proyectó: Efrain Alexander Lasso Ordoñez – asesor jurídico externo.

Colón Nariño, 11 de Marzo de 2024.  
Oficio No. 013- 2024

Doctora  
Eylen Dayana Ordoñez Arturo  
dayis1985@hotmail.com  
Pasto.

**REF: Comunicado sobre nombramiento.**

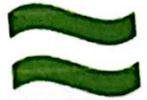
En mi condición de alcalde municipal de Colón Génova Nariño, con el debido respeto me permito comunicar a usted, sobre el nombramiento efectuado en su favor mediante decreto 036 del 2024 de la presente fecha, en el cargo de Gerente de la Empresa Social del Estado, “CENTRO DE SALUD LA NUEVA ESPERANZA ESE” del municipio de Colón Génova Nariño, para desempeñarlo a partir de la fecha de su posesión y hasta el 31 de marzo de 2028.

Por lo anterior y en virtud de lo establecido en el artículo 2.2.5.1.6 del decreto No. 648 de 2017, me permito informarle que cuenta con 10 días a partir del recibo de este comunicado, para manifestar si acepta o no el cargo y en caso de aceptación, cuenta con diez días más para tomar posesión del mismo.

Agradezco su atención.

**SEGUNDO BUENAVENTURA SOLARTE MUÑOZ**  
Alcalde municipal

Proyectó: Efrain Alexander Lasso Ordoñez  
Asesor Jurídico Externo.



ACTA No. 014

**POSESION DE LA ODONTÓLOGA EYLEN DAYANA ORDOÑEZ ARTURO, COMO GERENTE DEL CENTRO DE SALUD LA BUEVA ESPERANZA ESE**

En el Despacho de la Alcaldía Municipal de Colón Génova (Nariño), el uno (01) de abril de dos mil veinticuatro (2024), compareció la odontóloga EYLEN DAYANA ORDOÑEZ ARTURO, identificada con cedula de ciudadanía No. 37.086.445 expedida en Pasto, con el objeto de tomar posesión como Gerente del Centro de Salud La Buena Esperanza E.S.E; cargo para el cual fue nombrada Decreto No. 036 de 12 de marzo de 2024. Para tal efecto la compareciente presentó los siguientes documentos:

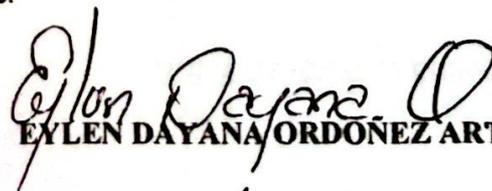
- 1.- Fotocopia de Cédula de ciudadanía.
- 2.- Paz y salvo Municipal.
- 3.- Consulta en línea de antecedentes judiciales.
- 4.- Fotocopia del Formulario de Registro Único Tributario – DIAN.
- 5.- Consulta en línea de Antecedentes Disciplinarios en la página de la Procuraduría General de la Nación.
- 6.- Consulta en línea de Antecedentes Fiscales en la página de las Contraloría General de la República.
- 7.- Consulta registro de deudores alimentos morosos.
- 7- Hoja de vida formato Función Pública con sus anexos.
- 8.- Declaración juramentada de bienes y rentas.
- 9.- Certificado Médico.

La odontóloga EYLEN DAYANA ORDOÑEZ ARTURO, manifestó bajo la gravedad de juramento no estar incurso en causal alguna de inhabilidad general o especial, de incompatibilidad o prohibición alguna establecida en la Ley para el desempeño de empleos públicos.

Acto seguido, el suscrito alcalde Municipal procede a recibirle juramento en los siguientes términos: “Doctora EYLEN DAYANA ORDOÑEZ ARTURO”, jura Usted, ante Dios, la Patria y la Comunidad, cumplir y hacer cumplir la Constitución, Las Leyes, los Reglamentos de Colombia, desempeñar con lealtad, eficiencia e imparcialidad las funciones de su cargo, vigilar y salvaguardar los intereses del Estado y la Comunidad. Contesto: “SI JURO”. A estas palabras el Alcalde replicó: “SI ASÍ LO HACIERE, DIOS Y LA PATRIA LO PREMIEN O SI NO EL Y ELLA OS DEMANDEN”.

No siendo otro el objeto de la presente, se da por terminada y se firma en constancia por los que en ella intervinieron, como aparece.

LA POSESIONADA:

  
EYLEN DAYANA ORDOÑEZ ARTURO

QUIEN POSESIONA:

  
SEGUNDO BUENAVENTURA SOLARTE MUÑOZ  
Alcalde municipal

 <p>LA Buena ESPERANZA CENTRO DE SALUD COLÓN GÉNOVA E.S.E. NIT: 900136920</p>	<p><b>CENTRO DE SALUD LA BUENA ESPERANZA ESE</b> NIT.900136920 TRABAJAMOS POR SUS SALUD Y BIENESTAR</p>	<p>DEP- AG 05</p>
	<p>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO JURÍDICA</p>	<p>VERSION 1 Abril 2021</p>

Colón – Génova (Nariño), 17 de julio de 2025.

Señores:

JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE PASTO  
E.S.D.

RADICACIÓN: 52001-33-33-002-2023-00260-00

MEDIO DE CONTROL: REPARACIÓN DIRECTA

DEMANDANTE: HUGO ALEXANDER MUÑOZ Y OTROS

DEMANDADO: HOSPITAL EDUARDO SANTOS E.S.E. DE LA UNIÓN (N)

CENTRO DE SALUD LA BUENA ESPERANZA E.S.E.

Referencia: Poder especial

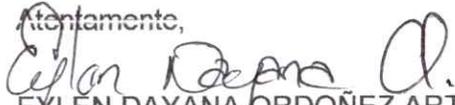
Cordial saludo.

EYLEN DAYANA ORDOÑEZ ARTURO, identificada con cedula de ciudadanía No. 37.086.445 expedida en el Municipio del Rosario Nariño, actuando en calidad de Gerente de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, "CENTRO DE SALUD LA NUEVA ESPERANZA ESE, mediante el presente escrito manifiesto que otorgo poder amplio y suficiente al abogado JESÚS ALVARO UNIGARRO GARZÓN, identificado con la cédula de ciudadanía número 87.453.859 de Samaniego (Nariño), portador de la T.P No. 218.653 del C. S. de la J., para que en nombre y representación conteste la demanda de la referencia y continúe con la defensa jurídica de la misma.

Mi apoderado queda ampliamente facultado para recibir, desistir, transigir, especialmente para conciliar, renunciar, sustituir, reasumir y, en general, para todo aquello que fuere inherente a este mandato.

Solicito reconocerle personería para actuar al profesional mencionado, quien para cualquier efecto legal podrá ser notificado en la carrera 24 No. 20-14, oficina 302 Edificio Santo Domingo Plaza de la ciudad de Pasto. Correo electrónico: [jesus.unigarro@gmail.com](mailto:jesus.unigarro@gmail.com)

Atentamente,

  
EYLEN DAYANA ORDOÑEZ ARTURO

C.C. No. 37.086.445 expedida en el Municipio Pasto Nariño

Acepto:

  
JESUS ALVARO UNIGARRO GARZÓN  
C.C. No. 87.453.859 de Samaniego  
T.P No. 218.653 del C. S. de la J.

RAMA JUDICIAL  
 JUZGADO PROMISCO MUNICIPAL  
 GENOVA - NARIÑO

**CERTIFICA:**

Que el presente memorial dirigido al Sr. Jurado 2.  
Administr. Ct. Pub fue presentado personalmente por  
Elyen Reyes Ochoa Arbo quien se identificó con  
 C C No. 37.086.445 y/o T. P. No. \_\_\_\_\_  
 No. del C. S. de J. y manifestó que la firma que aparece al  
 pie, es la misma que acostumbra en todos los actos  
 públicos y privados.

Fecha 18 de Julio de 2025

*Elyen Reyes Ochoa Arbo*

COMPARECIENTE

SECRETARIO



	<b>INFORME DE AUDITORIA</b>	Código: FO-A-GH-09
	<b>CENTRO DE SALUD LA BUENA ESPERANZA</b>	Versión: 01
		Fecha versión: 22/04/2025
		Página:1 de 14

## **EVALUACION DE LA ADHERENCIA EN AIEPI EN HISTORIA CLINICA MENOR CON IDENTIFICACION No NUIP 1.080.903.871**

Este informe de auditoría de historia clínica evalúa la calidad de los registros médicos para asegurar la precisión, integridad y cumplimiento de los estándares de atención.

Estructura del Informe de Auditoría de Historia Clínica:

### **OBJETIVO**

Evaluar la calidad de los registros clínicos teniendo en cuenta las características de la misma tales como: integralidad, secuencialidad, racionalidad científica, disponibilidad y oportunidad, así mismo evaluar el grado de adherencia a la atención de un menor de 5 años según AIEPI en el servicio de urgencias de baja complejidad de la ESE Centro de Salud La Buena Esperanza.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Verificar el cumplimiento de la Resolución 1995 de 1999 en relación con la obligatoriedad, diligenciamiento y características o atributos de la historia clínica.
- Identificar el grado de adherencia al cumplimiento de AIEPI.

### **ALCANCE**

Este procedimiento de auditoría y evaluación aplicará a la historia clínica del menor atendido en urgencias en la ESE Centro de Salud La Buena Esperanza.

**HISTORIA CLINICA AUDITADA:** ANDRES FELIPE MUÑOZ MONCAYO  
identificado con NUIP 1.080.903.871

### **RESPONSABLE DE LA AUDITORIA:**

Este proceso es responsabilidad de auditoría para lo cual lo realiza ANDREA REINA Enfermera del proceso.

### **TIPO DE AUDITORIA:**

- AUDITORIA RETROSPECTIVA

Consiste en una serie de procedimientos de verificación que se orientan a evaluar aspectos puntuales de procesos de atención ya ejecutados.

	<b>INFORME DE AUDITORIA</b>	Código: FO-A-GH-09
	<b>CENTRO DE SALUD LA BUENA ESPERANZA</b>	Versión: 01
		Fecha versión: 22/04/2025
		Página:1 de 14

### TIPO DE EVALUACION:

- **Evaluación cualitativa:** es la revisión de la historia clínica para garantizar:
  1. El registro completo, legible, coherente, cronológico, secuencial y oportuno de la evaluación clínica del paciente, intervenciones o procedimientos realizados u ordenados.
  2. El registro suficiente de información para justificar el diagnóstico, el ámbito del manejo y el tratamiento indicado u ordenado.
  3. Que existe relación pertinente y racionalidad científica entre el diagnóstico y los exámenes paraclínicos y de imágenes diagnósticas ordenados.
  4. Que existe relación pertinente entre el diagnóstico y tratamiento.
  5. Que existe adherencias a las guías de manejo propuestas para las patologías más frecuentes del servicio.
  6. Detección de sucesos potencialmente evitables que afecten la calidad de atención y que puedan derivar en reclamación o demanda judicial.

Por lo tanto, se revisa el **contenido (Fondo)** de la historia clínica para detectar inconsistencia que afecten los atributos de este documento: Integralidad, secuencialidad, oportunidad, disponibilidad y racionalidad científica.

Teniendo en cuenta de manera general el registro en la historia clínica de medicina general:

Datos de identificación paciente
Motivo de consulta
Evolución de la enfermedad
Registro de antecedentes relevantes
Registro de signos vitales
Registro de examen físico
Registro de Diagnostico
Plan de Tratamiento

En este tipo de evaluación se verificará el cumplimiento en el registro de todos los ítems establecidos para la prestación del servicio.

Fechas evaluadas

17/10/2021-18/10/2021:

	<b>INFORME DE AUDITORIA</b>	Código: FO-A-GH-09
	<b>CENTRO DE SALUD LA BUENA ESPERANZA</b>	Versión: 01
		Fecha versión: 22/04/2025
		Página: 1 de 14

- **Datos del Paciente:**

Se registra en forma completa la Información básica como nombre, fecha de nacimiento, tipo de sangre y contacto de emergencia, asegurando que sea precisa y completa.

- **Anamnesis y Exploración Física:**

Se registra en forma completa registro de la historia clínica del paciente, síntomas, signos y resultados de exámen físico.

Signos vitales de acuerdo a la edad en parámetros normales

- **Diagnóstico y Tratamiento:**

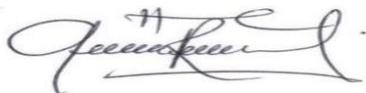
Se registra diagnósticos, pruebas solicitadas y resultados, así como el plan de tratamiento establecido.

Se diagnostica por sintomatología la Neumonía y se da cumplimiento según cuadro de procedimientos en las dos atenciones el manejo que cumple en cuanto al manejo de AIEPI considerándose adecuado.

Se brinda educación a familiar sobre signos de alarma para regresar de manera inmediata al servicio de urgencias

### **Análisis y Conclusiones:**

- ✓ Se diagnostica patología según AIEPI dando tratamiento adecuado según cuadro de procedimientos establecido para la neumonía bacteriana.
- ✓ Se brindo educación en signos de alarma
- ✓ Su remisión al nivel de atención 2 fue de manera oportuna.
- ✓ Menor en proceso de atención con signos vitales estables no presento complicaciones respiratorias.
- ✓ Medico establece que tratamiento oral se contempla sin respuesta para lo cual remite a otro nivel de atención para manejo.
- ✓ Menor se remite a otro nivel de atención teniendo en cuenta que el Centro de Salud La Buena Esperanza ESE de nivel de atención 1 no cuenta con servicio de Pediatría habilitado para lo cual por la necesidad en la valoración por especialidad se remite a otro nivel para su atención y toma de ayudas diagnosticas como Rx de torax y demás que el niño requiere y en nivel 1 no se cuentan.



	<b>INFORME DE AUDITORIA</b>	Código: FO-A-GH-09
	<b>CENTRO DE SALUD LA BUENA ESPERANZA</b>	Versión: 01
		Fecha versión: 22/04/2025
		Página:1 de 14

**ANDREA REINA VALENCIA.**  
ENFERMERA DE AUDITORIA

# HOJA DE VIDA



## DATOS PERSONALES

<b>NOMBRES:</b>	Andrea Patricia
<b>APELLIDOS:</b>	Reina Valencia.
<b>FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO:</b>	Junio 20 de 1984 Pasto - Nariño.
<b>DOCUMENTO DE IDENTIDAD:</b>	CC. No. 59.312.517 Pasto - Nariño.
<b>ESTADO CIVIL:</b>	Casada.
<b>DIRECCION DE RESIDENCIA:</b>	Condominio Balcones del Este. Apto 401 Torre 2. Barrió La Carolina
<b>CELULAR:</b>	318 795 55 13

---

## **PERFIL PROFESIONAL**

Enfermera, proactiva, con habilidad para combinar actividades de planeación, programación, ejecución auditoria y evaluación de proyectos para la optimización de procesos de organización y control, obteniendo un manejo administrativo eficiente de los proyectos.

Profesional con capacidad gestora, innovadora y de liderazgo, enmarcada en un fuerte sentido del compromiso y ética apropiados para administrar personal y fomentar ambientes productivos de trabajo en equipo.

De acuerdo a mi formación profesional y experiencia laboral, he desarrollado experiencias, habilidades y destrezas en: trabajo asistencial, comunitario, implementación, ejecución, gerencia y auditoria de programas y proyectos de promoción y prevención, trabajo en el sector de auditoría, sistemas de gestión de calidad, sistemas de auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad. Implementación de Seguridad del paciente.

Certificada por el SENA como evaluadora en competencias laborales en Salud y certificada por la UNICEF por la Acreditación de una E.S.E como Institución amiga de la Mujer y la Infancia.

---

**INFORMACION ACADEMICA****ESTUDIOS PRIMARIOS.**

Colegio San Felipe Neri  
Pasto, 1995

**ESTUDIOS SECUNDARIOS**

Escuela Normal Superior de Pasto  
Bachiller Pedagógico  
Pasto, 2001.

BEFAC  
Bachillerado Formal de Adultos del  
Cauca  
Bachillerato Académico  
Popayán, 2001.

**UNIVERSITARIOS**

Universidad Mariana  
Enfermera  
Pasto, Abril de 2006.

**OTROS:**

- VII Jornadas científicas en Salud "Manejo de Pacientes en estado crítico"  
Universidad Mariana Mayo 12 y 13 de 2005.  
Intensidad 16 horas.
-

---

***Andrea Reina tfaencia***

- Taller teórico-práctico del Sistema de Vigilancia de las Enfermedades Transmitidas por Alimentos.  
IDSN- Instituto Nacional de Salud Octubre 24 y 25 de 2007.  
Intensidad 16 horas.
  
  - Manejo del VIH-Sida en contextos de Emergencia.  
ONUSIDA-UNICEF-PMA-IDSN Mayo 15 y 16 de 2008.  
Intensidad 16 horas.
  
  - Taller de Servicios Amigables para Adolescentes y Jóvenes.  
UNFPA "Fondo de Población de las Naciones Unidas", MPS, IDSN.  
Agosto 19 al 22 de 2008.  
Intensidad 32 horas.
  
  - Taller regional de capacitación en Salud Mental y Salud Pública.  
Hospital San Rafael Septiembre 16 al 18 de 2008.  
Intensidad 24 horas.
  
  - Implementación Modelo de Atención Primaria en Salud Mental.  
"Psiquiatría y Salud Mental Comunitaria"  
IDSN Septiembre 16 al 19 de 2008.  
Intensidad 24 horas.
  
  - Reunión Regional Costa Pacífica para el Programa Ampliado de Inmunizaciones.  
IDSN Noviembre 12 al 14 de 2008.  
Intensidad 24 horas.
-

---

*Andrea Reina Valencia*

---

- Taller teórico-práctico de Factores de riesgo para Enfermedades Crónicas no transmisibles.  
IDSN Diciembre 11 de 2008.  
Intensidad 8 horas.
  - Capacitación para multiplicadores del programa Experiencias para Vivir y Convivir.  
MENTOR-ARCA DE NOE-IDSN Febrero 25 y 26 de 2009.  
Intensidad 16 horas.
  - Taller de capacitación en Planeación de Acciones en Infancia.  
IDSN y la Subdirección de Promoción y Prevención.  
Marzo 2 al 6 de 2009.  
Intensidad 30 horas.
  - Taller Abordaje Integral de la Violencia Domestica y Sexual en el Departamento de Nariño.  
IDSN- MPS- Organización Internacional para las Migraciones, Alcaldía de Pasto, Dirección de Género y Procuraduría Provincial de Familia.  
Mayo 26 y 27 de 2009.  
Intensidad 16 horas.
  - Taller de AIEPI COMUNITARIO.  
IDSN y la Subdirección de Promoción y Prevención.  
Julio 15 al 17 de 2009. Intensidad 24 horas.
-

---

*Andrea Reina Valencia*

---

- Taller de PAISOFT.  
IDSN Agosto 26 al 28 de 2009.  
Intensidad 24 horas.
  - Taller de Socialización de Lineamientos, Protocolos y guías de atención a Rabia y otras zoonosis. Atención de Enfermedades por Alimentos ETAS, Estrategia: Vigilancia sanitaria a programas de nutrición en Instituciones Educativas y estrategia entornos saludables. IDSN, Subdirección de Promoción y Prevención Salud Ambiental, Control y vigilancia de alimentos.  
Octubre 5 y 6 de 2009.  
Intensidad 16 horas.
  - Taller de MADRE CANGURO.  
IDSN Octubre 13 de 2009.  
Intensidad 8 horas.
  - Taller de Seguimiento de IAMI Integral y SAN.  
IDSN y la Subdirección de Promoción y Prevención.  
Octubre 23 de 2009, Intensidad 8 horas.
  - Inducción para la ejecución de Acciones del proyecto sobre "Fortalecimiento de las acciones colectivas dirigidas a la prevención de enfermedades Crónicas no transmisibles en los Municipios Categorías 4,5 y 6". IDSN, Noviembre 6 de 2009, Intensidad 8 horas.
-

---

*Andrea Reina Valencia*

---

- Seminario taller de Actualización en la Estrategia Instituciones Amigas de Mujer y la Infancia IAMI- Consejería en Lactancia Materna con enfoque de Atención Integral.  
IDSN Noviembre 23 al 25 de 2009.  
Intensidad 24 horas.
  - Taller de Lineamientos en Infancia.  
IDSN Enero 18 al 22 de 2010.  
Intensidad 40 horas.
  - Taller de capacitación del Software IAMI AIEPI.  
Oficina asesora de planeación del IDSN, Julio 29 de 2010.  
Intensidad 8 horas.
  - Taller de Actualización y sensibilización en la Política de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes y Jóvenes, con enfoque de Derechos, Género y Diferencial.  
IDSN, Subdirección de Salud Pública, Salud Sexual y Reproductiva.  
Mayo 19 al 21 de 2010.  
Intensidad 24 horas.
  - Taller de capacitación del Software SIP-SIA.  
Oficina asesora de planeación del IDSN, Julio 30 de 2010.  
Intensidad 8 horas.
-

***Andrea Reina Valencia***

---

- Taller Departamental de Salud Sexual y Reproductiva.  
IDSN Agosto 4 al 6 de 2010.  
Intensidad 24 horas.
  
  - Seminario taller de Actualización en lineamientos de la Estrategia Instituciones Amigas de Mujer y la Infancia IAMI con enfoque de Atención Integral.  
IDSN Agosto 10 al 13 de 2010  
Intensidad 32 horas.
  
  - Taller de Capacitación para facilitadores en AIEPI COMUNITARIO CON ACTORES SOCIALES.  
IDSN Septiembre 1 al 3 de 2010  
Intensidad 24 horas.
  
  - Taller de Formadores de Competencias Laborales.  
IDSN Septiembre 6 al 10 de 2010  
Intensidad 40 horas.
  
  - Taller de Capacitación del Sistema Único de Información PAI.  
IDSN Noviembre 4 al 5 de 2010  
Intensidad 16 horas.
  
  - El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA hacen constar que realice y aprobé la formación como Evaluadora en Competencias laborales Sector Salud.  
SENA Noviembre 9 del 2010. Intensidad 40 horas.
-

---

*Andrea Reina Valencia*

---

- El Ministerio de la Protección Social, El Fondo de Naciones Unidas Para la Infancia UNICEF Y EL Instituto Departamental de Salud Certifican mi destacada Labor como Coordinadora de la estrategia IAMI En defensa de los derechos de la niñez, la mujer la familia y el medio ambiente, mediante la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna, como integrante de Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia IAMI.  
Diciembre 20 de 2010.
  
  - Taller de Lineamientos en Salud Infantil 2011.  
IDSN Febrero 9 al 11 de 2011.  
Intensidad 24 horas.
  
  - Taller de Lineamientos en Medidas Antropométricas y segunda reunión Departamental PAI 2011.  
IDSN Mayo 3 al 6 de 2011.  
Intensidad 24 horas.
  
  - Taller de Asistencia técnica en sistemas de información en Salud sexual y reproductiva.  
IDSN Mayo 24 de 2011. Intensidad 8 horas.
  
  - Seminario taller de implementación de nuevos patrones de crecimiento y desarrollo OMS y actualización de lineamientos de la estrategia Instituciones amigas de la Mujer y la Infancia IAMI.  
IDSN Septiembre 26 al 28 de 2011. Intensidad 24 horas.
-

---

*Andrea Reina Valencia*

---

- Capacitación en lineamientos para realización de Monitoreo de coberturas de vacunación con Sarampión y Rubeola.  
Hotel Morasurco Diciembre 16 2011.  
Intensidad 8 horas.
  - Diplomado Paciente Seguro y Gestión del evento adverso.  
CETEM EMSSANAR Diciembre 7 de 2013.  
Intensidad 120 horas.
  - Curso virtual de Tabaco y Salud Publica.  
Organización Panamericana de la Salud.  
Intensidad 18 horas
  - Curso de Inmersión en Técnicas Evaluativas En Seguridad del Paciente.  
CETEM EMSSANAR Diciembre 12 de 2015.  
Intensidad 40 horas.
  - Curso Nacional Teórico Practico Virtual de Certificación en toma de muestras de citología de cuello uterino.  
Instituto Nacional de Salud.  
Intensidad 30 horas.
-

*Andrea Reina Valencia*

---

**EXPERIENCIA LABORAL**

1.

**EMPRESA:** Hospital El Buen Samaritano ESE  
**DESDE:** 01 de Abril de 2020  
**HASTA:** 30 de Septiembre 2020  
**CARGO DESEMPEÑADO:** Subdirectora Científica ESE.  
**CIUDAD:** La Cruz Nariño.

1. Coordinar y supervisar las actividades del Área de su competencia (Asistencial).
  2. Elaborar el “Cuadro de Turnos” para el Personal Médico y supervisar el cumplimiento del mismo.
  3. Realizar la inducción y re-inducción del personal nuevo y en entrenamiento.
  4. Recibir la correspondencia relacionada con el Área de Atención al Usuario y dar oportuna respuesta a la misma.
  5. Coordinar las actividades de carácter médico legal a cargo de LA ESE, incluyendo la respuesta oportuna de los oficios en esta materia y la realización adecuada de los reconocimientos medico legales.
  6. Participar activamente en el “PAMEC” y coordinar y supervisar la ejecución de las tareas asignadas.
  7. Coordinar la actualización, elaboración, ejecución y socialización de las Guías de Manejo, Protocolos de Procedimiento y Manuales Institucionales.
  8. Coordinar la verificación y el cumplimiento de las condiciones de habilitación, en especial, cuando se realicen visitas de verificación.
  9. Coordinar el cumplimiento de las “Políticas de IIAMI” y “Maternidad Segura”.
  10. Coordinar y elaborar los Comités de Vigilancia Epidemiológica “COVES” y mantenerlos actualizados.
  11. Realizar las Auditorías Internas programadas.
  12. Coordinar, junto con el “Comité de Glosas”, la respuesta oportuna de las mismas, cuando sean de pertinencia médica o del Área de Atención al Usuario.
  13. Calificar a los Médicos de S.S.O., que “roten” en la Institución.
  14. Elaborar reporte de novedades del personal a su cargo y enviarlo oportunamente a la Coordinación del Área de Apoyo Logístico de la Entidad.
  15. Coordinar, orientar, programar, controlar y evaluar todas las actividades a cargo de las Unidades Funcionales del Área de Atención al Usuario.
  16. Participar en la orientación del diagnóstico y pronóstico de la situación de la salud de la población del Municipio.
-

***Andrea Reina Valencia***

17. Planear, controlar y evaluar la validez Científica y Técnica de los procedimientos utilizados para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de los pacientes en particular y de la comunidad en general.
18. Participar en actividades de Capacitación del Recurso Humano de LA E.S.E. y dirigir la evaluación del impacto en la prestación de servicios de salud a la comunidad y definir las acciones correctivas pertinentes.
19. Velar por el cumplimiento del “Sistema de Referencia y Contra referencia”.
20. Velar por toda situación que represente factor de riesgo epidemiológico.
21. Establecer y mantener las relaciones de coordinación intra y extra institucional, necesarias para la adecuada prestación de los servicios de salud por parte del Hospital.
22. Verificar mensualmente el trabajo suplementario realizado por el personal de las distintas dependencias.
23. Promover la consecución oportuna de los recursos necesarios del Área, así como la utilización racional de los disponibles.
24. Propiciar la participación comunitaria en los procesos de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades, así como la descongestión administrativa y la Planeación del Primer Nivel de Complejidad.
25. Coordinar y evaluar las actividades de capacitación asistencial en LA ESE.
26. Participar activamente en la formulación del Plan de Desarrollo Institucional y de los POA.
27. Supervisar el debido cumplimiento de las funciones y actividades a cargo del personal del Área bajo su responsabilidad.
28. Dirigir la implementación del “Plan de Emergencias”.
29. Recomendar a la Gerencia, a partir de criterios técnicos, la adopción de políticas y la formulación de planes y programas al interior de la Entidad.
30. Participar activamente en el desarrollo de gestión de calidad de la Entidad responsabilizándose del cumplimiento de los estándares que se relacionan con los procesos a cargo.
31. Realizar las demás actividades afines al objeto del contrato que sean asignadas por el supervisor y/o gerencia.

2.

**EMPRESA:** Centro de Salud Tablón de Gómez ESE

**DESDE:** 21 de Enero de 2018

**HASTA:** 31 de Marzo 2020

**CARGO DESEMPEÑADO:** Gerente ESE.

**CIUDAD:** Tablón de Gómez Nariño.

---

**FUNCIONES:**

- Fijar las políticas y adoptar los planes generales relacionados con la institución o el sector al que pertenecen y velar por el cumplimiento de los términos y condiciones establecidos para su ejecución.
  - Dirigir, controlar y velar por el cumplimiento de los objetivos de la institución, en concordancia con los planes de desarrollo y las políticas trazadas.
  - Organizar el funcionamiento de la entidad, proponer ajustes a la organización interna y demás disposiciones que regulan los procedimientos y trámites administrativos internos.
  - Nombrar, remover, administrar el personal y distribuir los empleos de la Planta Global de la Empresa, de acuerdo con su naturaleza, responsabilidades y las disposiciones legales vigentes.
  - Adelantar las gestiones necesarias para asegurar el oportuno cumplimiento de los planes, programas y proyectos y adoptar sistemas o canales de información para la ejecución y seguimiento de los planes del sector.
  - Asistir a las reuniones de los consejos, juntas, comités y demás cuerpos en que tenga asiento la entidad o efectuar las delegaciones pertinentes.
  - Establecer, mantener y perfeccionar el Sistema de Control Interno, el cual debe ser adecuado a la naturaleza, estructura y misión de la organización.
  - Expedir los actos administrativos, contratos, órdenes y directrices necesarios para el funcionamiento de la Empresa Social del Estado.
  - Dirigir y controlar el desarrollo de los procesos contractuales de acuerdo al Estatuto y Manual de Contratación de la Entidad, para la adquisición de bienes y/o servicios, así como la venta de servicios para el Centro de Salud.
  - Detectar la presencia de todas aquellas situaciones que sean factor de riesgo epidemiológico, y adoptar las medidas conducentes a aminorar sus efectos.
  - Identificar el diagnóstico de la situación de salud del área de influencia de la entidad, interpretar sus resultados y definir los planes, programas, proyectos y estrategias de atención.
  - Desarrollar planes, programas y proyectos de salud conforme a la realidad socioeconómica y cultural de la región.
  - Participar y apoyar en la elaboración y ejecución del plan decenal de salud, de los proyectos especiales y de los programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, y adecuar el trabajo institucional a dichas orientaciones.
  - Planear, organizar y evaluar las actividades de la entidad y velar por la aplicación de las normas y reglamentos que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
  - Promover la adaptación, adopción de las normas técnicas y modelos orientados a mejorar la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios de
-

## Andrea Reina Valencia

---

salud y velar por la validez científica y técnica de los procedimientos utilizados en el diagnóstico y tratamiento.

- Velar por la utilización eficiente de los recursos humanos, técnicos y financieros de la entidad y por el cumplimiento de las metas y programas aprobados por la Junta Directiva.
  - Presentar para aprobación de la Junta Directiva el plan de desarrollo, plan de gestión gerencial y el presupuesto prospectivo, de acuerdo con la Ley Orgánica de Presupuesto y las normas reglamentarias.
  - Adaptar la entidad a las nuevas condiciones empresariales establecidas en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, garantizando tanto la eficiencia social como económica de la entidad, así como la competitividad de la institución.
  - Coordinar con el área financiera el sistema contable y de costos de los servicios y propender por la eficiencia utilización del recurso financiero.
  - Garantizar el establecimiento del sistema de acreditación hospitalaria, de auditoría en salud y control interno que propicien la garantía de la calidad en la prestación del servicio.
  - Establecer el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes y contribuir a la organización de la red de servicios en el nivel local.
  - Diseñar y poner en marcha un sistema de información en salud, según las normas técnicas que expida el Ministerio de Salud y Protección Social, y adoptar los procedimientos para la programación, ejecución, evaluación, control y seguimiento físico y financiero de los programas.
  - Fomentar el trabajo interdisciplinario y la coordinación intra e intersectorial.
  - Desarrollar objetivos, estrategias y actividades conducentes a mejorar las condiciones laborales, el clima organizacional, la salud ocupacional y el nivel de capacitación y entrenamiento, y en especial ejecutar un proceso de educación continua para todos los funcionarios de la entidad.
  - Presentar a la Junta Directiva el proyecto de planta de personal y las reformas necesarias para su adecuado funcionamiento y someterlos a la aprobación de la autoridad competente.
  - Coordinar el cumplimiento de la función disciplinaria.
  - Diseñar modelos y metodologías para estimular y garantizar la participación ciudadana y propender por la eficiencia de las actividades extramurales en las acciones tendientes a lograr metas de salud y el mejoramiento de la calidad de vida de la población.
  - Diseñar mecanismos de fácil acceso a la comunidad, que permitan evaluar la satisfacción de los usuarios, atender las quejas y sugerencias y diseñar en consecuencia, políticas y correctivos orientados al mejoramiento continuo del servicio.
  - Representar legalmente a la entidad judicial y extrajudicialmente y ser ordenador del gasto.
  - Contratar con las empresas promotoras de Salud, Administradoras de Régimen Subsidiado, Aseguradora de Riesgos laborales y demás
-

### Andrea Reina Valencia

instituciones públicas o privadas la realización de las actividades contempladas en los diferentes planes obligatorios de salud, que este en capacidad de ofrecer.

- Apoyar las actividades de las áreas logística y de atención al usuario para el correcto funcionamiento del flujo de servicios.
- Adelantar actividades de transferencia tecnológica y promover las realizaciones de pasantías con el fin de ampliar los conocimientos científicos y tecnológicos de los funcionarios de la entidad.
- Participar y contribuir al desarrollo del sistema de Red de Urgencias en su área de influencia.
- Promocionar el concepto de gestión de calidad que implique contar con estrategias coherentes de desarrollo organizacional.
- Informar a la Junta Directiva, al Ministerio de Salud y Protección Social, al Instituto Departamental de Salud de Nariño, y demás Entidades de Control y Vigilancia sobre el estado de ejecución de los programas y rendir informes generales y periódicos o especiales que le soliciten.
- Entregar el cargo garantizando el empalme de funciones de tal manera que se asegure la continuidad de la gestión pública.
- Las demás que le asigne la Ley, la Junta Directiva y los reglamentos.

### 3.

**EMPRESA:** Centro Hospital Nuestro Señor de La Divina  
Misericordia de Puerres E.S.E

**DESDE:** 01 de Noviembre de 2016

**HASTA:** 16 de Enero 2018

**CARGO DESEMPEÑADO:** Enfermera de Auditora de Cuentas médicas,  
Coordinadora del SGSST y Jefe de procesos Asistenciales.

**CIUDAD:** Puerres Nariño.

---

**OBLIGACIONES PRINCIPALES:**

- Coadyuvar en la planeación, coordinación, ejecución y seguimiento de los procesos de auditoría de cuentas para ello deberá: Verificar la presentación de cuentas, facturación, registros individuales de prestación de servicios (RIPS).
  - Capacitar al personal en cuanto a normas vigentes SGSSS en facturación de las diferentes EPS Y disminuir el porcentaje en glosas.
  - Realizar pre auditoria a soportes para cuentas médicas. Responder y conciliar oportunamente las glosas.
  - Responder y conciliar descuentos de cápita.
  - Coadyuvar en la planeación, coordinación, ejecución y seguimiento de los procesos en el marco del **SGSST**, Documentar y socializar la Política, y el documento de Seguridad y Salud en el trabajo para la empresa.
  - Conformar y operativizar el comité de convivencia laboral.
-

### Andrea Reina Valencia

- Realizar y socializar la política y el programa de prevención y control del uso de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas para los trabajadores.
  - Realizar y socializar el programa de mantenimiento de equipos contraincendios de la empresa.
  - Realizar plan anual de capacitaciones del sistema general de seguridad y salud en el trabajo.
  - Realizar y analizar los indicadores de gestión y ausentismo del sistema general de seguridad y salud en el trabajo.
  - Realizar la resolución del comité del sistema general de seguridad y salud en el trabajo. COPASST.
  - Operativizar de forma mensual el comité del sistema general de seguridad y salud en el trabajo.
  - Realizar el procedimiento para contratar-verificación y pago de seguridad social en Salud para contratistas.
  - Realizar el procedimiento de criterios para la selección y afiliación a ARL.
  - Aplicar listas de chequeo por áreas de trabajo.
  - Evaluación de la política de seguridad y salud en el trabajo por el comité. Realizar inducción al personal nuevo.
  - Realizar base de datos del personal de la empresa con valoración por medico ocupacional, y programa de inmunizaciones.
  - Documentar riesgos por áreas. Evaluación de la asistencia técnica por parte de la ARL.
  - Coadyuvar en la planeación, coordinación, ejecución y seguimiento de los procesos asistenciales para ello Adelantar la Implementación y seguimiento de los diferentes programas de promoción-prevención y recuperación.
  - Hacer seguimiento y evaluar el cumplimiento de los planes de mejora asistenciales. Implementación del PGIRHS y realización de informes para el técnico de saneamiento municipal y el IDEAM.
-

***Andrea Reina Valencia***

---

- Supervisar a cuadro de turnos médicos, laboratorio clínico, farmacia, odontología, enfermería y auxiliares de enfermería.
- Realizar procesos de inducción y re inducción.
- Seguimiento a la operativización de los comités institucionales.
- Evaluar los procedimientos de enfermería.
- Hacer seguimiento a la actualizar de los protocolos asistenciales para cumplimiento en Habilitación.

**4.**

**EMPRESA:** Hospital Nivel 1 El Bordo Cauca  
**DESDE:** 03 de Mayo de 2016  
**HASTA:** 31 de Octubre de 2016  
**CARGO DESEMPEÑADO:** Enfermera Auditora de Cuentas médicas.  
**CIUDAD:** El Bordo Cauca.

**OBLIGACIONES PRINCIPALES:**

- Corregir la presentación de cuentas, facturación, registros individuales de prestación de servicios (RIPS).
  - Realizar informes estadísticos con respecto a la facturación.
  - Capacitar al personal en cuanto a normas vigentes SGSSS en facturación de las diferentes EPS Y disminuir el porcentaje en glosas.
  - Realizar auditoria a registros clínicos.
  - Responder y conciliar glosas.
-

---

*Andrea Reina Valencia*

---

**5.**

**EMPRESA:** Hospital San Carlos E.S.E.  
**DESDE:** 12 de Abril de 2012  
**HASTA:** 31 de Mayo de 2016.  
**CARGO DESEMPEÑADO:** Subgerente de la Salud.  
**CIUDAD:** San Pablo.

**OBLIGACIONES PRINCIPALES:**

- Elaborar el “Cuadro de Turnos” para el personal médico, enfermería y supervisar el cumplimiento del mismo.
  - Realizar la inducción y reinducción del personal nuevo y en entrenamiento.
  - Coordinar el cumplimiento de las actividades de los Comités Institucionales.
  - Generar mensualmente los Informes de las actividades realizadas.
  - Coordinar el funcionamiento del sistema de vigilancia epidemiológica de la ESE.
  - Participar activamente en el “PAMEC” coordinar y supervisar la ejecución de las tareas asignadas.
  - Coordinar la actualización, elaboración, ejecución y socialización de las Guías de Manejo, Protocolos de Procedimiento y Manuales Institucionales.
  - Coordinar las actividades extramurales de la Empresa a nivel asistencial.
  - Coordinar la verificación y el cumplimiento de las condiciones de habilitación, en especial, cuando se realicen visitas de verificación.
  - Certificar mensualmente el trabajo suplementario realizado por el personal de las distintas dependencias.
  - Coordinar el cumplimiento de las “Políticas de IAMI” y “Maternidad Segura”.
  - Realizar las Auditorías Internas programadas.
-

---

### *Andrea Reina Valencia*

---

- Coordinar, junto con el “Comité de Glosas”, la respuesta oportuna de las mismas, cuando sean de pertinencia médica o del Área de Atención al Usuario.
  - Evaluar y calificar al personal a su cargo.
  - Coordinar, orientar, programar, controlar y evaluar todas las actividades a cargo del Área de Atención al Usuario.
  - Participar en la orientación del diagnóstico y pronóstico de la situación de la salud de la población del Municipio de San Pablo Nariño.
  - Planear, controlar y evaluar la validez Científica y Técnica de los procedimientos utilizados para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de los pacientes en particular y de la comunidad de San Pablo en general.
  - Participar en las investigaciones de tipo aplicado que realice la Institución.
  - Participar en actividades de Capacitación del Recurso Humano de la ESE.
  - Dirigir la evaluación del impacto en la prestación de servicios de salud a la comunidad y definir las acciones correctivas pertinentes.
  - Velar por el cumplimiento del “Sistema de Referencia y Contrarreferencia”.
  - Velar por toda situación que represente factor de riesgo epidemiológico.
  - Establecer y mantener las relaciones de coordinación intra y extrainstitucional, necesarias para la adecuada prestación de los servicios de salud por parte del Hospital.
  - Promover la consecución oportuna de los recursos necesarios del Área, así como la utilización racional de los disponibles.
  - Propiciar la Participación Comunitaria en los procesos de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades, así como la descongestión administrativa y la Planeación del Primer Nivel de Complejidad.
-

### Andrea Reina Valencia

- Coordinar y evaluar las actividades de carácter docente/asistencial en la ESE.
  - Participar activamente en la formulación del Plan de Desarrollo Institucional y de los POA y velar por su cumplimiento.
  - Supervisar el debido cumplimiento de las funciones y actividades a cargo del personal del Área bajo su responsabilidad.
  - Dirigir la implementación del “Plan de Emergencias”.
  - Recomendar a la Gerencia, a partir de criterios técnicos, la adopción de políticas y la formulación de planes y programas al interior de la Entidad
  - Ejercer el liderazgo frente al equipo de salud y en general frente a todos los actores involucrados en la atención de los pacientes.
  - Permanecer actualizado frente al manejo de patologías de alta complejidad.
  - Acoger todas las políticas instauradas por el hospital, tendientes al mejoramiento continuo del proceso.
  - Establecer buenas relaciones entre el personal que integra las distintas áreas de la institución con el fin de garantizar, el trabajo armónico y en equipo.
  - Responder por la conservación y mantenimiento de los documentos, elementos y bienes confiados a su uso y rendir oportunamente los informes solicitados acerca de los mismos.
  - Participar activamente en el desarrollo de gestión de calidad de la entidad responsabilizándose del cumplimiento de los estándares que se relacionan con los procesos a cargo.
  - Seguir procedimiento interno para el reporte de enfermedades de notificación obligatoria.
  - Garantizar la calidad en la prestación de los servicios médicos de las áreas de URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN Y CONSULTA.
  - Velar por la adecuada y racional utilización de los recursos de la Institución y demás equipos y elementos del Hospital.
  - Cumplir con la presentación del reglamento de higiene y seguridad y con la ejecución del programa de Salud Ocupacional, ejecutando procedimientos seguros de trabajo según actividad a realizar en la Institución. Así como acogerse al programa de Salud Ocupacional Institucional y a los planes de
-

## Andrea Reina Valencia

emergencia y evacuación del Hospital y a los planes de contingencia del área de mantenimiento.

- Responder y resarcir en forma oportuna al usuario y entes de control ante los requerimientos interpuestos por fallas atribuibles a la prestación del servicio del contrato pactado.

6.

**EMPRESA:** ESE Virgen de Lourdes Buesaco Nariño

**DESDE:** 01 de Abril de 2015

**HASTA:** 31 de Marzo de 2016

**CARGO DESEMPEÑADO:** Jefe para la Implementación del Programa del Sistema General de Seguridad y Salud en el Trabajo y Habilitación para la ESE. Jefe para la Auditoria de Registros clínicos y facturación de la ESE.

**CIUDAD:** Buesaco Nariño.

### **OBLIGACIONES PRINCIPALES:**

- Corregir la presentación de cuentas, facturación, registros individuales de prestación de servicios (RIPS).
  - Realizar informes estadísticos con respecto a la facturación.
  - Capacitar al personal en cuanto a normas vigentes SGSSS en facturación de las diferentes EPS Y disminuir el porcentaje en glosas.
  - Realizar auditoria a registros clínicos.
  - Responder y conciliar glosas.
  - Elaborar el diagnóstico de Salud Ocupacional de la ESE.
  - Realizar y generar acta mensual del COPASST.
  - Reporte y análisis de accidentes de trabajo.
  - Realizar indicadores de Ausentismo.
  - Elaborar el programa del SGSST.
-

---

*Andrea Reina Valencia*

---

7.

**EMPRESA:** Centro Hospital de La Florida E.S.E.  
**DESDE:** 01 de Enero de 2008  
**HASTA:** 11 de Abril 2012  
**CARGO DESEMPEÑADO:** Coordinadora Salud Infantil. (Coordinadora PAI),  
Cordinadora Salud Pública, Coordinadora Urgencias y Promocion y Prevencion.  
**CIUDAD:** La Florida

**OBLIGACIONES PRINCIPALES:**

- Cumplir y hacer cumplir las políticas, normas y reglamentos de la empresa sobre la prestación de servicios de salud.
  - Dirigir la elaboración, ejecución y evaluación de los programas de atención, basados en las características de la demanda de servicios y otros indicadores.
  - Cumplir y hacer cumplir los requerimientos del Sistema obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud.
  - Coordinar y organizar la prestación de servicios de salud en las condiciones de equidad, eficiencia y calidad.
  - Diseñar programas y proyectos para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y recuperación de la salud dentro del primer nivel de atención.
  - Ejecutar el programa de Estadísticas Vitales.
  - Coordinar la Estrategia de Institución Amiga de LA Mujer y La Infancia.
  - Coordinar el Programa Ampliado de Inmunizaciones.
  - Coordinar el Sistema de Vigilancia Epidemiológica conjuntamente con todo el equipo de salud.
-

***Andrea Reina Valencia***

---

- Coordinar Salud Publica.
- Participar en la evaluación del desempeño de los funcionarios de su área.
- Optimizar la utilización de los recursos humanos, físicos, financieros, tecnológicos y de información en la prestación de los servicios de salud.
- Coordinar y participar en el diseño de los protocolos de atención en Salud.
- Coordinar el desarrollo de los procesos misionales.
- Garantizar el registro actualizado del sistema de información en salud como apoyo a la toma de decisiones.
- Realizar consulta y turnos del servicio de urgencias.

8.

**EMPRESA:** Centro Hospital El Rosario Nariño.

**DESDE:** 15 de Mayo de 2007.

**HASTA:** 29 de Diciembre de 2007.

**CARGO DESEMPEÑADO:** Coordinadora del Programa ampliado de Inmunizaciones y SIVIGILA.

**CIUDAD:** El Rosario Nariño.

**OBLIGACIONES PRINCIPALES:**

- Participar en el diseño, orientación y formulación de políticas, planes, programas y proyectos para el desarrollo de las acciones de fomento y promoción del PAI.
  - Participar en el diseño, orientación y formulación de políticas, planes, programas y proyectos para la prevención, detección, diagnóstico y tratamiento oportuno, vigilancia en salud pública, control, eliminación y erradicación de las enfermedades inmunoprevenibles.
  - Liderar y promover los procesos de concertación y armonización intersectorial y multisectorial en la formulación, adopción, divulgación,
-

***Andrea Reina Valencia***

---

implementación y evaluación de políticas, normas y proyectos para el fomento y promoción del bienestar y la salud infantil, así como para la detección temprana, diagnóstico oportuno, tratamiento y vigilancia en salud pública de las enfermedades prevenibles por vacunación.

- Diseñar, implementar, vigilar y controlar las acciones de bioseguridad tendientes a promover prácticas de vacunación segura.
- Garantizar el desarrollo del sistema de gestión de insumos y biológicos para el PAI.
- Las demás que le sean asignadas y que correspondan a la naturaleza de la dependencia.

**9.**

**EMPRESA:** Centro Hospital La Florida Nariño.  
**DESDE:** 15 de Abril de 2007.  
**HASTA:** 14 de Mayo de 2007.  
**CARGO DESEMPEÑADO:** Coordinadora de Promoción y Prevención.  
**CIUDAD:** La Florida Nariño.

**OBLIGACIONES PRINCIPALES:**

- Participar en el diseño, orientación y formulación de políticas, planes, programas y proyectos para el desarrollo de las acciones de fomento de todos los programas de promoción y prevención.
-

*Andrea Reina Valencia*

---

**REFERENCIAS PERSONALES**

**NOMBRE:** ALBA LUCIA MORA BENAVIDES.

**CELULAR:** 3176487799.

**NOMBRE:** HENRY HERNAN BARCO RAMOS.

**CELULAR:** 3136299563.

---

*Andrea Reina Valencia*

---

**REFERENCIAS FAMILIARES**

**NOMBRE:** ORLANDO JAMAUCA  
**OCUPACIÓN:** JUEZ DEL CIRCUITO DE LA UNION  
**TELEFONO:** 7371727.

**NOMBRE:** ROCIO BASTIDAS.  
**OCUPACIÓN:** DOCENTE-  
COLEGIO SAN BARTOLOME LA FLORIDA.  
**TELEFONO:** 7304290.

***Autorizo pedir información sobre las referencias dadas, para todos los efectos legales, certifico que la información anotada en la presente Hoja de Vida, es verdadera.***

---

**ANDREA PATRICIA REINA VALENCIA.**

**CC. 59.312.517 de Pasto.**

---

Andrea Reina Valencia



LA REPÚBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

Y EN SU NOMBRE

LA

UNIVERSIDAD MARIANA

PERSONERÍA JURÍDICA, RESOLUCIÓN No. 310 DEL 25 DE ABRIL DE 1970  
GOBERNACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE NARIÑO

CONFIERE EL TÍTULO DE:

**ENFERMERA**

A:

ANDREA PATRICIA REINA VALENCIA

C. C. 59.312.517 PASTO

EN PASTO, A LOS 7 DÍAS DEL MES DE ABRIL DE 2006

*Marcos T. Linares V.J.*  
RECTOR

*Alina Vega P.*  
DECANO

*Franco del Arango L.*  
SECRETARÍA GENERAL

REGISTRADO AL FOLIO No. 225 DEL LIBRO DE REGISTRO No. 2-12689



UNIVERSIDAD MARIANA  
PASTO

ACTA 448

En Pasto, departamento de Nariño, hoy siete (7) de abril de dos mil seis (2006), en el Auditorium "Madre Caridad Brader" de la Universidad Mariana, se celebró sesión solemne con el fin de otorgar títulos de: Especialista en Alta Gerencia; Especialista en Revisoría Fiscal; Especialista en Ciencias Fiscales y Tributarias; Especialista en Gerencia de la Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad; Especialista en Cuidado del Paciente en Estado Crítico; Especialista en Educación con Énfasis en Pedagogía; Licenciado(a) en Comercio y Contaduría; Licenciado(a) en Filosofía y Teología; Licenciado(a) en Educación Básica con énfasis en Ciencias Naturales y Educación Ambiental; Tecnólogo en Desarrollo y Bienestar Social; Enfermero(a); Terapeuta Ocupacional; Contador Público; Ingeniero(a) de Sistemas; Ingeniero(a) Sanitario(a) y Ambiental; Psicólogo(a); Comunicador Social - Periodista; Trabajador Social.

La ceremonia estuvo presidida por el Rector, Marco Tulio González Arbeláez, S.J. acompañado por Directivas de la Universidad.

Abierta la sesión y presentes los graduandos, conforme a la Resolución No. 032 del 15 de marzo de 2006, emanada de Rectoría de la Universidad Mariana, el Rector les tomó el juramento de rigor y les hizo entrega del título que les acredita idoneidad para ejercer la profesión de ENFERMERA registrada por el Sistema de Información del ICFES, con el código No. 172046100735200111100, a:

**ANDREA PATRICIA REINA VALENCIA**  
C. C. 59.312.517 PASTO

por haber cumplido con los requisitos señalados en los Estatutos de la Universidad Mariana.

En constancia se firma en Pasto, a los siete (7) días del mes de abril de dos mil seis (2006).

(Aparecen las firmas correspondientes al Rector, Decanos de las Facultades, Secretaría General y los sellos respectivos).

ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL

  
MARÍA DEL SOCORRO ARAUJO GARZÓN  
Secretaría General

Folio No. 223 Libro de Registro No. 2 - 12689

Andrea Reina Valencia

	<b>RESOLUCIÓN</b>	Colección F-DR05-02
		Versión 01

Página 1

No. 52 ( **2 4 7 9** ) . 2007

Por la cual se concede una autorización para el ejercicio profesional.

**LA DIRECTORA DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO**  
En cumplimiento al Decreto Número 1875 de Agosto 3 de 1994 expedido por el Ministerio de Salud. y

**CONSIDERANDO:**

Que, **ANDREA PATRICIA REINA VALENCIA**, identificada (o) con cédula de ciudadanía N° 59.312.517 expedida en Pasto (N), ha solicitado autorización del ejercicio profesional como **ENFERMERA**, TÍTULO que le otorgó LA **UNIVERSIDAD MARIANA (Pasto)** según Acta de Grado N° 449 y Diploma No. s/n del 7 de abril de 2006.

Que, dicho TÍTULO se encuentra debidamente registrado con el No. 12889, al Folio N° 223 y Libro de Registro N° 2, del 7 de abril de 2006, por la Universidad Mariana.

Que cumplió con el **SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO**, en la E.S.E. El Rosario del municipio del Rosario, en el periodo comprendido entre el 16 de mayo al 15 de noviembre de 2007, en cumplimiento de la Resolución No. 01140 del 04 de septiembre de 2002 emanada del Ministerio de Salud.

**RESUELVE:**

**ARTICULO PRIMERO:** Autorizar a **ANDREA PATRICIA REINA VALENCIA**, identificada (o) con cédula de ciudadanía N° 59.312.517 expedida en Pasto (N), para ejercer la profesión de **ENFERMERA**, en el Territorio Nacional.

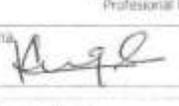
**ARTICULO SEGUNDO:** En cumplimiento del artículo 5° del Decreto 1875 de 1994, para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde registró el título, la persona deberá inscribir su nombre en la Dirección Seccional de Salud del Departamento donde va a laborar, para control y vigilancia.

**COMUNIQUESE Y CÚMPLASE**

Dada en San Juan de Pasto, a los

20 de mayo

  
**SONIA GÓMEZ ERASO**  
Directora IDSN

Proyectó: <b>MARIO CABRERA NARVAEZ</b> Profesional Universitario	Revisó: <b>KARLA OYOLA SOLARTE</b> Profesional Universitario
Firma: 	Firma: 
Fecha: Diciembre 26 de 2007	Fecha: Diciembre 26 de 2007

COMPROMETIDOS CON LA CALIDAD

Visite Nuestra Página web [www.idsn.gov.co](http://www.idsn.gov.co)  
Calle 14 # 28-20 Píccoleto de Bombonó - Teléfonos 7235314 - 7232260 - San Juan de Pasto

*Andrea Reina Valencia*



**LA REPÚBLICA DE COLOMBIA**  
La Secretaría de Educación Municipal  
Alcaldía de Pasto

Y en su nombre  
La Fundación de Servicios Educativos Emssanar



**Certifica que:**

**ANDREA PATRICIA REINA VALENCIA**

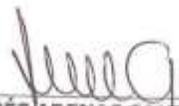
c.c. 59.312.517

Asistió y Participo en el:

**DIPLOMADO PACIENTE SEGURO Y  
GESTIÓN DEL EVENTO  
ADVERSO**

Con una intensidad de 120 horas

Dado en San Juan de Pasto, a los 7 días del mes de diciembre 2013

  
**INÉS ARENAS SANTACRUZ**  
Directora Ejecutiva  
CETEM

  
**CHRISTIAN CORDOBA COLLAZOS**  
Docente

  
**YAMILE DEVIA DE LA HOZ**  
Docente

# CERTIFICADO DE PARTICIPACIÓN

La Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud

CERTIFICA QUE:

**ANDREA REINA**

ha participado y aprobado el curso:

**Curso Virtual de Tabaco y Salud Pública**

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

20 de February de 2014

Calificación del Curso: Aprobado con Excelencia

Horas: 18

  
Dra. Carlissa Elienne  
Directora





## EL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO

Certifica que:

ANDREA REINA

Participó en el "Taller teórico práctico de asistencia técnica en lineamientos POA 2013, ejes programáticos y líneas de prioridad".

Llevado a cabo los días 25 de febrero al 1 de marzo de 2013 con una intensidad de 40 horas.

San Juan de Pasto, 1 de marzo de 2013

**ELIZABETH TRUJILLO DE CISNEROS**  
Directora IDSN



**EL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO**

**Certifica que:**

*ANDREA REINA*

Identificado (a) con CC. No. 59'312.517

Participó en el  
"Taller Teórico Práctico de Lineamientos POA 2014 en el Marco  
del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

Realizado en Pasto, del 27 al 29 de Noviembre de 2013

*Dr. Carlos Alberto Hidalgo Patiño*  
Director (e) IDSN

 <p>Instituto Departamental de Salud de Nariño</p>	 <p>AIEPI Avance seguro y libre enfermedad por medio de la vacuna</p>
<b>EL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO</b>	
Certifica que:	
ANDREA REINA	
C.C. No. 59.312.517	
<b>ASISTIÓ AL TALLER DE</b>	
<b>"LINEAMIENTOS EN SALUD INFANTIL 2011"</b>	
Realizado los días 9, 10, y 11 de Febrero en San Juan de Pasto	
	
<b>ANA BELÉN ARTEGA TORRES</b> Directora IDSN	

Andrea Reina Valencia

  
Instituto  
Departamental  
de Salud de Nariño

  
Asociación Intersectorial de Entidades Promotoras de Salud

**EL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO**

Certifica que:

ANDREA REINA VALENCIA.

C.C. No. 59.312.517.

**ASISTIÓ AL TALLER DE  
"LINEAMIENTOS EN MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS  
Y SEGUNDA REUNIÓN DEPARTAMENTAL PAI 2011"**

Realizado los días 3, 4, 5 y 6 de Mayo en San Juan de Pasto

  
ANA BELÉN ARTEAGA TORRES  
Directora IDSN



El Ministerio de la Protección Social  
El Fondo de Naciones Unidas Para la Infancia UNICEF  
y El Instituto Departamental de Salud de Nariño

Exaltan la destacada labor de:

**Andrea Patricia Reina Valencia**

En defensa de los derechos de la niñez, la mujer la familia y el medio ambiente,  
mediante la promoción, protección, y apoyo a la lactancia materna,  
como integrante de:

“Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia IAWMI”

*Marta C. Montenegro*  
MARTHA C. MONTENEGRO H.  
Coordinadora IAWMI

*Florencia Espinosa Pérez*  
NOHORA CECILIA ESPINOSA PÉREZ  
Subdirectora Salud Pública

*Ana Belén Artiaga Torres*  
ANA BELÉN ARTEAGA TORRES  
Directora IDSN

San Juan de Pasto, 20 de Diciembre 2010

**EL CENTRO INTERNACIONAL DE PRODUCCION LIMPIA - LOPE****CERTIFICA**

Que **ANDREA PATRICIA REINA VALENCIA** identificado(a) con Cedula de Ciudadanía No 59.312.517 de Pasto, realizó y aprobó el curso de **EVALUADOR EN COMPETENCIAS LABORALES SECTOR SAI UID** con una intensidad horaria de Cuarenta (40) y obtuvo una evaluación Apto (A) con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:

D: Rápido

A: Aprobó

Se expide en Pasto, a los nueve (9) días del mes de noviembre de dos mil diez (2010)

Firmado Digitalmente por  
BERNARDO ARTURO CHAMORRO GUEVARA  
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA  
Autenticidad del Documento  
Bogotá, Colombia  
BERNARDO ARTURO CHAMORRO GUEVARA  
SUBDIRECTOR CENTRO INTERNACIONAL DE PRODUCCION LIMPIA - LOPE  
REGIONAL NARIÑO

SENA: Una Organización con Conocimiento

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://certificados.sena.edu.co>, bajo el número 953600127649CC59312517E.

---



LIBERTAD Y ORDEN  
REPUBLICA DE COLOMBIA

## El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En cumplimiento de la Ley 119 de 1994*

*Hace constar que*

**ANDREA PATRICIA REINA VALENCIA**

*Con Cédula de Ciudadanía No. 59.312.517*

*Cursó y aprobó la acción de Formación*

**EVALUADOR EN COMPETENCIAS LABORALES SECTOR SALUD**

*con una duración de 40 horas*

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Pasto, a los nueve (9) días del mes de noviembre de dos mil diez (2010)*

Firmado Digitalmente por  
BERNARDO ARTURO CHAMORRO GUEVARA  
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA  
Autenticidad del Documento

Bernardo Arturo Chamorro Guevara  
Subdirector  
CENTRO INTERNACIONAL DE PRODUCCION LIMPIA - LOPE  
REGIONAL NARIÑO

2743641 - 2010/11/09  
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://certificados.sena.edu.co>, bajo el número 953600127649CC9312517C.

*Andrea Reina Valencia*



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social



IOM International Organization for Migration  
OIM Organisation Internationale pour les Migrations  
OIM Organización Internacional para las Migraciones

Certifican que,

*Andrea Patricia Reina Valencia*

Asistió a la CAPACITACIÓN DEL SISTEMA ÚNICO DE INFORMACIÓN PAI

Con una intensidad de 16 horas

Pasto, Nariño 04 al 05 de noviembre de 2010

N-1

MARTHA PATRICIA VELANDIA  
Ministerio de la Protección Social

  
HOOVERITH NOREÑA  
Organización Internacional para las Migraciones

*Andrea Reina Valencia*

	<b>CERTIFICACIÓN</b>	Código F-GRAF09-02 Versión 01
---	----------------------	--

**LA SUSCRITA COORDINADORA DE SALUD INFANTIL DEL INSTITUTO  
DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO**

**CERTIFICA QUE:**

ANDREA REINA VALENCIA Cédula N° 59312517  
de PASTO funcionaria de ESE IA FLORIDA  
Asistió a Taller de formadores de competencias laborales realizado en El Municipio  
de Pasto N. los días 6, 7, 8, 9 y 10 de septiembre del 2010.

Se expide en pasto a los 10 días del mes de septiembre del 2010

  
**DIVA ENITH BASTIDAS**  
**PROFESIONAL ESPECIALIZADA SALUD INFANTIL**

*Andrea Reina Valencia*

	<b>CERTIFICACIÓN</b>	Código F-GRAF09-02  Versión 01
---	----------------------	--

**LA SUSCRITA COORDINADORA DE SALUD INFANTIL DEL INSTITUTO  
DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO**

**CERTIFICA QUE:**

ANDREA REINA VALENCIA Cédula N° 59312517  
de PASTO funcionaria de ESE IA FLORIDA  
Asistió a Taller de formadores de competencias laborales realizado en El Municipio de Pasto N. los días 6, 7, 8, 9 y 10 de septiembre del 2010.

Se expide en pasto a los 10 días del mes de septiembre del 2010

  
**DIVA ENITH BASTIDAS**  
**PROFESIONAL ESPECIALIZADA SALUD INFANTIL**



El Instituto Departamental de Salud de Nariño  
Certifica que:

Andrea Reina

Con C.C. 59312517

ASISTIÓ AL SEMINARIO TALLER DE ACTUALIZACIÓN  
DE LINEAMIENTOS DE LA ESTRATEGIA INSTITUCIONES  
AMIGAS DE LA MUJER Y LA INFANCIA - IAMI, CON EL ENFOQUE  
DE ATENCIÓN INTEGRAL, LOS DÍAS 10 AL 13 DE AGOSTO DE 2010,  
CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE 32 HORAS.

NOHORA CECILIA ESPINOSA PÉREZ  
Subdirectora de Salud Pública

ANA BELÉN ARTEAGA TORRES  
Directora IDSN

Andrea Reina Valencia

 LIBERTAD Y ORDEN MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL REPUBLICA DE COLOMBIA	 Instituto Departamental de Salud de Nariño
<b>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO</b> Certifica que:	
_____ <i>Andrea Reina Valencia</i>	
C.C. <u>59.312.517.</u>	
<b>ASISTIÓ AL "TALLER DEPARTAMENTAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA"</b>	
Realizado los días 4, 5 y 6 de Agosto de 2010, en San Juan de Pasto. Intensidad Horaria: 24 horas.	
_____ <b>SIDIA CAICEDO</b> Asesora Programa VIH - SIDA Ministerio de la Protección Social	_____ <b>JORGE GARZÓN MERA</b> Coordinador Programa Salud Sexual y Reproductiva - IDSN

  
Instituto  
Departamental  
de Salud de Nariño

INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO

Certifica que:

**ANDREA REINA V.**

C.C. 59.312.517

PARTICIPÓ EN EL "TALLER DE CAPACITACIÓN PARA FACILITADORES  
EN AIEPI COMUNITARIO CON ACTORES SOCIALES"

Realizado los días 1, 2 y 3 de Septiembre de 2010, en San Juan de Pasto.

  
ANA BELÉN ARTEAGA TORRES  
Directora IDSN



EL JEFE DE LA OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN  
DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO

HACE CONSTAR:

Que Andrea Reina  
identificado (a) con cédula de ciudadanía Nr  
59312517 en su calidad de  
Coordinadora de SSA  
del municipio de La Florida, asistió el día  
30 de julio de 2010, al TALLER DE CAPACITACIÓN DEL  
SOFTWARE SIP -SIA, organizado por la Oficina Asesora de  
Planeación del Instituto Departamental de Salud de Nariño.

En constancia se firma en Pasto, a los treinta (30) días del mes  
de julio de dos mil diez (2010).

  
FRANCO SOLARTE VITERI  
Jefe Oficina Asesora de Planeación



**EL JEFE DE LA OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN  
DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO**

**HACE CONSTAR:**

Que **ANDREA REINA VALENCIA**, identificada con cédula de ciudadanía 59312517, en su calidad de Coordinadora de Salud Infantil de la ESE del municipio de La Florida, asistió el día 29 de julio de 2010, al **TALLER DE CAPACITACIÓN DEL SOFTWARE IAMI-AIEPI**, organizado por la Oficina Asesora de Planeación del Instituto Departamental de Salud de Nariño.

En constancia se firma en Pasto, a los veintinueve (29) días del mes de julio de dos mil diez (2010).

  
**FRANCO SOLARTE VITERI**  
Jefe Oficina Asesora de Planeación

Gloria O.

Andrea Reina tfalencia

 <p>Instituto Departamental de Salud de Nariño</p>	 <p>Instituto Departamental de Salud de Nariño</p>
<p><b>EL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO, SUBDIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA, SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA</b></p>	
<p>Certifica que:</p>	
<p><i>Andrea Reina</i></p>	
<p>C.C. No. 69.312.617</p>	
<p>Asistió al "Taller de Actualización y Sensibilización en la Política de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes y Jóvenes, con Enfoque de Derechos, Género y Diferencial". Desarrollado en la ciudad de Pasto, los días 19, 20 y 21 de Mayo de 2010</p>	
<p><i>ANA BELÉN ARTEAGA TORRES</i></p>	
<p><b>ANA BELÉN ARTEAGA TORRES</b> Directora Instituto Departamental de Salud de Nariño</p>	<p><b>JORGE GARZÓN MERA</b> Coordinador Salud Sexual y Reproductiva</p>

*Andrea Reina tfaencia*

---

INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO  
SUBDIRECCION DE SALUD PÚBLICA  
PROGRAMA DE SALUD INFANTIL

LA SUSCRITA SUBDIRECTORA DE SALUD PÚBLICA

HACE CONSTAR

Que: ANDREA PATRICIA REINA Funcionario del Municipio de La Florida  
Identificado con CC No 59.312.517 Asistió al Taller de lineamientos en infancia  
Durante los días 18, 19, 20, 21, 22, del mes de Enero del 2010.

En constancia se firma en Pasto a los 22 días del mes de Enero del 2010



NOHORA ESPINOSA PEREZ  
Subdirección de Salud Pública



**EL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO**

**CERTIFICA QUE:**

El (la) señor (a) Andrea Patricia Reina Valencia  
 Identificado con C.C. 59312517 de Pasto  
 En calidad de Coordinadora de Salud Pública  
 Participo en la inducción para la ejecución de acciones del proyecto  
 sobre: "FORTALECIMIENTO DE LAS ACCIONES COLECTIVAS  
 DIRIGIDAS A LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CRONICAS NO  
 TRANSMISIBLES EN LOS MUNICIPIOS CATEGORIAS 4, 5 y 6".

Desarrollado el día 6 de Noviembre de 2009, en el municipio de  
 Pasto.

Para constancia se firma a los 6 días del mes de Noviembre de  
 2009.

  
**GLORIA SALAZAR**

Subdirectora de Promoción y Prevención ( e )  
 IDSN



EL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO

Certifica que:

ANDRÉA REINA

C.C. No. 57312.517

Asistió al Seminario Taller de Actualización en la Estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia IAMI - Consejería en Lactancia Materna con Enfoque de Atención Integral

Los días 23,24 y 25 de Noviembre de 2009  
Con una Intensidad Horaria de 24 horas

JAIRO OSORNO REYES  
Consultor Internacional

MARTHA C. MONTENEGRO H.  
Profesional Especializada

NOHORA CECILIA ESPINOSA PÉREZ  
Subdirectora de Promoción y Prevención

ANA BELÉN ARTEAGA TORRES  
Directora IDSN

## Andrea Reina Valencia

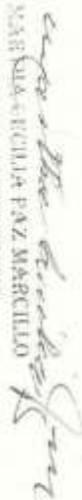

  
**INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO**  
**SUBDIRECCION DE PROMOCION Y PREVENCIÓN**  
**SALUD AMBIENTAL**  
**CONTROL Y VIGILANCIA DE ALIMENTOS Y S.A.**

**CERTIFICA QUE:**

**EL SEÑOR(A):**  
**ANDREA REINA VALENCIA**  
 C.C. No. 59.312.517

asistió al taller de Socialización de Leptospiriasis, Protección y Guías en Atención a Rabia y otras Zoonosis, Atención de Enfermedades Transmitedas por Alimentos ETAS, Estrategia: Vigilancia sana ante el programa de nutrición, en instituciones educativas y Estrategia de Entornos Saludables, desarrollados en el municipio de Pasto, los días 5 y 6 de Octubre de 2009 con una intensidad de 16 horas.

En Concordancia se firmó en San Juan de Pasto, a los 6 días del mes de Octubre del 2009

  
**DR. MARCELA ROCÍO PAZ MARCELLO**  
 COORDINADORA GENERAL DE SALUD AMBIENTAL  
 SUBDIRECCION DE PROMOCION Y PREVENCIÓN

	<b>CERTIFICACIÓN</b>	Código F-GRAF09-02
		Versión 01

Página 1 de 1

San Juan de Pasto, 23 de octubre de 2009

**EL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO  
SUBDIRECCION DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**

**HACE CONSTAR QUE:**

Andrea Reina Identificado (a) con cedula de ciudadanía número 59.312.512 de Pasto asistió al Taller de Seguimiento de IAMI Integral y SAN; realizado el día 23 de octubre de 2009 en la sala de situaciones del CRUE del IDSN.



**NOHORA ESPINOSA PEREZ**  
Subdirectora de Promoción y Prevención

Vanesa F.

Ms documentos/Vanesa/oficina/participación/oficios/certificación

*Andrea Reina Valencia*

---

INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO  
SUBDIRECCION DE PROMOCION Y PREVENCION  
PROGRAMA DE SALUD INFANTIL

LA SUSCRITA SUBDIRECTORA DE PROMOCION Y PREVENCION

HACE CONSTAR

Que: Andrea Reina Valencia Funcionario del Municipio de  
La Florida Identificado con CC No 59.312517 Asistió al TALLER  
DE MADRE CANGURO el día 13 de Octubre de 2009.

En constancia se firma en San Juan de Pasto a los 13 días del mes de Octubre del 2009



NOHORA ESPINOSA PEREZ  
Subdirección de Promoción y Prevención

---

*Andrea Reina tfalencia*

**INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO  
SUBDIRECCION DE PROMOCION Y PREVENCION  
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES**

**LA SUSCRITA SUBDIRECTORA DE PROMOCION Y PREVENCION**

**HACE CONSTAR**

Que Andrea Reina Valencia funcionaria del Municipio de La Florida  
Identificado con CC No 59.312.517, asistió al "TALLER DE PAISOFT" los  
días 26 al 28 de Agosto del 2009.

En constancia se firma en San Juan de Pasto a los 28 días del mes de Agosto del  
2009.



**NOHORA ESPINOSA PEREZ**  
Subdirección de Promoción y Prevención.

Andrea Reina Valencia



EL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO  
Y LA SUBDIRECCIÓN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

*Ha de constar que:*

ANDREA REINA VALENCIA

C.E. No. 59.312.517.

Asistió al Taller  
AIEPI COMUNITARIO  
Realizado los días 15, 16 y 17 de Julio de 2009

Andrea Reina Valencia

ANA BELÉN ARTEAGA TORRES  
Directora IDSN

Andrea Reina Valencia



Ministerio de la Protección Social  
Dirección General de Promoción social  
República de Colombia



CERTIFICAN QUE:

ANDREA REINA VALENCIA  
C.C. No.

Asistió al *Taller Abordaje Integral de la Violencia Doméstica y Sexual en el Departamento de Nariño*, evento realizado con el apoyo del Ministerio de la Protección social, la Organización Internacional para las Migraciones, el Instituto Nacional de Medicina Legal, la Procuraduría Provincial de Familia, la Alcaldía Municipal de Pasto y la Dirección Municipal de Género.

San Juan de Pasto, Mayo 26 y 27 de 2009

*Carla Beltrán*  
ANA BELEN ARTEAGA  
Directora IDSN





EL INSTITUTO DEPARTAMENTAL  
DE SALUD DE MARIÑO  
Y LA SUBDIRECCIÓN DE PROMOCIÓN  
Y PREVENCIÓN

Haase constatar que:

ANDREA REINA.

C.C. No. 59.312.517.

Asistió al Taller de Capacitación en  
"PLANEACIÓN DE ACCIONES EN INFANCIA"

Realizado los días 2 a 6 de Marzo de 2009.

Ana Belén Arteaga Torres

ANA BELÉN ARTEAGA TORRES  
Directora IDSN

Andrea Reina Valencia



Andrea Reina Valencia

	<b>OFICIO</b>	Código F-GRD11-07
		Versión 01

Página 1 de 1

INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO

SUBDIRECCION DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

LA SUSCRITA SUBDIRECTORA DE PROMOCION Y PREVENCIÓN

HACE CONSTAR

Que, Andrea Reina Valencia con cédula 59.312.517  
 No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Participo del taller  
**TEÓRICO – PRACTICO DE FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDADES  
 CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES**, realizado el día 11 de diciembre de 2008, en el  
 municipio de Pasto, con una intensidad horaria de 8 horas.

Para constancia se firma en San Juan de Pasto, a los once (11) días del mes de  
 diciembre de 2008



**NOHORA ESPINOSA PEREZ**  
 Subdirectora de Promoción y Prevención IDSN

---

 COMPROMETIDOS CON LA CALIDAD

 Visite Nuestra Página web [www.idsn.gov.co](http://www.idsn.gov.co)

Calle 14 # 28-20 Plazuela de Bombozó - Teléfonos 7235314 - 7232260 - San Juan de Pasto



**Ministerio de la Protección Social**  
República de Colombia



**Certifican Que:**

**REINA VALENCIA ANDREA PATRICIA**  
C.C. 59312517

Asistió en calidad de participante a la:

**“REUNIÓN REGIONAL COSTA PACÍFICA PARA EL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES”**

Celebrado en la ciudad de San Juan de Pasto, los días 12, 13 y 14 de noviembre de 2008, con una intensidad de 24 horas.

  
**GILBERTO ALVAREZ URIBE**  
Director General Salud Publica

*pp* **CARMEN ELISA QUESADA JURADO**  
ASISTENTE TÉCNICO MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

  
**ANA DRIKEN ARTEAGA TORRES**  
DIRECTORA IDSM

Andrea Reina Valencia

INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO  
Subdirección de Promoción y Prevención  
Salud mental

IMPLEMENTACIÓN MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD MENTAL

Certifica que:

\_\_\_\_\_  
ANDRÉA PATRICIA REINA VALENCIA.

Participó en la capacitación

PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL COMUNITARIA

Pasto 16, 17, 18 y 19 De Septiembre De 2008

*Juan José Arteaga T*

ANA BELEN ARTEGA  
Directora IDSN

*H. Espinosa*

NOHORA ESPINOSA PÉREZ  
Subdirectora de P y P

*Gloria Salazar Jimenez*

GLORIA SALAZAR JIMENEZ  
Coordinadora Salud Mental

*Instituto Departamental de Salud Nariño*



## Andrea Reina tfalencia



### LA DIRECTORA CIENTIFICA Y LA PSICOLOGA DEL HOSPITAL SAN RAFAEL DE PASTO

#### HACEN CONSTAR

Que Andrea Reina Velez, identificado (a) con Cédula de Ciudadanía número 59.312.517 de Pasto, en su calidad de Enfermera del Municipio de Florida, permaneció en esta Institución los días 16, 17 y 18 de septiembre del dos mil ocho (2008); participando del taller regional de capacitación en salud mental y salud pública.

En constancia se firma en San Juan de Pasto, a los dieciocho (18) días del mes de septiembre del año dos mil ocho (2008).

**Dra. JIMENA MAYORGA G.**  
Directora Científica

**Dra. MARTHA FIGUEROA**  
Psicóloga

*Andrea Reina Valencia*



Ministerio de la  
Protección Social  
República de Colombia



UNFPA - cada persona cuenta.



Instituto  
Departamental  
de Salud Nariño

**MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL  
FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS – UNFPA  
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO**

HACEN CONSTAR QUE:

ANDREA REINA VALENCIA

C.C. \_\_\_\_\_

Asistió al

Taller de Servicios Amigables para Adolescentes y Jóvenes, desarrollado en la ciudad de Pasto, del 19 al 22 de agosto de 2008, con una intensidad de 32 horas.  
Dado en Pasto, a los veintidós días del mes de agosto de 2008.

  
**DIVA JANNETH MORENO LOPEZ**  
Asesora  
Ministerio de la Protección Social

  
**FRANCISCO JAVIER SIERRA E.**  
Consultor  
UNFPA – Colombia

  
**NOHORA CECILIA ESPINOSA PEREZ**  
Subdirectora Promoción y Prevención  
Instituto Departamental de Salud de Nariño

Andrea Reina Valencia



El Programa Mundial de Alimentos de Naciones Unidas

Confiere el presente certificado a:

Andrea Patricia Reina Valencia

Por su valiosa participación durante el taller departamental de entrenadores sobre:

**“Manejo del VIH-Sida en Contextos de Emergencia”**

Realizado los días 15 y 16 de mayo de 2008 en la ciudad de Pasto, Colombia,  
con una intensidad de 16 horas.

Jorge Fanlo  
Director de País a.i.

Programa Mundial de Alimentos



*Certifica que*

ANDREA PATRICIA REINA VALENCIA

*c. e No. 59.312.517*

*Participó en el Taller Teórico-Práctico del Sistema Vigilancia de las Enfermedades Transmitidas por Alimentos*

*Realizado en Pasto, los días 24, y 25 de octubre de 2007*

*con una intensidad horaria de 16 horas*

JOSE ANTONIO CHAVEZ YELA  
Instituto Nacional de Salud

SOMIA MARIA GOMEZ ERAZO  
Instituto Departamental de Salud de Narino.



UNIVERSIDAD MARIANA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Programa de Enfermería

Certifica que:

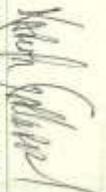
**ANDREA PATRICIA REINA VALENCIA**

Participó en las:

VIII JORNADAS CIENTÍFICAS EN SALUD  
"MANEJO DE PACIENTES EN ESTADO CRÍTICO"

Celebradas los días 12 Y 13 de mayo de 2005  
Intensidad 16 horas

  
Esp. Gloria Maya Parodi  
Decana Facultad Ciencias de la Salud

  
Esp. Karina Gallardo Soarta  
Directora Programa de Enfermería

  
Esp. Vilma Ortiz Nieves  
Coordinadora del Evento

## Andrea Reina Valencia

 Instituto Departamental de Salud Pública	<b>CERTIFICACIÓN</b>	Código
		F.GRAF09-02 Versión 01

San Juan de Pasto, 22 de agosto de 2008

### LA SUBDIRECTORA DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

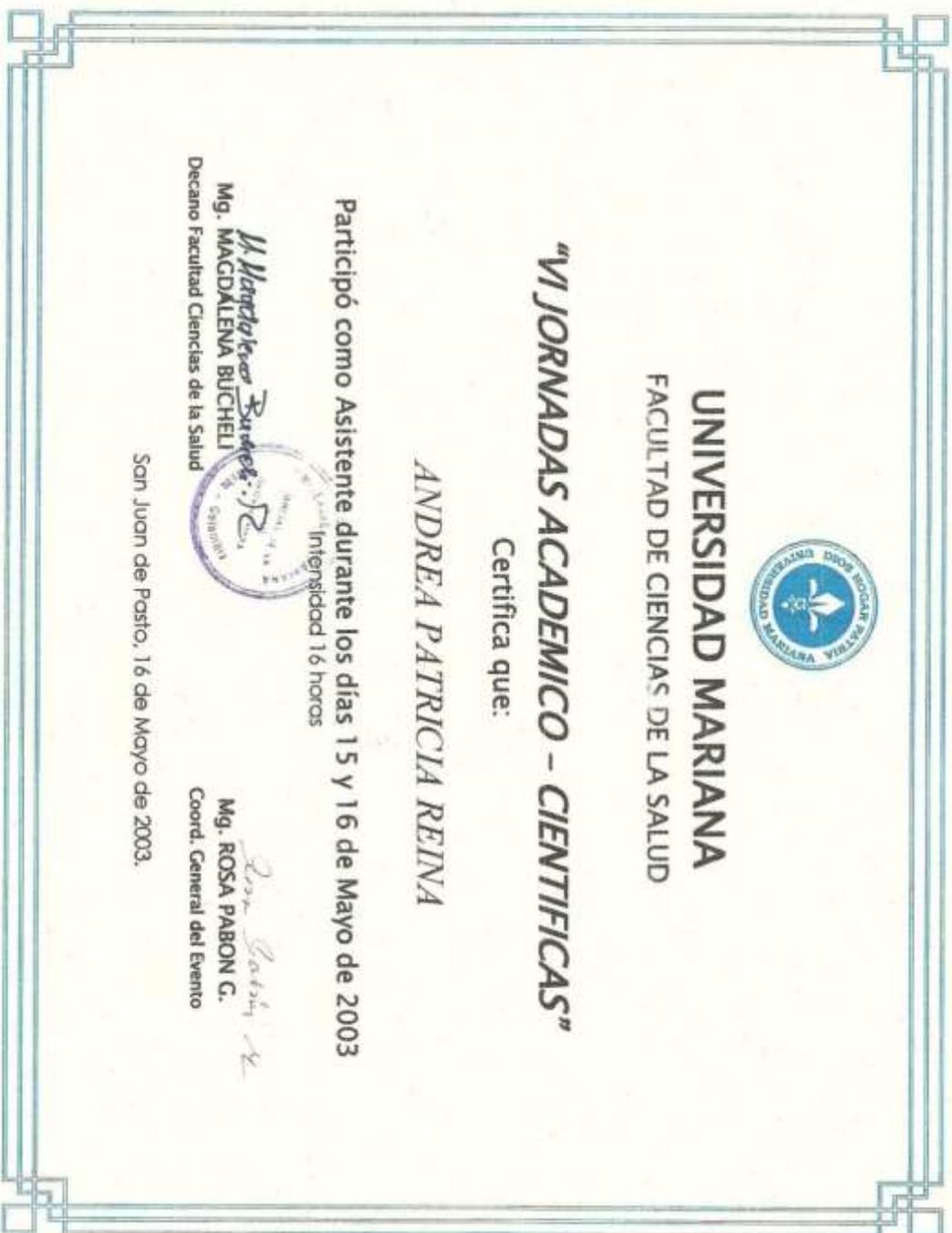
HACE CONSTAR

Que Andrea Reina Valencia (identificada) con cédula de ciudadanía 59.138.512 en calidad de paciente del Municipio de San Juan de Pasto asistió al taller de Servicios Amigables para Jóvenes y Adolescentes, del 19 al 22 de agosto de 2008, en la ciudad de Pasto.

A solicitud del interesado(a) se expide esta constancia, para certificar permanencia.

  
 NOHORA ESPINOSA PEREZ

Andrea Reina tfalencia





**Semilleros de Investigación Nodo Mariño**

**Universidad Mariana**

Certifican que:

**REINA PATRICIA**

Participó en calidad de

**ASISTENTE**

en el

**Segundo Encuentro  
de Semilleros de Investigación  
Nodo Mariño**

**Atendiendo Territorios para la Investigación**

**Fecha - Universidad Mariana, 12 de Noviembre de 2004  
2do. Aula de Posgrado**



**Red Colombiana  
de Semilleros  
de Investigación  
RedCOLSI**



Luis F. Rodríguez  
Vicerrector Académico (V.10)

María Mercedes Berrón Venzel  
Coordinadora Académica de Investigación  
Universidad Mariana



María Mercedes Berrón Venzel  
Coordinadora Académica de Investigación  
Universidad Mariana

Juan Felipe Rodríguez  
Estandarizadora de Investigación  
Universidad Mariana

**HISTORIA CLINICA**

<b>PACIENTE:</b> MUÑOZ MONCAYO ANDRES FELIPE	<b>E.CIVIL:</b> Soltero	<b>Fecha Ingreso:</b> 09/03/2020 09:08:00 a.m.
<b>No HISTORIA:</b> 1080903871	<b>EDAD ACTUAL:</b> 5 Años 5 Meses 13 Dias	<b>Fecha Egreso:</b> 18/10/2021 08:20:00 p.m.
<b>IDENTIFIC:</b> RC1080903871	<b>SEXO:</b> Masculino	<b>ATENCIÓN:</b> URGENCIAS
<b>EMPRESA:</b> EMSSANAR EPS S.A.S	<b>FEC. NAC:</b> 08/02/2020	<b>TELEFONO:</b> 3107865646
<b>DIRECCION:</b> VILLANUEVA		<b>MUNICIPIO:</b> COLON GENOVA N
<b>DIAGNOSTICO:</b> .		

**DATOS DEL ACUDIENTE**

<b>NOMBRE:</b> INGRY MARIA MONCAYO	<b>PARENTESCO:</b> Madre
<b>DIRECCION:</b> VILLANUEVA	<b>TELEFONO:</b> INGRY MARIA MONCAYO
<b>ACUMPAÑANTE:</b> INGRY MARIA MONCAYO	

**ENFOQUE DIFERENCIAL**

<b>NIVEL EDUCATIVO:</b> No definido	<b>VIC. CONFLICTO ARMADO:</b> No	<b>ETNIA:</b> Ninguno de los anteriores
<b>DISCAPACIDAD:</b> NO	<b>POBLACION IBGT:</b> No	<b>RELIGION:</b> Otro
<b>GESTACION:</b> No	<b>DESPLAZADO:</b> No	<b>VIC. MALTRATO:</b> No
<b>OCUPACION:</b> No Aplica		

**AIEPI URGENCIAS MENOR DE 5 AÑOS.**

**MOTIVO DE CONSULTA/ENF:**

MC: TIENE TOS  
EA: PACIENTE DE 1 AÑO Y 8 MESES DE EDAD SIN ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA, NACE A TERMINO PARTO VAGINAL SIN COMPLICACIONES, QUIEN CONSULTA EN BRAZOS DE LA MADRE POR CUADRO CLINICO DE 3 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN TOS HUMEDA PERSISTENTE ASOCIADO A ALZAS TERMICAS NO CUANTIFICADAS, IRRITABILIDAD, RINORREA HIALINA, NIEGA OTROS SINTOMAS. MADRE REFIERE QUE CONSULTA EL DIA DE AYER EN LA INSTUTICION DONDE VALORAN REFIERE QUE NO LE ENCONTRARON NADA Y DAN SALIDA NO RECIBE LACTANCIA MATERNA. NIEGA NEXO EPIDEMIOLOGICO PARA COVID 19.

**SIGNOS VITALES:**

FREC CARDIACA: 116  
FREC RESPIRATORIA: 24  
TEMPERATURA: 36,7  
TENSION ART: 98/70  
PRESION ART. MEDIA: 79  
SAT. DE OXIGENO: 94  
PESO: 10.3  
TALLA: 84  
IMC: 14.6

**ANTECEDENTES PERSONALES:**

COMO FUE EMBARAZO CUANTO DURO: 39 SEMANAS  
COMO FUE EL PARTO? . . . . . VAGINAL  
CUANTO PESO AL NACER? . . . . . 2900  
CUANTO MIDIO? . . . . . 52  
PROBLEMA DESPUES DEL NACIMIENTO NO  
QUE ENFERMEDADES HA TENIDO? . . No Refiere  
TRAUMATICOS: . . . . . No refiere  
QUIRURGICOS: . . . . . No refiere  
INMUNOLOGICOS: . . . . . No refiere  
ALERGICOS: . . . . . No refiere  
FARMACOLOGICOS: . . . . . No refiere  
TOXICOS: . . . . . No refiere  
MEDICOS: . . . . . No refiere  
HOSPITALIZACION: . . . . . NO  
TRANSFUSIONALES: . . . . . No Refiere  
COMPORTAMIENTO GENERAL: . . . . No Refiere  
RELACIONES INTERPERSONALES: . . No Refiere  
OTROS ANTECEDENTES: . . . . . No Refiere  
OBSERVACIONES: . . . . . No Refiere

**EXAMEN FISICO:**

ASPECTO GENERAL: . . . . . ALERTA HIDRATADO PALIDEZ GENERALIZADA  
SINTOMATICO DE PIEL: . . . . . NO  
SINTOMATICO RESPIRATORIO: . NO  
SINDROME FEBRIL: . . . . . NO  
SINTOMATICO NERV. PERIF.: . NO  
CABEZA: . . . . . NORMOCEFALICO SIN ALTERACIONES  
OJOS: . . . . . PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS  
OIDOS: . . . . . NORMALE S  
NARIZ: . . . . . NORMAL SIN DESVIACIONES NI HIPERPLASIAS, RINORREA HIALINA  
BOCA: . . . . . FARINGE ERITEMATOSA

**HISTORIA CLINICA**

<b>PACIENTE:</b> MUÑOZ MONCAYO ANDRES FELIPE	<b>E.CIVIL:</b> Soltero	Fecha Ingreso: 09/03/2020 09:08:00 a.m.
<b>No HISTORIA:</b> 1080903871	<b>EDAD ACTUAL:</b> 5 Años 5 Meses 13 Días	Fecha Egreso: 18/10/2021 08:20:00 p.m.
<b>IDENTIFIC:</b> RC1080903871	<b>SEXO:</b> Masculino	<b>ATENCIÓN:</b> URGENCIAS
<b>EMPRESA:</b> EMSSANAR EPS S.A.S	<b>FEC. NAC:</b> 08/02/2020	<b>TELÉFONO:</b> 3107865646
<b>DIRECCIÓN:</b> VILLANUEVA		<b>MUNICIPIO:</b> COLON GENOVA N
<b>DIAGNÓSTICO:</b> .		

SISTEMA GENITOURINARIO: . . FIMOSIS LEVE  
 CUELLO: . . . . . NORMAL SIN MASAS NI ADENOPATIAS  
 TORAX: . . . . . NORMOESPANDIBLE, SIMETRICO NO SE OBSERVAN TIRAJES  
 PULMONAR: . . . . . SE AUSCULTAN ESTERTORES FINOS BIBASALES CON MOVILIZACION DE SECRECIONES, NO SE  
 AUSCULTAN SIBILANCIAS NO RONCUS,  
 CARDIOVASCULAR: . . . . . CORAZON RITMICO NO SOPLOS  
 ABDOMEN: . . . . . BLANDO DEPRESIBLE NO MASAS NI MEGALIAS  
 EXTREMIDADES: . . . . . SIMETRICAS  
 COLUMNA: . . . . . SIN DESVIACIONES  
 SISTEMA MUSCULOESQUELETICO: NORMAL  
 VALORACION SEXUAL: . . . . . NORMAL  
 PIEL: . . . . . NO LESIONES PRIMARIAS NI SECUNDARIAS  
 OBSERVACIONES: . . . . . NO

**SIGNOS DE PELIGRO GRAL:**

Puede beber o tomar de pecho: [Si] Letargico o Inconsciente: [No]  
 Vomita Todo: . . . . . [No] Convulsiones: . . . . . [No]  
 OBSERVACIONES: NO

**ANTECEDENTES PERINATALES:**

PARTO INSTITUCIONAL: . . SI  
 MODALIDAD DEL PARTO: . . VAGINAL  
 PRESENTACION CEFALICA: SI  
 PRODUCTO UNICO: . . . . SI  
 ESTUVO EN ENCUBADORA: . NO  
 RECIBIO FOTOTERAPIA: . NO  
 LAC. MATERNA 1A HORA: . SI  
 PESO AL NACER: GRAMOS . 2900  
 TALLA AL NACER. . . . . 52  
 OBSERVACIONES: . . . . . NO

**ANTECEDENTES FAMILIARES:**

GENERALES: . . . . . No Refiere  
 PATOLOGICOS: . . . . . No Refiere  
 TOXICOS: . . . . . No Refiere  
 FARMACOLOGICOS: . . . . . No Refiere  
 ALERGICOS: . . . . . No Refiere  
 OBSTETRICOS: . . . . . No Refiere  
 GINECOLOGICOS: . . . . . No Refiere  
 ANTECEDENES DE SALUD MENTAL PADRES: . . . . . No Refiere  
 TRASTORNOS MENTALES: . . . . . No Refiere  
 MALTRATO INFANTIL: . . . . . No Refiere  
 MATONEO: . . . . . No Refiere  
 ABANDONO: . . . . . No Refiere  
 DUELO O MUERTE DE PERSONAS: . . . . . No Refiere  
 DIVORCION DE LOS PADRES: . . . . . No Refiere  
 PROBLEMAS EN LA RELACION DE LOS PROGENITORES: No Refiere  
 VIOLENCIA DE GENERO: . . . . . No Refiere  
 VIOLENCIA INTERPERSONAL: . . . . . No Refiere

**REVISION POR SISTEMA:**

GENERAL: . . . . . No Refiere  
 CABEZA: . . . . . No Refiere  
 OJOS: . . . . . No Refiere  
 NARIZ: . . . . . No Refiere  
 OIDOS: . . . . . No Refiere  
 OROFAFINGE: . . . . . No Refiere  
 CUELLO: . . . . . No Refiere  
 RESPIRATORIO: . . . . . No Refiere  
 NEUROLOGICO: . . . . . No Refiere  
 ENDOCRINO: . . . . . No Refiere  
 MUSCULO (ESQUELETICO): . . No Refiere  
 HEMATOPOYETICO: . . . . . No Refiere  
 LINFORRETICULAR: . . . . . No Refiere  
 PSIQUIATRICOS: . . . . . No Refiere  
 PIEL Y FANERAS: . . . . . No Refiere

**HISTORIA CLINICA**

<b>PACIENTE:</b> MUÑOZ MONCAYO ANDRES FELIPE	<b>E.CIVIL:</b> Soltero	Fecha Ingreso: 09/03/2020 09:08:00 a.m.
<b>No HISTORIA:</b> 1080903871	<b>EDAD ACTUAL:</b> 5 Años 5 Meses 13 Días	Fecha Egreso: 18/10/2021 08:20:00 p.m.
<b>IDENTIFIC:</b> RC1080903871	<b>SEXO:</b> Masculino	<b>ATENCION:</b> URGENCIAS
<b>EMPRESA:</b> EMSSANAR EPS S.A.S	<b>FEC. NAC:</b> 08/02/2020	<b>TELEFONO:</b> 3107865646
<b>DIRECCION:</b> VILLANUEVA		<b>MUNICIPIO:</b> COLON GENOVA N
<b>DIAGNOSTICO:</b> .		

ARTICULAR: . . . . . No Refiere  
 CARDIOVASCULAR: . . . . . No Refiere  
 GASTRO - INTESTINAL: . . . . . No Refiere  
 GINECOLOGICO: . . . . . No Refiere  
 UROLOGICO: . . . . . No Refiere  
 OTROS: . . . . . LO REFERIDO EN LA ENFERMEDAD ACTUAL

**TIENE PROBLEMA DE GARGANT**

DIAGNOSTICO: NO TIENE FARINGOAMIGDALITIS  
 Tiene dolor de Garganta.....[No]  
 Ganglios del cuerpo crecidos y dolorosos...[No]  
 Exudado Blanco - Eritema.....[No]

**VERIFICAR ANEMIA**

DIAGNOSTICO: NO TIENE ANEMIA  
 A RECIBIDO HIERRO EN LOS ULTIMOS SEIS MESES . . . . . Si  
 CUANDO? . . . . . CUANTO TIEMPO? . . . . .  
 PALIDEZ PARLMAR: .No PALIDEZ CONJUNTIVAL .No

**EVALUAR DESARROLLO**

DIAGNOSTICO: DESARROLLO NORMAL  
 TIENE ALGUN ANTECEDENTE IMPORTANTE PARA EL DESARROLLO ? . .No  
 AUSENCIA DE 1 2 3 4 CONDICIONES PARA LA EDAD: . . . . .No  
 PERIMETRO CEFALICO: . . . . .49  
 TIENE ALGUN FACTOR DE RIESGO: . . . . .

**HABITOS SALUDABLES:**

SUEÑO: . . . . . NORMAL PARA LA EDAD  
 BAÑO. . . . . TODOS LOS DIAS  
 CAMBIO DE PAÑAL . . . . . SOLO PARA DORMIR  
 LAVADO DE MANOS: . . . . . SI  
 CUIDADOR: . . . . . SI  
 CUIDADO BUCAL Y CEPILLADO DE DIENTES: SI  
 FOTOPROTECCION: . . . . . SI  
 EVOLUCION DE CONTROL DE ESFINTERES: . SI  
 LIMPIEZA DEL AREA PERINEAL: . . . . . SI  
 JUEGO CON MOVIMIENTOS ACTIVOS: . . . . . SI

**CRIANZA Y CUIDADO:**

FORMAS DE COMUNICACION CON EL NIÑO: . . . . . LE HABLAN, LE JUEGAN  
 ACTIVIDADES PARA ESTIMULAR EL DESARROLLO: . . . . . LE ENSEÑAN CON VIDEOS, IMAGENES, DIBUJOS  
 RELACION CON LA FAMILIA: . . . . . NORMAL  
 CREENCIA PRACTICAS SOBRE LA DISCIPLICA PARA CORREGIR: NO  
 VIVENCIA DE VIOLOENCIA EN EL HOGAR: . . . . . NO  
 PREVENCIÓN DE ACCIDENTES: . . . . . SI

**PLAN DE CUIDADO:**

OBSERVACION  
 MICRONEBULIZACIONES CON SSN 0.9% 3 CC. CICLO DE 3 SESIONES CADA 30 MINUTOS. REPETIR EN 24 Y 48 HORAS

SALIDA  
 PEDIALITE 60, DAR A LIBRE TOLERANCIA Y EN POCAS CANTIDADES  
 ACETAMINOFEN JARABE DAR 5 CC CADA 8 HORAS  
 AMOXICILINA JARABE 250/5ML. DAR 6.6 CMS CADA 8 HORAS POR 7 DIAS  
 SE DAN RECOMENDACIONES Y SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTAR

SIGNOS DE ALARMA  
 \* NO PUEDE BEBER NI TOMAR EL PECHO  
 \* VOMITA TODO LO QUE COME  
 \* EMPEORA O NO SE VE BIEN, NO RESPONDE A ESTIMULOS  
 \* TIENE MOVIMIENTOS EXTRAÑOS O CONVULSIONES  
 \* RESPIRACIÓN RÁPIDA  
 \* DIFICULTAD PARA RESPIRAR (ALETEO NASAL, SE LE HUNDE EL PECHO, MANOS, PIES O LABIOS MORADOS)  
 \* NO PUEDE BEBER NI TOMAR EL PECHO  
 \* SANGRE EN HECES  
 \* HECES LÍQUIDAS Y ABUNDANTES MÁS DE 10 EN 24 HORAS  
 \* APARECE FIEBRE MAYOR O IGUAL A 38° C TOMADOS CON TERMOMETRO

**HISTORIA CLINICA**

<b>PACIENTE:</b> MUÑOZ MONCAYO ANDRES FELIPE	<b>E.CIVIL:</b> Soltero	<b>Fecha Ingreso:</b> 09/03/2020 09:08:00 a.m.
<b>No HISTORIA:</b> 1080903871	<b>EDAD ACTUAL:</b> 5 Años 5 Meses 13 Días	<b>Fecha Egreso:</b> 18/10/2021 08:20:00 p.m.
<b>IDENTIFIC:</b> RC1080903871	<b>SEXO:</b> Masculino	<b>ATENCIÓN:</b> URGENCIAS
<b>EMPRESA:</b> EMSSANAR EPS S.A.S	<b>FEC. NAC:</b> 08/02/2020	<b>TELÉFONO:</b> 3107865646
<b>DIRECCION:</b> VILLANUEVA		<b>MUNICIPIO:</b> COLON GENOVA N
<b>DIAGNOSTICO:</b> .		

- \* CIANOSIS O ICTERICIA
- \* DIFICULTAD PARA RESPIRAR
- \* SANGRE EN LAS HECE
- \* FIEBRE O HIPOTERMIA
- \* VÓMITO PERSISTENTE

**RECOMENDACIONES:**

DIETA LIQUIDA  
HIDRATAR AL NIÑO  
EVITAR SACAR LA NIÑO A ESPACIOS FRIOS  
DAR FRUTAS Y VERDURAS  
VIGILAR ESTADO GENERAL DEL NIÑO

**DIAGNOSTICO.:**

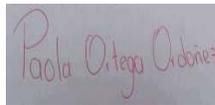
J159: NEUMONIA BACTERIANA. NO ESPECIFICADA  
J00X: RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)

TIPO DE DIAGNOSTICO: Impresion Diagnostica

OBSERVACIONES: PACIENTE DE 1 AÑO Y 8 MESES DE EDAD SIN ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA, NACE A TERMINO PARTO VAGINAL SIN COMPLICACIONES, QUIEN CONSULTA EN BRAZOS DE LA MADRE POR CUADRO CLINICO DE 3 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN TOS HUMEDA PERSISTENTE ASOCIADO A ALZAS TERMICAS NO CUANTIFICADAS, IRRITABILIDAD, RINORREA HIALINA, NIEGA OTROS SINTOMAS. MADRE REFIERE QUE CONSULTA EL DIA DE AYER EN LA INSTITUCION DONDE VALORAN REFIERE QUE NO LE ENCONTRARON NADA Y DAN SALIDA NO RECIBE LACTANCIA MATERNA. NIEGA NEXO EPIDEMIOLOGICO PARA COVID 19.

AL INGRESO PACIENTE AFEBRIL NORMOTENSO NORMOCARDICO CON SATURACIONES MAYORES DEL 92% AL EXAMEN FISICO SE OBSERVA RINORREA HILIANA PALIDEZ GENERALIZADA, CAMPOS PULMONARES CON PRESENCIA DE ESTERTORES FINOS BIBASALES APICES PULMONARES PERMEABLES, NO SE AUSCULTAN SIBILANCIAS NO RONCUS. NO SE OBSERVAN TIRAJES. SE CONSIDERA PACIENTE CON SOSPECHA DX DE NEUMONIA DE POSIBLE ORIGEN BACTERIANO, SE INDICA INICIAR NEBULIZACIONES CON SOLUCION SALINA CICLO DE TRES NEBULIZACIONES UNA NEBULIZACION CADA 30 MINUTOS POR 3, REPETIR DENTRO DE 24 HORAS. CUBRIMIENTO ANTIMICROBIANO CON AMOXICILINA POR 7 DIAS, ANTIPIRETICO. SE DEJA EN OBSERVACION PARA ADMINISTRACION DE NEBULIZACIONES. SE DAN RECOMENDACIONES Y SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTAR.

**No Folio:** 236690 **Fecha:** 18/10/2021 11:14:00a.n  
**Medico:** ORTEGA ORDOÑEZ JINARY PAOLA  
**Especialidad:** MEDICO GENERAL  
**Reg Medico:** 1083813196



**HISTORIA CLINICA (triage)**

**TIPO DE PRIORIDAD:**

PRIORIDAD.. TRIAGE III

**MOTIVO DE CONSULTA:**

MC: TIENE TOS  
EA: PACIENTE DE 1 AÑO Y 8 MESES DE EDAD CONSULTA EN COMPAÑIA DE LA MADRE POR CUADRO CLINICO DE 3 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN TOS HUMEDA IRRITABILIDAD ALZAS TERMICAS CUANTIFICAS RINORREA HIALINA, MADRE CONSULTO EL DIA DE AYER POR IGUAL CUADRO CLINICO SIN EMBARGO REFIERE QUE MEDICO VALORA Y DA EGRESO SIN MEDICACION. CONSULTO EL DIA HOY A LAS 11+00 AM EN ESTA INSTITUCION, DONDE VALORO PACIENTE CON ESTABILIDAD HEMODINAMICA, SIGNOS VITALES EN RANGOS DE NORMALIDAD, SIN DESATURACION, SIN ESFUERZO RESPIRATORIO SE DA EGRESO CON CUBRIMIENTO ANTIMICROBIANO CON AMOXICILINA, RECIBE PRIMERA DOSIS, SE REALIZAN NEBULIZACIONES CON SOLUCION SALINA CICLO POR 3 SESIONES CADA 30 MINUTOS CON MEJORIA POR LO QUE SE DA EGRESO CON RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA, SIN EMBARGO MADRE REFIERE QUE HACE UNA HORA INICIA CON DIFICULTAD RESPIRATORIA POR LO QUE CONSULTA.

**ESTADO DE CONCIENCIA:**

GLASGOW: . . .15/15  
ALERTA: . . .X

**ANTECEDENTES PERSONALES:**

**HISTORIA CLINICA**

<b>PACIENTE:</b> MUÑOZ MONCAYO ANDRES FELIPE	<b>E.CIVIL:</b> Soltero	Fecha Ingreso: 09/03/2020 09:08:00 a.m.
<b>No HISTORIA:</b> 1080903871	<b>EDAD ACTUAL</b> 5 Años 5 Meses 13 Dias	Fecha Egreso: 18/10/2021 08:20:00 p.m.
<b>IDENTIFIC:</b> RC1080903871	<b>SEXO:</b> Masculino	<b>ATENCION:</b> URGENCIAS
<b>EMPRESA:</b> EMSSANAR EPS S.A.S	<b>FEC. NAC:</b> 08/02/2020	<b>TELEFONO:</b> 3107865646
<b>DIRECCION:</b> VILLANUEVA		<b>MUNICIPIO:</b> COLON GENOVA N
<b>DIAGNOSTICO:</b>		

GENERALES: . . . . . No Refiere  
 PATOLOGICOS: . . . . . No refiere  
 TRAUMATICOS: . . . . . No refiere  
 QUIRURGICOS: . . . . . No refiere  
 INF. TRANSMISIÓN SEXUAL: . NO  
 INMUNOLOGICOS: . . . . . No refiere  
 ALERGICOS: . . . . . No refiere  
 FARMACOLOGICOS: . . . . . No refiere  
 TOXICOS: . . . . . No refiere  
 NUTRICIONALES: . . . . . No refiere  
 VACUNACION: . . . . . No refiere  
 DESARROLLO: . . . . . No refiere  
 CRECIMIENTO: . . . . . No refiere  
 PERINATALES: . . . . . No refiere  
 OTROS ANTECEDENTES: . . . No refiere  
 OBSERVACIONES: . . . . . NO

**ANTECEDENTES OBSTETRICOS:**

GESTAS: . . . . 0  
 PARTOS: . . . . 0  
 ABORTOS: . . . . 0  
 CESAREAS: . . . . 0  
 VIVOS: . . . . 0  
 MUERTOS: . . . . 0  
 MORTINATOS: . . . 0

**ANTECEDENTES GINECOLOG:**

MENARQUIAS/ESPERMARCA. . . . No refiere  
 SEXARQUIA: . . . . . No refiere  
 NO DE COMPAÑEROS: . . . . . No refiere  
 FECHA ULTIMA MENSTRUACION: . No refiere  
 CICLOS MENSTRUALES: . . . . . No refiere  
 METODO PLANIFICACION FLIAR: . No refiere  
 ULTIMA CITOLOGIA: . . . . . No refiere  
 EDAD DE MENOPAUSIA: . . . . . No refiere  
 EX MAMA/FECHA/RESULTADO. . . SIN ALTERACIONES

**ANTECEDENTES FAMILIARES:**

GENERALES: . . . . No Refiere  
 PATOLOGICOS: . . . . No Refiere  
 TOXICOS: . . . . . No Refiere  
 FARMACOLOGICOS: . . No Refiere  
 ALERGICOS: . . . . No Refiere  
 OBSTETRICOS: . . . . No Refiere  
 GINECOLOGICOS: . . No Refiere

**REVISION POR SISTEMA:**

GENERAL: . . . . . No Refiere  
 CABEZA: . . . . . No Refiere  
 OJOS: . . . . . No Refiere  
 NARIZ: . . . . . No Refiere  
 OIDOS: . . . . . No Refiere  
 OROFARINGE: . . . . . No Refiere  
 CUELLO: . . . . . No Refiere  
 RESPIRATORIO: . . . . . No Refiere  
 NEUROLOGICO: . . . . . No Refiere  
 ENDOCRINO: . . . . . No Refiere  
 MUSCULO (ESQUELETICO): . . No Refiere  
 HEMATOPOYETICO: . . . . No Refiere  
 LINFORRETICULAR: . . . . No Refiere  
 PSIQUIATRICOS: . . . . . No Refiere  
 PIEL Y FANERAS: . . . . . No Refiere  
 ARTICULAR: . . . . . No Refiere  
 CARDIOVASCULAR: . . . . . No Refiere  
 GASTRO - INTESTINAL: . . No Refiere  
 GINECOLOGICO: . . . . . No Refiere

**HISTORIA CLINICA**

<b>PACIENTE:</b> MUÑOZ MONCAYO ANDRES FELIPE	<b>E.CIVIL:</b> Soltero	<b>Fecha Ingreso:</b> 09/03/2020 09:08:00 a.m.
<b>No HISTORIA:</b> 1080903871	<b>EDAD ACTUAL</b> 5 Años 5 Meses 13 Dias	<b>Fecha Egreso:</b> 18/10/2021 08:20:00 p.m.
<b>IDENTIFIC:</b> RC1080903871	<b>SEXO:</b> Masculino	<b>ATENCIÓN:</b> URGENCIAS
<b>EMPRESA:</b> EMSSANAR EPS S.A.S	<b>FEC. NAC:</b> 08/02/2020	<b>TELEFONO:</b> 3107865646
<b>DIRECCION:</b> VILLANUEVA		<b>MUNICIPIO:</b> COLON GENOVA N
<b>DIAGNOSTICO:</b> .		

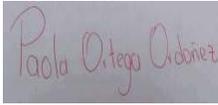
UROLOGICO: . . . . . No Refiere  
OTROS: . . . . . No Refiere

**SIGNOS VITALES:**

FREC CARDIACA: 180  
FREC RESPIRATORIA: 143  
TEMPERATURA: 38  
TENSION ART: 98/68  
PRESION ART. MEDIA: 78  
SAT. DE OXIGENO: 87  
PESO: 10.3  
TALLA: 84  
IMC: 14.6

**EXAMEN FISICO:**

ASPECTO GENERAL: . . . HIPOACTIVO, DECAIDO CON PALIDEZ GENERALIZADA, SIN SIGNOS DE DESHIDRATAACION.  
PERIMETRO CEFALICO: . -  
PERIMETRO TORAXICO: . -  
PERIMETRO ABDOMINAL: . -  
SINTOMATICO DE PIEL: . NO  
SINTOMATICO RESP: . . NO  
SINDROME FEBRIL . . . NO  
CABEZA: . . . . . normocefala, sin deformidades, no puntos dolorosos.  
OJOS: . . . . . pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, escleras anictericas, mucosas humedas rosadas.  
OIDOS: . . . . . Buena implantación, no secreciones, otoscopia bilateral sin alteraciones  
NARIZ: . . . . . Permeable, centrada, se observa salida de rinorrea hialina, ni sangrado nasal.  
BOCA: . . . . . Mucosa oral húmeda, rosada, no ulceras, no placas.  
OTORRINOLARINGOLOGIA: faringe levemente eritematosa, amigalas no eritematosas, no placas, no exudados, no otras alteraciones  
CUELLO: . . . . . central, sin deformidades, no masas ni adenopatias, se palpa troides normal, no nodulos, ni masas.  
TORAX: . . . . . SE OBSERVA TIRAJES INTERCOSTALES, SIN ALETEO NASAL  
PULMONAR: . . . . . SIMETRICO, SE AUSCULTAN ESTERTORES EN BASES PULMONARES, PREDOMINIO DERECHO, APICES PULMONARES PERMEABLES, NO SE AUSCULTAN RONCOS NI SIBILANCIAS,  
CARDIOVASCULAR: . . . ruidos cardiacos ritmicos, no soplos, no s3, ni s4  
PERFUSION: . . . . . llenado capilar normal, pulsos perifericos presentes normales.  
ABDOMEN: . . . . . blando, depresible, no doloroso a la palpacion, no masas ni megalias, peristaltismo normal, no signos de irritacion peritoneal  
EXTREMIDADES: . . . . . extremidades simetricas, no dolorosas a la movilizacion, no edemas, pulsos positivos, llenado capilar adecuado, sin evidencia de venas varicosas.  
GENITOURINARIO: . . . genitales externos normoconfigurados, no alteraciones  
NEUROLOGICO (SNC): . . sin deficit aparente, ubicado en persona espacio y tiempo, no hay deficit motor o sensitivo, no signos meningeos o de focalizacion  
PIEL: . . . . . no maculas, no papulas, no placas, no lesiones en piel.  
OBSERVACIONES: . . . . NO

<b>No Folio:</b> 236378	<b>Fecha:</b> 18/10/2021 07:02:00p.n	
<b>Medico:</b> ORTEGA ORDOÑEZ JINARY PAOLA		
<b>Especialidad:</b> MEDICO GENERAL		
<b>Reg Medico:</b> 1083813196		

**HISTORIA CLINICA (triage)**

**TIPO DE PRIORIDAD:**

PRIORIDAD.. TRIAGE III

**MOTIVO DE CONSULTA:**

MC: TIENE TOS  
EA: PACIENTE DE 1 AÑO Y 8 MESES DE EDAD SIN ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA QUIEN CONSULTA EN BRAZOS DE LA MADRE

**HISTORIA CLINICA**

<b>PACIENTE:</b> MUÑOZ MONCAYO ANDRES FELIPE	<b>E.CIVIL:</b> Soltero	Fecha Ingreso: 09/03/2020 09:08:00 a.m.
<b>No HISTORIA:</b> 1080903871	<b>EDAD ACTUAL:</b> 5 Años 5 Meses 13 Días	Fecha Egreso: 18/10/2021 08:20:00 p.m.
<b>IDENTIFIC:</b> RC1080903871	<b>SEXO:</b> Masculino	<b>ATENCIÓN:</b> URGENCIAS
<b>EMPRESA:</b> EMSSANAR EPS S.A.S	<b>FEC. NAC:</b> 08/02/2020	<b>TELÉFONO:</b> 3107865646
<b>DIRECCION:</b> VILLANUEVA		<b>MUNICIPIO:</b> COLON GENOVA N
<b>DIAGNOSTICO:</b> .		

POR CUADRO CLINICO DE 3 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN TOS HUMEDA PERSISTENTE ASOCIADO A ALZAS TERMICAS NO CUANTIFICADAS, IRRITABILIDAD, RINORREA HIALINA, NIEGA OTROS SINTOMAS. NIEGA NEXO EPIDEMIOLOGICO PARA COVID 19.

**ESTADO DE CONCIENCIA:**

GLASGOW: . . .15/15  
ALERTA: . . . .X

**ANTECEDENTES PERSONALES:**

GENERALES: . . . . . No Refiere  
 PATOLOGICOS: . . . . . No refiere  
 TRAUMATICOS: . . . . . No refiere  
 QUIRURGICOS: . . . . . No refiere  
 INF. TRANSMISIÓN SEXUAL: . NO  
 INMUNOLOGICOS: . . . . . No refiere  
 ALERGICOS: . . . . . No refiere  
 FARMACOLOGICOS: . . . . . No refiere  
 TOXICOS: . . . . . No refiere  
 NUTRICIONALES: . . . . . No refiere  
 VACUNACION: . . . . . No refiere  
 DESARROLLO: . . . . . No refiere  
 CRECIMIENTO: . . . . . No refiere  
 PERINATALES: . . . . . No refiere  
 OTROS ANTECEDENTES: . . . No refiere  
 OBSERVACIONES: . . . . . NO

**ANTECEDENTES OBSTETRICOS:**

GESTAS: . . . . 0  
 PARTOS: . . . . 0  
 ABORTOS: . . . . 0  
 CESAREAS: . . . . 0  
 VIVOS: . . . . 0  
 MUERTOS: . . . . 0  
 MORTINATOS: . . . 0

**ANTECEDENTES GINECOLOG:**

MENARQUIAS/ESPERMARCA. . . . No refiere  
 SEXARQUIA: . . . . . No refiere  
 NO DE COMPAÑEROS: . . . . . No refiere  
 FECHA ULTIMA MENSTRUACION: . No refiere  
 CICLOS MENSTRUALES: . . . . . No refiere  
 METODO PLANIFICACION FLIAR: . No refiere  
 ULTIMA CITOLOGIA: . . . . . No refiere  
 EDAD DE MENOPAUSIA: . . . . . No refiere  
 EX MAMA/FECHA/RESULTADO. . . SIN ALTERACIONES

**ANTECEDENTES FAMILIARES:**

GENERALES: . . . . No Refiere  
 PATOLOGICOS: . . . . No Refiere  
 TOXICOS: . . . . . No Refiere  
 FARMACOLOGICOS: . . No Refiere  
 ALERGICOS: . . . . No Refiere  
 OBSTETRICOS: . . . . No Refiere  
 GINECOLOGICOS: . . No Refiere

**REVISION POR SISTEMA:**

GENERAL: . . . . . No Refiere  
 CABEZA: . . . . . No Refiere  
 OJOS: . . . . . No Refiere  
 NARIZ: . . . . . No Refiere  
 OIDOS: . . . . . No Refiere  
 OROFAFINGE: . . . . . No Refiere  
 CUELLO: . . . . . No Refiere  
 RESPIRATORIO: . . . . . No Refiere  
 NEUROLOGICO: . . . . . No Refiere  
 ENDOCRINO: . . . . . No Refiere  
 MUSCULO (ESQUELETICO): . . No Refiere

**HISTORIA CLINICA**

<b>PACIENTE:</b> MUÑOZ MONCAYO ANDRES FELIPE	<b>E.CIVIL:</b> Soltero	Fecha Ingreso: 09/03/2020 09:08:00 a.m.
<b>No HISTORIA:</b> 1080903871	<b>EDAD ACTUAL:</b> 5 Años 5 Meses 13 Días	Fecha Egreso: 18/10/2021 08:20:00 p.m.
<b>IDENTIFIC:</b> RC1080903871	<b>SEXO:</b> Masculino	<b>ATENCIÓN:</b> URGENCIAS
<b>EMPRESA:</b> EMSSANAR EPS S.A.S	<b>FEC. NAC:</b> 08/02/2020	<b>TELÉFONO:</b> 3107865646
<b>DIRECCION:</b> VILLANUEVA		<b>MUNICIPIO:</b> COLON GENOVA N
<b>DIAGNOSTICO:</b>		

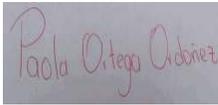
HEMATOPOYETICO: . . . . No Refiere  
 LINFORRETICULAR: . . . . No Refiere  
 PSIQUIATRICOS: . . . . No Refiere  
 PIEL Y FANERAS: . . . . No Refiere  
 ARTICULAR: . . . . No Refiere  
 CARDIOVASCULAR: . . . . No Refiere  
 GASTRO - INTESTINAL: . . . . No Refiere  
 GINECOLOGICO: . . . . No Refiere  
 UROLOGICO: . . . . No Refiere  
 OTROS: . . . . LO REFERIDO EN LA ENFERMEDAD ACTUAL

**SIGNOS VITALES:**

FREC CARDIACA: 120  
 FREC RESPIRATORIA: 24  
 TEMPERATURA: 36.7  
 TENSION ART: 98/70  
 PRESION ART. MEDIA: 79  
 SAT. DE OXIGENO: 94  
 PESO: 10.3  
 TALLA: 84  
 IMC: 14.6

**EXAMEN FISICO:**

ASPECTO GENERAL: . . . ALERTA ACTIVO, PALIDEZ GENERALIZADA  
 SINTOMATICO DE PIEL: . NO  
 SINTOMATICO RESP: . . SI  
 SINDROME FEBRIL . . . NO  
 CABEZA: . . . . . NORMOCEFALO SIN ALTERACIONES  
 OJOS: . . . . . PUPILAS REACTIVAS. MUCOSAS PALIDAS HUMEDAS  
 FONDO DE OJO: . . . . NO SE REALIZA  
 OIDOS: . . . . . PERMEABLE OTOSCOPIA BILATERAL SIN ALTERACIONES  
 NARIZ: . . . . . PERMEABLE, CENTRADA RINORREA HIALIANA  
 BOCA: . . . . . SIN LESIONES,  
 OTORRINOLARINGOLOGIA: OROFARINGE LEVEMENTE ERITEMATOSA, AMIGDALAS NO HIPERTROFICAS, SIN SECRECIONES  
 CUELLO: . . . . . SIMETRICO MOVIL, NO SE PALPAN MASAS NI ADENOPATIAS  
 TORAX: . . . . . SIMETRICO NORMOEXPANSIVO, NO SE OBSERVAN TIRAJES  
 PULMONAR: . . . . . SE AUSCULTAN ESTERTORES FINOS BIBASALES CON MOVILIZACION DE SECRECIONES, NO SE AUSCULTAN  
 SIBILANCIAS NO RONCUS,  
 CARDIOVASCULAR: . . . RUIDOS CARDIACOS RITMICOS DE BUEN TONO E INTENSIDAD  
 PERFUSION: . . . . . LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEGUNDOS  
 ABDOMEN: . . . . . BLANDO DEPRESIBLE NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS. NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL  
 EXTREMIDADES: . . . . SIMETRICAS  
 GENITOURINARIO: . . . SIN ALTERACIONES, GENITALES EXTERNOS NORMOCONFIGURADOS  
 NEUROLOGICO (SNC): . . SIN DEFICIT APARENTE  
 PIEL: . . . . . SIN LESIONES.

<b>No Folio:</b> 236688	<b>Fecha:</b> 18/10/2021 11:05:00a.n
<b>Medico:</b> ORTEGA ORDOÑEZ JINARY PAOLA	
<b>Especialidad:</b> MEDICO GENERAL	
<b>Reg Medico:</b> 1083813196	

**HISTORIA CLINICA (triage)**

**TIPO DE PRIORIDAD:**  
 PRIORIDAD..TRIAJE IV

**MOTIVO DE CONSULTA:**  
 TIENE TOS

PACIENTE MASCULINO DE 1 AÑO 8 MESES DE EDAD SIN ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA MENCIONADOS POR LA MADRE QUIEN

**HISTORIA CLINICA**

<b>PACIENTE:</b> MUÑOZ MONCAYO ANDRES FELIPE	<b>E.CIVIL:</b> Soltero	<b>Fecha Ingreso:</b> 09/03/2020 09:08:00 a.m.
<b>No HISTORIA:</b> 1080903871	<b>EDAD ACTUAL:</b> 5 Años 5 Meses 13 Días	<b>Fecha Egreso:</b> 18/10/2021 08:20:00 p.m.
<b>IDENTIFIC:</b> RC1080903871	<b>SEXO:</b> Masculino	<b>ATENCIÓN:</b> URGENCIAS
<b>EMPRESA:</b> EMSSANAR EPS S.A.S	<b>FEC. NAC:</b> 08/02/2020	<b>TELÉFONO:</b> 3107865646
<b>DIRECCION:</b> VILLANUEVA		<b>MUNICIPIO:</b> COLON GENOVA N
<b>DIAGNOSTICO:</b> .		

REFIERE CUADRO CLINICO DE 2 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN TOS SIN ESPECTORACION, ACOMPAÑADO DE RINORREA ESCASA, NIEGA FIEBRE, NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, NO ASPECTO TOXICO, MADRE REFIERE HABER MANEJADO CON ACETAMINOFEN ORAL CON MEJORIA PARCIAL DEL CUADRO.

**ESTADO DE CONCIENCIA:**

GLASGOW: . . .15

**ANTECEDENTES PERSONALES:**

GENERALES: . . . . . No Refiere  
 PATOLOGICOS: . . . . . No refiere  
 TRAUMATICOS: . . . . . No refiere  
 QUIRURGICOS: . . . . . No refiere  
 INF. TRANSMISIÓN SEXUAL: NO  
 INMUNOLOGICOS: . . . . . No refiere  
 ALERGICOS: . . . . . No refiere  
 FARMACOLOGICOS: . . . . . No refiere  
 TOXICOS: . . . . . No refiere  
 NUTRICIONALES: . . . . . No refiere  
 VACUNACION: . . . . . No refiere  
 DESARROLLO: . . . . . No refiere  
 CRECIMIENTO: . . . . . No refiere  
 PERINATALES: . . . . . No refiere  
 OTROS ANTECEDENTES: . . . No refiere  
 OBSERVACIONES: . . . . . NO

**ANTECEDENTES FAMILIARES:**

GENERALES: . . . . . No Refiere  
 PATOLOGICOS: . . . . . No Refiere  
 TOXICOS: . . . . . No Refiere  
 FARMACOLOGICOS: . . . . . No Refiere  
 ALERGICOS: . . . . . No Refiere  
 OBSTETRICOS: . . . . . No Refiere  
 GINECOLOGICOS: . . . . . No Refiere

**REVISION POR SISTEMA:**

GENERAL: . . . . . No Refiere  
 CABEZA: . . . . . No Refiere  
 OJOS: . . . . . No Refiere  
 NARIZ: . . . . . No Refiere  
 OIDOS: . . . . . No Refiere  
 OROFARINGE: . . . . . No Refiere  
 CUELLO: . . . . . No Refiere  
 RESPIRATORIO: . . . . . MADRE REFIERE TIENE TOS  
 NEUROLOGICO: . . . . . No Refiere  
 ENDOCRINO: . . . . . No Refiere  
 MUSCULO (ESQUELETICO): . . . . . No Refiere  
 HEMATOPOYETICO: . . . . . No Refiere  
 LINFORRETICULAR: . . . . . No Refiere  
 PSIQUIATRICOS: . . . . . No Refiere  
 PIEL Y FANERAS: . . . . . No Refiere  
 ARTICULAR: . . . . . No Refiere  
 CARDIOVASCULAR: . . . . . No Refiere  
 GASTRO - INTESTINAL: . . . . . No Refiere  
 GINECOLOGICO: . . . . . No Refiere  
 UROLOGICO: . . . . . No Refiere  
 OTROS: . . . . . No Refiere

**SIGNOS VITALES:**

FREC CARDIACA: 78  
 FREC RESPIRATORIA: 20  
 TEMPERATURA: 36.5  
 TENSION ART: 100/60  
 PRESION ART. MEDIA: 73  
 SAT. DE OXIGENO: 95  
 PESO: 10.3  
 TALLA: 84

**HISTORIA CLINICA**

<b>PACIENTE:</b> MUÑOZ MONCAYO ANDRES FELIPE	<b>E.CIVIL:</b> Soltero	Fecha Ingreso: 09/03/2020 09:08:00 a.m.
<b>No HISTORIA:</b> 1080903871	<b>EDAD ACTUAL</b> 5 Años 5 Meses 13 Días	Fecha Egreso: 18/10/2021 08:20:00 p.m.
<b>IDENTIFIC:</b> RC1080903871	<b>SEXO:</b> Masculino	<b>ATENCIÓN:</b> URGENCIAS
<b>EMPRESA:</b> EMSSANAR EPS S.A.S	<b>FEC. NAC:</b> 08/02/2020	<b>TELÉFONO:</b> 3107865646
<b>DIRECCION:</b> VILLANUEVA		<b>MUNICIPIO:</b> COLON GENOVA N
<b>DIAGNOSTICO:</b>		

IMC: 14.6

**EXAMEN FISICO:**

ASPECTO GENERAL: . . . PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, NO ASPECTO TOXICO, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, SATURACION EN METAS  
 SINTOMATICO DE PIEL: . NO  
 SINTOMATICO RESP: . . NO  
 SINDROME FEBRIL . . . NO  
 CABEZA: . . . . . NORMOCEFALO, NO ANORMALIDADES  
 OJOS: . . . . . PUPILAS ISOCORICAS, NORMOREACTIVAS  
 FONDO DE OJO: . . . . . NO SE REALIZA FUNDOSCOPIA  
 OIDOS: . . . . . SIN ALTERACIONES, MEMBRANAS TIMPANICAS NO EDEMATIZADAS, NO ABOMBADAS  
 NARIZ: . . . . . SIMETRICA, SIN ALTERACIONES, RINORREA ESCASA  
 BOCA: . . . . . MUCOSA ORAL BIEN HIDRATADA  
 CUELLO: . . . . . SIMETRICO, MOVIL, SIN ADENOPATIAS  
 TORAX: . . . . . NORMOEXPANSIBLE, SIMETRICO, SIN ANORMALIDADES, NO TIRAJES  
 PULMONAR: . . . . . BIEN VENTILADOS, CON MURMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN SOBREGREGADOS, NO ESTERTORES  
 CARDIOVASCULAR: . . . . . RUIDOS CARDIACOS RITMICOS REGULARES SIN SOPLOS  
 PERFUSION: . . . . . NORMAL, SIN ALTERACIONES  
 ABDOMEN: . . . . . BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION RHA PRESENTES, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL  
 EXTREMIDADES: . . . . . SIMETRICAS, MOVILES, PULSOS PRESENTES, SIN EDEMA  
 GENITOURINARIO: . . . . . NORMOCONFIGURADIO, DIURESIS ESPONTANEA  
 NEUROLOGICO(SNC): . . . . . GLASGOW 15/15  
 PIEL: . . . . . SIN ALTERACIONES

<b>No Folio:</b> 236906	<b>Fecha:</b> 17/10/2021 09:22:00a.n	
<b>Medico:</b> CAICEDO MONCAYO LUIS ALEJANDRO		
<b>Especialidad:</b> MEDICO GENERAL		
<b>Reg Medico:</b> 1085339022		

**HISTORIA CLINICA CONSULTA DE URGENCIAS**

**MOTIVO DE CONSULTA:**

MC: TIENE TOS

**ENFERMEDAD ACTUAL:**

PACIENTE DE 1 AÑO Y 8 MESES DE EDAD CONSULTA EN COMPAÑIA DE LA MADRE POR CUADRO CLINICO DE 3 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN TOS HUMEDA IRRITABILIDAD ALZAS TERMICAS CUANTIFICAS RINORREA HIALINA, MADRE CONSULTO EL DIA DE AYER POR IGUAL CUADRO CLINICO SIN EMBARGO REFIERE QUE MEDICO VALORA Y DA EGRESO SIN MEDICACION. CONSULTO EL DIA HOY A LAS 11+00 AM EN ESTA INSTITUCION, DONDE VALORO PACIENTE CON ESTABILIDAD HEMODINAMICA, SIGNOS VITALES EN RANGOS DE NORMALIDAD, SIN DESATURACION, SIN ESFUERZO RESPIRATORIO SE DA EGRESO CON CUBRIMIENTO ANTIMICROBIANO CON AMOXICILINA, RECIBE PRIMERA DOSIS, SE REALIZAN NEBULIZACIONES CON SOLUCION SALINA CICLO POR 3 SESIONES CADA 30 MINUTOS CON MEJORIA POR LO QUE SE DA EGRESO CON RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA, SIN EMBARGO MADRE REFIERE QUE HACE UNA HORA INICIA CON DIFICULTAD RESPIRATORIA POR LO QUE CONSULTA.

**ANTECEDENTES PERSONALES:**

GENERALES: . . . . . No Refiere  
 PATOLOGICOS: . . . . . No refiere  
 TRAUMATICOS: . . . . . No refiere  
 QUIRURGICOS: . . . . . No refiere  
 INMUNOLOGICOS: . . . . . No refiere  
 INF. TRANSMISIÓN SEXUAL: NO  
 ALERGICOS: . . . . . No refiere  
 FARMACOLOGICOS: . . . . . No refiere  
 TOXICOS: . . . . . No refiere  
 NUTRICIONALES: . . . . . No refiere  
 VACUNACION: . . . . . No refiere  
 DESARROLLO: . . . . . No refiere

**HISTORIA CLINICA**

<b>PACIENTE:</b> MUÑOZ MONCAYO ANDRES FELIPE	<b>E.CIVIL:</b> Soltero	Fecha Ingreso: 09/03/2020 09:08:00 a.m.
<b>No HISTORIA:</b> 1080903871	<b>EDAD ACTUAL:</b> 5 Años 5 Meses 13 Días	Fecha Egreso: 18/10/2021 08:20:00 p.m.
<b>IDENTIFIC:</b> RC1080903871	<b>SEXO:</b> Masculino	<b>ATENCION:</b> URGENCIAS
<b>EMPRESA:</b> EMSSANAR EPS S.A.S	<b>FEC. NAC:</b> 08/02/2020	<b>TELEFONO:</b> 3107865646
<b>DIRECCION:</b> VILLANUEVA		<b>MUNICIPIO:</b> COLON GENOVA N
<b>DIAGNOSTICO:</b>		

CRECIMIENTO: . . . . . No refiere  
 PERINATALES: . . . . . No refiere  
 OTROS ANTECEDENTES: . . . No refiere  
 OBSERVACIONES: . . . . . NO

**ANTECEDENTES OBSTETRICOS:**

GESTAS: . . . . . 0  
 PARTOS: . . . . . 0  
 ABORTOS: . . . . . 0  
 CESAREAS: . . . . . 0  
 VIVOS: . . . . . 0  
 MUERTOS: . . . . . 0  
 MORTINATOS: . . . . . 0

**ANTECEDENTES GINECOLOG:**

MENARQUIAS/ESPERMARCA: . . . No refiere  
 SEXARQUIA: . . . . . No refiere  
 NO DE COMPAÑEROS: . . . . . No refiere  
 FECHA ULTIMA MENSTRUACION . No refiere  
 CICLOS MENSTRUALES: . . . . . No refiere  
 METODO PLANIFICACION FLIAR: No refiere  
 FECHA ULTIMA CITOLOGIA: . . . No refiere  
 MENOPAUSIA: . . . . . No refiere  
 EX MAMA/FECHA/RESULTADO . . SIN ALTERACIONES

**ANTECEDENTES FAMILIARES:**

GENERALES: . . . No Refiere  
 PATOLOGICOS: . . . No Refiere  
 TOXICOS: . . . . . No Refiere  
 FARMACOLOGICOS: No Refiere  
 ALERGICOS: . . . No Refiere  
 OBSTETRICOS: . . . No Refiere  
 GINECOLOGICOS: . . . No Refiere

**REVISION POR SISTEMA:**

GENERAL: . . . . . No Refiere  
 CABEZA: . . . . . No Refiere  
 OJOS: . . . . . No Refiere  
 NARIZ: . . . . . No Refiere  
 OIDOS: . . . . . No Refiere  
 OROFARINGE: . . . . . No Refiere  
 CUELLO: . . . . . No Refiere  
 RESPIRATORIO: . . . . . No Refiere  
 NEUROLOGICO: . . . . . No Refiere  
 ENDOCRINO: . . . . . No Refiere  
 MUSCULO (ESQUELETICO): . . . No Refiere  
 HEMATOPOYETICO: . . . . . No Refiere  
 LINFORRETICULAR: . . . . . No Refiere  
 PSIQUIATRICOS: . . . . . No Refiere  
 PIEL Y FANERAS: . . . . . No Refiere  
 ARTICULAR: . . . . . No Refiere  
 CARDIOVASCULAR: . . . . . No Refiere  
 GASTRO - INTESTINAL: . . . . . No Refiere  
 GINECOLOGICO: . . . . . No Refiere  
 UROLOGICO: . . . . . No Refiere  
 OTROS: . . . . . No Refiere

**SIGNOS VITALES:**

FREC CARDIACA: 180  
 FREC RESPIRATORIA: 43  
 TEMPERATURA: 38  
 TENSION ART: 98/68  
 PRESION ART. MEDIA: 78  
 SAT. DE OXIGENO: 87  
 PESO: 10.3  
 TALLA: 84

**HISTORIA CLINICA**

<b>PACIENTE:</b> MUÑOZ MONCAYO ANDRES FELIPE	<b>E.CIVIL:</b> Soltero	Fecha Ingreso: 09/03/2020 09:08:00 a.m.
<b>No HISTORIA:</b> 1080903871	<b>EDAD ACTUAL</b> 5 Años 5 Meses 13 Días	Fecha Egreso: 18/10/2021 08:20:00 p.m.
<b>IDENTIFIC:</b> RCI1080903871	<b>SEXO:</b> Masculino	<b>ATENCION:</b> URGENCIAS
<b>EMPRESA:</b> EMSSANAR EPS S.A.S	<b>FEC. NAC:</b> 08/02/2020	<b>TELEFONO:</b> 3107865646
<b>DIRECCION:</b> VILLANUEVA		<b>MUNICIPIO:</b> COLON GENOVA N
<b>DIAGNOSTICO:</b> .		

IMC: 14.6

**EXAMEN FISICO:**

ASPECTO GENERAL: . . . . . SOMNOLIENTO, PALIDEZ GENERALIZADA  
 PERIMETRO CEFALICO: . . . . . -  
 PERIMETRO TORAXICO: . . . . . -  
 PERIMETRO ABDOMINAL: . . . . . -  
 SINTOMATICO DE PIEL: . . . . . NO  
 SINTOMATICO RESPIRATORIO: . . . . . NO  
 SINDROME FEBRIL: . . . . . NO  
 CABEZA: . . . . . normocefala, sin deformidades, no puntos dolorosos.  
 OJOS: . . . . . pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, escleras anictericas, mucosas humedas rosadas.  
 OIDOS: . . . . . Buena implantación, no secreciones, otoscopia bilateral sin alteraciones  
 NARIZ: . . . . . Permeable, centrada, rinorrea Hialina, ni sangrado nasal.  
 BOCA: . . . . . Mucosa oral húmeda, rosada, no ulceras, no placas.  
 OTORRINOLARINGOLOGIA: . . . . . faringe, amigalas no eritematosas, no placas, no exudados, no otras alteraciones  
 CUELLO: . . . . . central, sin deformidades, no masas ni adenopatias, se palpa troides normal, no nodulos, ni masas.  
 TORAX: . . . . . SE OBSERVAN TIRAJES INTERCOSTALES  
 PULMONAR: . . . . . SIMETRICO, SE AUSCULTAN ESTERTORES EN AMBAS BASES PULMONARES PREDOMINIO BASE  
 PULMONAR DERECHA APICES PULMNARES PERMEABLES, NO SE AUSCULTAN RONCOS NI SIBILANCIAS  
 CARDIOVASCULAR: . . . . . ruidos cardiacos ritmicos, no soplos, no s3, ni s4  
 PERFUSION: . . . . . llenado capilar normal, pulsos perifericos presentes normales.  
 ABDOMEN: . . . . . blando, depresible, no doloroso a la palpacion, no masas ni megalias, peristaltismo normal, no signos de irritacion peritoneal  
 EXTREMIDADES: . . . . . extremidades simetricas, no dolorosas a la movilizacion, no edemas, pulsos positivos, llenado capiliar adecuado, sin evidencia de venas varicosas.  
 SISTEMA GENITOURINARIO: . . . . . genitales externos normoconfigurados, no alteraciones  
 NEUROLOGICO: . . . . . sin deficit aparente, ubicado en persona espacio y tiempo, no hay deficit motor o sensitivo, no signos meningeos o de focalizacion  
 PIEL: . . . . . no maculas, no papulas, no placas, no lesiones en piel.  
 OBSERVACIONES: . . . . . NO

**DIAGNOSTICO DE INGRESO:**

J159: NEUMONIA BACTERIANA. NO ESPECIFICADA  
 R509: FIEBRE. NO ESPECIFICADA

TIPO DE DIAGNOSTICO: Impresion Diagnostica

OBSERVACIONES: PACIENTE DE 1 AÑO Y 8 MESES DE EDAD CONSULTA EN COMPAÑIA DE LA MADRE POR CUADRO CLINICO DE 3 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN TOS HUMEDA IRRITABILIDAD ALZAS TERMICAS CUANTIFICAS RINORREA HIALINA, MADRE CONSULTO EL DIA DE AYER POR IGUAL CUADRO CLINICO SIN EMBARGO REFIERE QUE MEDICO VALORA Y DA EGRESO SIN MEDICACION. CONSULTO EL DIA HOY A LAS 11+00 AM EN ESTA INSTITUCION, DONDE VALORO PACIENTE CON ESTABILIDAD HEMODINAMICA, SIGNOS VITALES EN RANGOS DE NORMALIDAD, SIN DESATURACION, SIN ESFUERZO RESPIRATORIO SE DA EGRESO CON CUBRIMIENTO ANTIMICROBIANO CON AMOXICILINA, RECIBE PRIMERA DOSIS, SE REALIZAN NEBULIZACIONES CON SOLUCION SALINA CICLO POR 3 SESIONES CADA 30 MINUTOS CON MEJORIA POR LO QUE SE DA EGRESO CON RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA, SIN EMBARGO MADRE REFIERE QUE HACE UNA HORA INICIA CON DIFICULTAD RESPIRATORIA POR LO QUE CONSULTA.  
 AL INGRESO PACIENTE EN REGULARES CONDICIONES GENERALES, FEBRIL, TAQUICARDICO TAQUIPNEICO CON SATURACION EN 87% SE OBSERVA AL EXAMEN FISICO USO DE MUSCULOS ACCESORIOS CON TIRAJES INTERCOSTALES SIN ALETEO NASAL, PRESENCIA DE ESTERTORES EN AMBAS BASES PULMONARES PREDOMINIO DERECHO, SE CONSIDERA PACIENTE CON NEUMONIA DE ORIGEN BACTERIANO SIN RESPUESTA AL TRATAMIENTNO ANTIMICROBIANO ORAL, SE INDICA SOPORTE DE OXIGENO POR CANULA NASA A 1L/MIN CON SATURACION POSTERIOR EN 94% CUBRIMIENTNO ANTIMICROBIANO CON AMPICILINA A DOSIS DE 200MG/KG/DIA DILUIDO EN 100 CCSSN0.9% LIQUIDOS DE MANTENIMIENTO, ANALGESICO ANTIPIRETICO. SE COMENTA PACIENTE A HOSPITAL EDUARDO SANTOS.

**TRATAMIENTO:**

REMISION A HES  
 CANALIZAR VENA PERIFERICA  
 O2 POR CANULA NASAL A 0.5L POR MINUTO  
 LEV: LACTATO DE RINGER PASAR A DOSIS DE 25 ML/KG EN UNA HORA  
 SUSPENDER AMOXICILINA  
 AMPICILINA AMPOLLA 1 GR A DOSIS DE 200 MG/KG/DIA APLICAR 500 MG DILUIDO EN 100 CC SSN 0.9% CADA 6 HORAS PASAR LENTO (FI:18/10/2021)  
 ADVIL CHLDREN DAR .3.7 CC CADA 8 HORAS.

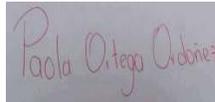
**HISTORIA CLINICA**

<b>PACIENTE:</b> MUÑOZ MONCAYO ANDRES FELIPE	<b>E.CIVIL:</b> Soltero	<b>Fecha Ingreso:</b> 09/03/2020 09:08:00 a.m.
<b>No HISTORIA:</b> 1080903871	<b>EDAD ACTUAL:</b> 5 Años 5 Meses 13 Días	<b>Fecha Egreso:</b> 18/10/2021 08:20:00 p.m.
<b>IDENTIFIC:</b> RC1080903871	<b>SEXO:</b> Masculino	<b>ATENCION:</b> URGENCIAS
<b>EMPRESA:</b> EMSSANAR EPS S.A.S	<b>FEC. NAC:</b> 08/02/2020	<b>TELEFONO:</b> 3107865646
<b>DIRECCION:</b> VILLANUEVA		<b>MUNICIPIO:</b> COLON GENOVA N
<b>DIAGNOSTICO:</b> .		

CONTROL DE SIGNOS VITALES  
INFORMAR CAMBIOS  
CURVA TERMICA

8+00 . SE COMENTA PACIENTE A HOSPITAL EDUARDO SANTOS DONDE ES ACEPTADO POR DR NICOLAS TORRES MEDICO GENERAL. PACIENTE AHORA CON DISMUNUCION DE TIRAJES POSTERIOR A ADMINISTRACION DE OXIGENO, SATURACIONES MAYORES A 92% CON SOPORTE DE OXIGENO A 1L/MIN, TEMPERATURA:38.1 FR: 26 RPM FC:170 LPM, EGRESA PACIENTE EN COMPAÑIA DE JEFE DE ENFERMERIA CLAUDIA PATRICIA ORTEGA FAMILIAR Y CONDUCTOR DE LA AMBULANCIA. SE EXPLICA A LA MADRE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

**No Folio:** 236381 **Fecha:** 18/10/2021 07:24:00p.n  
**Medico:** ORTEGA ORDOÑEZ JINARY PAOLA  
**Especialidad:** MEDICO GENERAL  
**Reg Medico:** 1083813196



**HISTORIA CLINICA SALIDA**

**SALIDA GENERAL:**

**Fecha de Salida:** 18/10/2021 08:20:00 p.m.  
**Tipo de Diagnostico:** Impresion Diagnostica  
**Motivo de Salida:** Remision  
**Estado:** Vivo

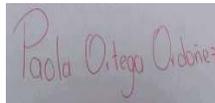
**DIAGNOSTICO DE SALIDA:**

J159: NEUMONIA BACTERIANA. NO ESPECIFICADA

**OBSERVACIONES:**

PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS BAJO CUBRIMIENTO ANTIBIOTICO Y SOPORTE DE OXIGENO EN REGULARES CONDICIONES GENERALES, ES ACEPTADO EN HOSPITAL EDUARDO SANTOS EGRESA CON LOS SIGUIENTES SIGNOS VITALES SATURACIONES MAYORES A 92% CON SOPORTE DE OXIGENO A 1L/MIN, TEMPERATURA:38.1 FR: 26 RPM FC:170 LPM, EGRESA PACIENTE EN COMPAÑIA DE JEFE DE ENFERMERIA CLAUDIA PATRICIA ORTEGA FAMILIAR Y CONDUCTOR DE LA AMBULANCIA.

**No Folio:** 236383 **Fecha:** 18/10/2021 08:20:00p.n  
**Medico:** ORTEGA ORDOÑEZ JINARY PAOLA  
**Especialidad:** MEDICO GENERAL  
**Reg Medico:** 1083813196



**HISTORIA CLINICA SALIDA**

**SALIDA GENERAL:**

**Fecha de Salida:** 18/10/2021 02:10:00 p.m.  
**Tipo de Diagnostico:** Impresion Diagnostica  
**Motivo de Salida:** Orden Medica  
**Estado:** Vivo

**DIAGNOSTICO DE SALIDA:**

J159: NEUMONIA BACTERIANA. NO ESPECIFICADA  
J00X: RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)

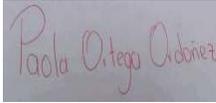
**OBSERVACIONES:**

PACIENTE AFEBRIL NORMOTENSO NORMOCARDICO CON SATURACIONES MAYORES DEL 92% AL EXAMEN FISICO SE OBSERVA RINORREA HILIANA PALIDEZ GENERALIZADA, CAMPOS PULMONARES CON PRESENCIA DE ESTERTORES FINOS BIBASALES APICES PULMONARES PERMEABLES, NO SE AUSCULTAN SIBILANCIAS NO RONCUS. NO SE OBSERVAN TIRAJES. SE CONSIDERA PACIENTE CON SOSPECHA DX DE NEUMONIA DE POSIBLE ORIGEN BACTERIANO, SE INDICA INICIAR NEBULIZACIONES CON SOLUCION SALINA CICLO DE TRES NEBULIZACIONES UNA NEBULIZACION CADA 30 MINUTOS POR 3, REPETIR DENTRO DE 24 HORAS.CUBRIMIENTO

**HISTORIA CLINICA**

<b>PACIENTE:</b> MUÑOZ MONCAYO ANDRES FELIPE	<b>E.CIVIL:</b> Soltero	<b>Fecha Ingreso:</b> 09/03/2020 09:08:00 a.m.
<b>No HISTORIA:</b> 1080903871	<b>EDAD ACTUAL</b> 5 Años 5 Meses 13 Días	<b>Fecha Egreso:</b> 18/10/2021 08:20:00 p.m.
<b>IDENTIFIC:</b> RC1080903871	<b>SEXO:</b> Masculino	<b>ATENCION:</b> URGENCIAS
<b>EMPRESA:</b> EMSSANAR EPS S.A.S	<b>FEC. NAC:</b> 08/02/2020	<b>TELEFONO:</b> 3107865646
<b>DIRECCION:</b> VILLANUEVA		<b>MUNICIPIO:</b> COLON GENOVA N
<b>DIAGNOSTICO:</b> .		

ANTIMICROBIANO CON AMOXICILINA POR 7 DIAS, ANTIPIRETICO. SE DA EGRESO CON LOS SIGUIENTES SIGNOS VITALES  
TA:98/72 FC: 110 LPM FR:27 RPM T:36,2 SATURACION 94%

<b>No Folio:</b> 236708	<b>Fecha:</b> 18/10/2021 02:10:00p.n	
<b>Medico:</b> ORTEGA ORDOÑEZ JINARY PAOLA		
<b>Especialidad:</b> MEDICO GENERAL		
<b>Reg Medico:</b> 1083813196		

**PRIMERA INFANCIA.**

**MOTIVO DE CONSULTA/ENF:**

MC: CONTROL DE PRIMERA INFANCIA

SE REALIZA CONTROL DE PRIMERA INFANCIA SE ATIENDE PACIENTE CON ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL POR MOTIVO DE PANDEMIA DE COVID 19, SE INDAGA SOBRE SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA A COVID 19, COMO: FIEBRE, TOS, PÉRDIDA DEL OLFATO, DEL GUSTO, ASTENIA, ADINAMIA, SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES, A LO CUAL RESPONDE DE MANERA NEGATIVA, NIEGA NEXO EPIDEMIOLÓGICO CON CASOS POSITIVOS PARA COVID 19, SE ATIENDE CON TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, SE DA EDUCACIÓN EN LAVADO DE MANOS CON FRECUENCIA. USAR AGUA Y JABÓN O UN DESINFECTANTE DE MANOS A BASE DE ALCOHOL, MANTENGA UNA DISTANCIA DE SEGURIDAD CON PERSONAS QUE TOSAN O ESTORNUDEN, UTILICE MASCARILLA CUANDO NO SEA POSIBLE MANTENER EL DISTANCIAMIENTO FÍSICO, NO TE TOQUES LOS OJOS, LA NARIZ NI LA BOCA, CUANDO TOSAS O ESTORNUDES, CÚBRETE LA NARIZ Y LA BOCA CON EL CODO FLEXIONADO O CON UN PAÑUELO, SI NO TE ENCUENTRAS BIEN, QUÉDATE EN CASA, EN CASO DE QUE TENGAS FIEBRE, TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR, BUSCA ATENCIÓN MÉDICA CEL: 3148618569

EA: MASCULINO DE 18 MESES DE EDAD QUIEN ES TRAIIDO POR LA MADRE A CONTROL DE PRIMERA INFANCIA QUIEN REFIERE QUE EL NIÑO SE ENCUENTRA SANO Y NO PRESENTA NINGUNA SINTOMATOLOGIA AL MOMENTO DE LA CONSULTA MENOR CON ANTECEDENTE DE ANEMIA , REFERIDO POR LA MADRE EL CUAL SE ENCUENTRA EN CONTROL CON PEDIATRIA , ULTIMO CONTROL HACE 4 MESES DONDE SUMINISTRAN SULFATO FERROSO. MENOR CON ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO .

**SIGNOS VITALES:**

FREC CARDIACA: 78  
FREC RESPIRATORIA: 22  
TEMPERATURA: 36.2  
TENSION ART: 90/50  
PRESION ART. MEDIA: 63  
SAT. DE OXIGENO: 99  
PESO: 10  
TALLA: 82  
IMC: 14.9

**ANTECEDENTES PERSONALES:**

COMO FUE EMBARAZO CUANTO DURO: 39 SEMANAS  
COMO FUE EL PARTO? . . . . . VAGINAL  
CUANTO PESO AL NACER? . . . . . 2900  
CUANTO MIDIO? . . . . . 52  
PROBLEMA DESPUES DEL NACIMIENTO NO  
QUE ENFERMEDADES HA TENIDO? . . No Refiere  
TRAUMATICOS: . . . . . No refiere  
QUIRURGICOS: . . . . . No refiere  
INMUNOLOGICOS: . . . . . No refiere  
ALERGICOS: . . . . . No refiere  
FARMACOLOGICOS: . . . . . No refiere  
TOXICOS: . . . . . No refiere  
MEDICOS: . . . . . No refiere  
HOSPITALIZACION: . . . . . NO

**EXAMEN FISICO:**

ASPECTO GENERAL: . . . . . EN BUENAS CONDICIONES GENERALES

**HISTORIA CLINICA**

<b>PACIENTE:</b> MUÑOZ MONCAYO ANDRES FELIPE	<b>E.CIVIL:</b> Soltero	Fecha Ingreso: 09/03/2020 09:08:00 a.m.
<b>No HISTORIA:</b> 1080903871	<b>EDAD ACTUAL</b> 5 Años 5 Meses 13 Días	Fecha Egreso: 18/10/2021 08:20:00 p.m.
<b>IDENTIFIC:</b> RC1080903871	<b>SEXO:</b> Masculino	<b>ATENCIÓN:</b> URGENCIAS
<b>EMPRESA:</b> EMSSANAR EPS S.A.S	<b>FEC. NAC:</b> 08/02/2020	<b>TELÉFONO:</b> 3107865646
<b>DIRECCION:</b> VILLANUEVA		<b>MUNICIPIO:</b> COLON GENOVA N
<b>DIAGNOSTICO:</b> .		

SINTOMATICO DE PIEL: . . . . NO  
 SINTOMATICO RESPIRATORIO: . NO  
 SINDROME FEBRIL: . . . . . NO  
 SINTOMATICO NERV. PERIF.: . NO  
 CABEZA: . . . . . NORMOCEFALICO, CABELLO BIEN IMPLANTADO , NO SE PALPAN MASAS, PERIMETRO CEFALICO DE 47 CM  
 OJOS: . . . . . PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS  
 OIDOS: . . . . . pabellon auricular normal, conducto auditivo externo sin alteraciones .  
 NARIZ: . . . . . NORMAL SIN DESVIACIONES NI HIPERPLASIAS  
 BOCA: . . . . . mucosas humedas hidratadas , con denticion sin caries .  
 SISTEMA GENITOURINARIO: . . GENITALES NORMOCONFIGURADOS, QUISTE EN GLANDE SE RECOMIENDA REALIZAR SEGUIMIENTO SI PERSISTE CONSULTAR  
 CUELLO: . . . . . NORMAL SIN MASAS NI ADENOPATIAS  
 TORAX: . . . . . NORMOESPANDIBLE SIN TIRAJE  
 PULMONAR: . . . . . MURMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN RUIDOS SOBREGREGADOS  
 CARDIOVASCULAR: . . . . . CORAZON RITMICO NO SOPLOS  
 ABDOMEN: . . . . . BLANDO DEPRESIBLE NO MASAS NI MEGALIAS  
 EXTREMIDADES: . . . . . SIMETRICAS, MOVILES.  
 COLUMNA: . . . . . SIN DESVIACIONES  
 SISTEMA MUSCULOESQUELETICO: NORMAL  
 VALORACION SEXUAL: . . . . GENITALES NORMOCONFIGURADOS  
 PIEL: . . . . . NO LESIONES PRIMARIAS NI SECUNDARIAS, PALIDEZ FACIAL MADRE REFIERE QUE SIEMPRE HA SIDO ASI .  
 OBSERVACIONES: . . . . . NO

**SIGNOS DE PELIGRO GRAL:**

Puede beber o tomar de pecho:[Si] Letargico o Inconsciente:[No]  
 Vomita Todo: . . . . . [No] Convulciones: . . . . . [No]

**ANTECEDENTES PERINATALES:**

PARTO INSTITUCIONAL: . . SI  
 MODALIDAD DEL PARTO: . . VAGINAL  
 PRESENTACION CEFALICA: . SI  
 PRODUCTO UNICO: . . . . SI  
 ESTUVO EN ENCUBADORA: . NO  
 RECIBIO FOTOTERAPIA: . . NO  
 LAC. MATERNA 1A HORA. . SI  
 PESO AL NACER: GRAMOS . 2900  
 TALLA AL NACER. . . . . 52  
 OBSERVACIONES: . . . . . NO

**ANTECEDENTES FAMILIARES:**

GENERALES: . . . . . No Refiere  
 PATOLOGICOS: . . . . . No Refiere  
 TOXICOS: . . . . . No Refiere  
 FARMACOLOGICOS: . . . . . No Refiere  
 ALERGICOS: . . . . . No Refiere  
 OBSTETRICOS: . . . . . No Refiere  
 GINECOLOGICOS: . . . . . No Refiere  
 ANTECEDENEES DE SALUD MENTAL PADRES: . . . . No Refiere  
 TRASTORNOS MENTALES: . . . . . No Refiere  
 MALTRATO INFANTIL: . . . . . No Refiere  
 MATONEO: . . . . . No Refiere  
 ABANDONO: . . . . . No Refiere  
 DUELO O MUERTE DE PERSONAS: . . . . . No Refiere  
 DIVORCION DE LOS PADRES: . . . . . No Refiere  
 PROBLEMAS EN LA RELACION DE LOS PROGENITORES: No Refiere  
 VIOLENCIA DE GENERO: . . . . . No Refiere  
 VIOLENCIA INTERPERSONAL: . . . . . No Refiere

**REVISION POR SISTEMA:**

GENERAL: . . . . . No Refiere  
 CABEZA: . . . . . No Refiere  
 OJOS: . . . . . No Refiere  
 NARIZ: . . . . . No Refiere  
 OIDOS: . . . . . No Refiere

**HISTORIA CLINICA**

<b>PACIENTE:</b> MUÑOZ MONCAYO ANDRES FELIPE	<b>E.CIVIL:</b> Soltero	<b>Fecha Ingreso:</b> 09/03/2020 09:08:00 a.m.
<b>No HISTORIA:</b> 1080903871	<b>EDAD ACTUAL:</b> 5 Años 5 Meses 13 Días	<b>Fecha Egreso:</b> 18/10/2021 08:20:00 p.m.
<b>IDENTIFIC:</b> RC1080903871	<b>SEXO:</b> Masculino	<b>ATENCIÓN:</b> URGENCIAS
<b>EMPRESA:</b> EMSSANAR EPS S.A.S	<b>FEC. NAC:</b> 08/02/2020	<b>TELEFONO:</b> 3107865646
<b>DIRECCION:</b> VILLANUEVA		<b>MUNICIPIO:</b> COLON GENOVA N
<b>DIAGNOSTICO:</b>		

OROFARINGE: . . . . . No Refiere  
 CUELLO: . . . . . No Refiere  
 RESPIRATORIO: . . . . . No Refiere  
 NEUROLOGICO: . . . . . No Refiere  
 ENDOCRINO: . . . . . No Refiere  
 MUSCULO (ESQUELETICO): . . . . . No Refiere  
 HEMATOPOYETICO: . . . . . No Refiere  
 LINFORRETICULAR: . . . . . No Refiere  
 PSIQUIATRICOS: . . . . . No Refiere  
 PIEL Y FANERAS: . . . . . No Refiere  
 ARTICULAR: . . . . . No Refiere  
 CARDIOVASCULAR: . . . . . No Refiere  
 GASTRO - INTESTINAL: . . . . . No Refiere  
 GINECOLOGICO: . . . . . No Refiere  
 UROLOGICO: . . . . . No Refiere  
 OTROS: . . . . . No Refiere

**TIENE PROBLEMA DE GARGANT**

DIAGNOSTICO: NO TIENE FARINGOAMIGDALITIS  
 Tiene dolor de Garganta.....[No]  
 Ganglios del cuerpo crecidos y dolorosos...[No]  
 Exudado Blanco - Eritema.....[No]

**VERIFICAR ANEMIA**

DIAGNOSTICO: NO TIENE ANEMIA  
 A RECIBIDO HIERRO EN LOS ULTIMOS SEIS MESES . . . . . Si  
 CUANDO? . . . . . CUANTO TIEMPO? . . . . .  
 PALIDEZ PARLMAR: .No PALIDEZ CONJUNTIVAL .No

**EVALUAR DESARROLLO**

DIAGNOSTICO: DESARROLLO NORMAL  
 TIENE ALGUN ANTECEDENTE IMPORTANTE PARA EL DESARROLLO ? .No  
 AUSENCIA DE 1 2 3 4 CONDICIONES PARA LA EDAD: . . . . .No  
 PERIMETRO CEFALICO: . . . . .49  
 TIENE ALGUN FACTOR DE RIESGO: . . . . .

**HABITOS SALUDABLES:**

SUEÑO: . . . . . NORMAL PARA LA EDAD  
 BAÑO . . . . . TODOS LOS DIAS  
 CAMBIO DE PAÑAL . . . . . SOLO PARA DORMIR  
 LAVADO DE MANOS: . . . . . FRECUENTE  
 CUIDADOR: . . . . . MADRE  
 CUIDADO BUCAL Y CEPILLADO DE DIENTES: SI 2 VECES AL DIA  
 FOTOPROTECCION: . . . . . NO  
 EVOLUCION DE CONTROL DE ESFINTERES: . AVISA DURANTE EL DIA  
 LIMPIEZA DEL AREA PERINEAL: . . . . . SI  
 JUEGO CON MOVIMIENTOS ACTIVOS: . . . . . SI

**CRIANZA Y CUIDADO:**

FORMAS DE COMUNICACION CON EL NIÑO: . . . . . LE HABLAN, LE JUEGAN  
 ACTIVIDADES PARA ESTIMULAR EL DESARROLLO: . . . . . LE ENSEÑAN CON VIDEOS, IMAGENES, DIBUJOS  
 RELACION CON LA FAMILIA: . . . . . NORMAL  
 CREENCIA PRACTICAS SOBRE LA DISCIPLINA PARA CORREGIR: NO  
 VIVENCIA DE VIOLENCIA EN EL HOGAR: . . . . . NO  
 PREVENCION DE ACCIDENTES: . . . . . SI

**PLAN DE CUIDADO:**

- alimentación adecuada y proporcional al resto de la familia tener su propio plato , no brindar bebidas gaseosas endulzadas, fomento del no consumo productos empaquetados e industrializados, brindar frutas propias de la región
- Continuar con esquema de vacunación según plan establecido de inmunizaciones.
- Asistir cumplidamente a citas de control de crecimiento y desarrollo y de odontología programadas.
- Nunca dejar al bebe solo.
- No permitir sueños muy prolongados en el día
- No exponer al niño al humo de leña.
- No consumir alcohol, tabaco o sustancias psicoactivas en el entorno del niño.
- Evitar contacto con personas que tengan gripe o usar tapabocas.

**HISTORIA CLINICA**

<b>PACIENTE:</b> MUÑOZ MONCAYO ANDRES FELIPE	<b>E.CIVIL:</b> Soltero	<b>Fecha Ingreso:</b> 09/03/2020 09:08:00 a.m.
<b>No HISTORIA:</b> 1080903871	<b>EDAD ACTUAL</b> 5 Años 5 Meses 13 Días	<b>Fecha Egreso:</b> 18/10/2021 08:20:00 p.m.
<b>IDENTIFIC:</b> RC1080903871	<b>SEXO:</b> Masculino	<b>ATENCION:</b> URGENCIAS
<b>EMPRESA:</b> EMSSANAR EPS S.A.S	<b>FEC. NAC:</b> 08/02/2020	<b>TELEFONO:</b> 3107865646
<b>DIRECCION:</b> VILLANUEVA		<b>MUNICIPIO:</b> COLON GENOVA N
<b>DIAGNOSTICO:</b> .		

-Baño diario corto con agua tibia en un lugar sin corrientes de aire y abrigado.  
-Lavado frecuente y adecuado de manos antes y después de manipulación del niño.  
-Se brinda educación a madre, padre y cuidadores sobre: prácticas de crianza adecuadas y protectoras basadas en derechos, medidas de buen trato (tratar con cariño y amor, expresar afecto por el niño), puericultura básica, no usar castigos físicos o psicológicos, manejo adecuado de rabietas (usar refuerzos positivos), evitar violencias, prevención de accidentes en el hogar que puedan afectar al niño, importancia de un núcleo familiar sano, adecuada distribución de tareas en el hogar para dedicar el tiempo adecuado para la correcta crianza del niño, planear y ajustar el tiempo adecuado para el regreso a las actividades laborales de la madre, importancia de mantener adecuado estado de higiene en el niño, importancia de la adecuada manipulación y cocción de alimentos para prevenir enfermedades transmitidas por alimentos en el hogar, importancia de mantener aseo y limpieza adecuados en el hogar, establecer normas en el hogar para mantener un ambiente no ruidoso y tranquilo, importancia del adecuado lavado de manos, fortalecimiento de vínculos afectivos del niño con madre, padre y cuidadores, importancia de la estimulación temprana para el crecimiento y el desarrollo infantil saludable, derechos del niño y derecho a la salud.  
-Se educa en signos y síntomas de alarma, fomento de aseo diario e higiene personal y bucal, asistir cumplidamente a las citas programadas de vacunación y control de crecimiento y desarrollo. No castigo físico, brindar cariño, amor comprensión y dialogo. Se educa en alimentación complementaria saludable de acuerdo a la edad, que tipos de alimentos dar, como y cuando. Mantener la higiene de manos y utensilios para prevenir infecciones gástricas. Se brinda recomendaciones generales y cuidados en casa, signos y síntomas de alarma para consultar por urgencias

**LABORATORIOS:**

TSH: . . . . . normal  
SEROLOGIA: . . . . . negativo  
HEMOCLASIFICACION: . . o positivo

**INTERVENCION MED FLIAR:**

Estar pendiente de signos de alarma AIEPI  
Fiebre que no cede con baños de agua tibia ni administración de acetaminofen  
Diarrea con moco o sangre  
Vómito constante.  
Dificultad respiratoria.  
Sangrado por nariz o encias.  
Coloración azul de los labios o piel

**DIAGNOSTICO.:**

Z001: CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO

OBSERVACIONES: NIÑO SANO NO SE ENCEUNTRAN ALTERACIONES, CRECIENDO EN PERCENTILES ADECUADOS CON ADECUADO PESO Y TALLA PARA LA EDAD, ADECUADO DESARROLLO PSICOMOTOR

<b>No Folio:</b> 228300	<b>Fecha:</b> 18/08/2021 10:12:00a.n
<b>Medico:</b> ORTEGA MARTINEZ CLAUDIA PATRICIA	
<b>Especialidad:</b> ENFERMERA PROFESIONAL	
<b>Reg Medico:</b> 1061715066	

**CONCEPTO MEDICO**

**CONCEPTO MEDICO:**

Lugar y fecha: Villa Nueva 10/05/2021

Se hace constar que Andrés Felipe Muñoz Moncayo, identificado con RC 1080903871 sin antecedentes patológicos según historia clínica, quien acude para solicitar certificado médico.

Al Examen físico: Paciente activa, alerta, con los siguientes signos vitales FR: 23 x min. SatO2 96% FC: 98 T: 36 Peso: 10 kg, Talla: 78 cm, PC: 50 cm Cabeza: Normocéfalo, fontanelas normotensas sin lesiones Ojos: Pupilas isocóricas, fotorreactivas a la luz, mucosas hidratadas, rosadas, no lesiones evidentes ORL: Orofaringe sin eritema, sin hallazgos anormales. Tórax: normoexpansivo, pulmones con murmullo vesicular presente, no

**HISTORIA CLINICA**

<b>PACIENTE:</b> MUÑOZ MONCAYO ANDRES FELIPE	<b>E.CIVIL:</b> Soltero	<b>Fecha Ingreso:</b> 09/03/2020 09:08:00 a.m.
<b>No HISTORIA:</b> 1080903871	<b>EDAD ACTUAL:</b> 5 Años 5 Meses 13 Días	<b>Fecha Egreso:</b> 18/10/2021 08:20:00 p.m.
<b>IDENTIFIC:</b> RC1080903871	<b>SEXO:</b> Masculino	<b>ATENCION:</b> URGENCIAS
<b>EMPRESA:</b> EMSSANAR EPS S.A.S	<b>FEC. NAC:</b> 08/02/2020	<b>TELEFONO:</b> 3107865646
<b>DIRECCION:</b> VILLANUEVA		<b>MUNICIPIO:</b> COLON GENOVA N
<b>DIAGNOSTICO:</b> .		

estertores, Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación. Genitourinario: genitales externos normoconfigurados. Extremidades: móviles, sin edemas, llenado capilar adecuado. SNC: Sin alteraciones.

Paciente de 15 meses de edad; quien se encuentra en el momento en buenas condiciones generales. Paciente quien acude a todos los controles programados, esquema de vacunación completo para la edad, quien no padece ninguna enfermedad infectocontagiosa que le impida vivir en comunidad.

**MOTIVO DE CONSULTA:**

Para certificado médico

**DIAGNOSTICO:**

Z027: EXTENSION DE CERTIFICADO MEDICO

**No Folio:** 215555 **Fecha:** 10/05/2021 03:02:00p.n  
**Medico:** NAVIA DELGADO ALICIA LEONOR  
**Especialidad:** MEDICO GENERAL  
**Reg Medico:** 52924



Alicia Leonor Navia Delgado  
Medico General  
R.M. 52924  
C.C. 30.744.435

**PRIMERA INFANCIA.**

**MOTIVO DE CONSULTA/ENF:**

MC: CONTROL DEL AÑO

EA: MASCULINO DE 12 MESES DE EDAD QUIEN ES TRAIIDO POR LA MADRE QUIEN REFIERE QUE EL NIÑO SE ENCUENTRA SANO Y NO PRESENTA NINGUNA SINTOMATOLOGIA, REFIERE QUE EL NIÑO SE ENCEUNTRA EN TRATAMIENTO CON SULFATO FERROSO POR ANEMIA SE ENCUENTRA EN CONTROL CON PEDIATRA, REFIERE NO LO HA LLEVADO A ODONTOLOGIA, NO LO HA DESPARASITADO, EN CONTROLES DE PEDIATRIA REFIERE NO PRESENTA OTRAS ALTERACIONES, MADRE REFIERE EL NIÑO PRESENTA BUEN APETITO, REFIERE LA MADRE QUE LE PREOCUPA QUE EL NIÑO PRESENTA FIMOSIS, NO REFIERE NADA MAS, AL EXAMEN FISICO NO SE ENCUENTRAN ALTERACIONES, NO MASAS NI MEGALIAS PALPABLES, GENITALES NORMOCONFIGURADOS, TESTICULOS DESCENDIDOS, LEVE FIMOSIS, SE LE RECOMIENDA A LA MADRE COMPRAR BETAMETASONA Y REALIZAR ESTIRAMIENTOS DEL PREPUCIO, RESTO DEL EXAMEN FISICO NORMAL SIN ALTRACION, NIÑO CON ADECAUDO DESARROLLO PSICOMOTOR, CON PESO Y TALLAS ADECUADOS PARA LA EDAD CON PESO PARA LA TALLA -0.92DE, PESO PARA LA EDAD -070DE, Y TALLA PARA LA EDAD DE -0.04DE, PERIMETRO CEFALICO 47CM PARA 0.97DE, NIÑO SANO

**SIGNOS VITALES:**

FRECUENCIA CARDIACA: . . . 78  
FRECUENCIA RESPIRATORIA: . 22  
TEMPERATURA: . . . . . 36.2  
TENSION ARTERIAL. . . . . 00/00  
SATURACION DE OXIGENO . . 99

**ANTECEDENTES PERSONALES:**

COMO FUE EMBARAZO CUANTO DURO: . 39 SEMANAS  
COMO FUE EL PARTO? . . . . . VAGINAL  
CUANTO PESO AL NACER? . . . . . 2900  
CUANTO MIDIO? . . . . . 52  
PROBLEMA DESPUES DEL NACIMIENTO NO  
QUE ENFERMEDADES HA TENIDO? . . No Refiere  
TRAUMATICOS: . . . . . No refiere  
QUIRURGICOS: . . . . . No refiere  
INMUNOLOGICOS: . . . . . No refiere  
ALERGICOS: . . . . . No refiere  
FARMACOLOGICOS: . . . . . No refiere  
TOXICOS: . . . . . No refiere  
MEDICOS: . . . . . No refiere  
HOSPITALIZACION: . . . . . NO

**EXAMEN FISICO:**

ASPECTO GENERAL: . . . . . EN BUENAS CONDICIONES GENERALES  
PESO: . . . . . 9  
TALLA: . . . . . 76

**HISTORIA CLINICA**

<b>PACIENTE:</b> MUÑOZ MONCAYO ANDRES FELIPE	<b>E.CIVIL:</b> Soltero	Fecha Ingreso: 09/03/2020 09:08:00 a.m.
<b>No HISTORIA:</b> 1080903871	<b>EDAD ACTUAL</b> 5 Años 5 Meses 13 Días	Fecha Egreso: 18/10/2021 08:20:00 p.m.
<b>IDENTIFIC:</b> RC1080903871	<b>SEXO:</b> Masculino	<b>ATENCIÓN:</b> URGENCIAS
<b>EMPRESA:</b> EMSSANAR EPS S.A.S	<b>FEC. NAC:</b> 08/02/2020	<b>TELÉFONO:</b> 3107865646
<b>DIRECCION:</b> VILLANUEVA		<b>MUNICIPIO:</b> COLON GENOVA N
<b>DIAGNOSTICO:</b>		

IMC: . . . . . 15.6  
 SINTOMATICO DE PIEL: . . . . . NO  
 SINTOMATICO RESPIRATORIO: . . . . . NO  
 SINDROME FEBRIL: . . . . . NO  
 SINTOMATICO NERV. PERIF.: . . . . . NO  
 CABEZA: . . . . . NORMOCEFALICO SIN ALTERACIONES  
 OJOS: . . . . . PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS  
 OIDOS: . . . . . NORMALE S  
 NARIZ: . . . . . NORMAL SIN DESVIACIONES NI HIPERPLASIAS  
 BOCA: . . . . . BROTE DENTARIO 4 DIENTES  
 SISTEMA GENITOURINARIO: . . . . . FIMOSIS LEVE  
 CUELLO: . . . . . NORMAL SIN MASAS NI ADENOPATIAS  
 TORAX: . . . . . NORMOESPANDIBLE SIN TIRAJES  
 PULMONAR: . . . . . MURMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN RUIDOS SOBREGREGADOS  
 CARDIOVASCULAR: . . . . . CORAZON RITMICO NO SOPLOS  
 ABDOMEN: . . . . . BLANDO DEPRESIBLE NO MASAS NI MEGALIAS  
 EXTREMIDADES: . . . . . SIMETRICAS  
 COLUMNA: . . . . . SIN DESVIACIONES  
 SISTEMA MUSCULOESQUELETICO: NORMAL  
 PIEL: . . . . . NO LESIONES PRIMARIAS NI SECUNDARIAS

**SIGNOS DE PELIGRO GRAL:**

Puede beber o tomar de pecho:[Si] Letargico o Inconsciente:[No]  
 Vomita Todo: . . . . . [No] Convulciones: . . . . . [No]

**ANTECEDENTES PERINATALES:**

PARTO INSTITUCIONAL: . . . . . SI  
 MODALIDAD DEL PARTO: . . . . . VAGINAL  
 PRESENTACION CEFALICA: . . . . . SI  
 PRODUCTO UNICO: . . . . . SI  
 ESTUVO EN ENCUBADORA: . . . . . NO  
 RECIBIO FOTOTERAPIA: . . . . . NO  
 LAC. MATERNA 1A HORA: . . . . . SI  
 PESO AL NACER: GRAMOS: . . . . . 2900  
 TALLA AL NACER: . . . . . 52  
 OBSERVACIONES: . . . . . NO

**TOS O DIFICULTAD RESPIR:**

DIAGNOSTICO: . . . . . NO TIENE DIFICULTAD PARA RESPIRAR  
 PRIMER EPISODIO SIBILANCIA: . . . . . No  
 SIBILANCIAS RECURRENTES . . . . . No  
 CUADRO GRIPAL PREVIO: . . . . . No  
 ANTECEDENTES PREMATUREZ . . . . . No  
 TIRAJE SUBCOSTAL: . . . . . No  
 ESTRIDOR: . . . . . No  
 APNEA: . . . . . No  
 RESPIRACION RAPIDA . . . . . No  
 SAO2<92%(90% ALTURA >2500MSNM):No  
 SIBILANCIAS: . . . . . No

**ANTECEDENTES FAMILIARES:**

GENERALES: . . . . . No Refiere  
 PATOLOGICOS: . . . . . No Refiere  
 TOXICOS: . . . . . No Refiere  
 FARMACOLOGICOS: . . . . . No Refiere  
 ALERGICOS: . . . . . No Refiere  
 OBSTETRICOS: . . . . . No Refiere  
 GINECOLOGICOS: . . . . . No Refiere

**TIENE DIARREA?**

DIAGNOSTICO: . . . . . NO TIENE DIARREA  
 HAY SANGRE EN LAS HECES: . . . . . No  
 TIENE VOMITO: . . . . . No  
 LETARGICO O COMATOSO: . . . . . No  
 OJOS HUNDIDOS: . . . . . No  
 BEBE MAL O NO PUEDE BEBER: . . . . . No

**HISTORIA CLINICA**

<b>PACIENTE:</b> MUÑOZ MONCAYO ANDRES FELIPE	<b>E.CIVIL:</b> Soltero	Fecha Ingreso: 09/03/2020 09:08:00 a.m.
<b>No HISTORIA:</b> 1080903871	<b>EDAD ACTUAL:</b> 5 Años 5 Meses 13 Dias	Fecha Egreso: 18/10/2021 08:20:00 p.m.
<b>IDENTIFIC:</b> RC1080903871	<b>SEXO:</b> Masculino	<b>ATENCION:</b> URGENCIAS
<b>EMPRESA:</b> EMSSANAR EPS S.A.S	<b>FEC. NAC:</b> 08/02/2020	<b>TELEFONO:</b> 3107865646
<b>DIRECCION:</b> VILLANUEVA		<b>MUNICIPIO:</b> COLON GENOVA N
<b>DIAGNOSTICO:</b> .		

PLIEGUE CUTÁNEO MUY LENTO: . . . . .No  
 INTRANQUILIDAD IRRITABLE: . . . . .No  
 LENTO (2 SEG. O MENOR): . . . . .No

**REVISION POR SISTEMA:**

GENERAL: . . . . . No Refiere  
 CABEZA: . . . . . No Refiere  
 OJOS: . . . . . No Refiere  
 NARIZ: . . . . . No Refiere  
 OIDOS: . . . . . No Refiere  
 OROFAFINJE: . . . . . No Refiere  
 CUELLO: . . . . . No Refiere  
 RESPIRATORIO: . . . . . No Refiere  
 NEUROLOGICO: . . . . . No Refiere  
 ENDOCRINO: . . . . . No Refiere  
 MUSCULO (ESQUELETICO): . . . . . No Refiere  
 HEMATOPOYETICO: . . . . . No Refiere  
 LINFORRETICULAR: . . . . . No Refiere  
 PSIQUIATRICOS: . . . . . No Refiere  
 PIEL Y FANERAS: . . . . . No Refiere  
 ARTICULAR: . . . . . No Refiere  
 CARDIOVASCULAR: . . . . . No Refiere  
 GASTRO - INTESTINAL: . . . . . No Refiere  
 GINECOLOGICO: . . . . . No Refiere  
 UROLOGICO: . . . . . No Refiere  
 OTROS: . . . . . No Refiere

**TIENE FIEBRE?**

DIAGNOSTICO: . . . . .NO TIENE DENGUE  
 FIEBRE +5 DIAS TODOS LOS DIAS .No  
 FIEBRE MAS DE 39 C. . . . .No  
 VIVE/VISITO LOS ULT 15 DIAS . .No  
 RIGIDEZ DE NUCA . . . . .No  
 APARIENCIA ENFERMO GRAVE. . . .No  
 RESPUESTA SOCIAL: . . . . .Normal  
 ERUPCION CUTANEA: . . . . .No  
 POSTRACION. . . . .No  
 ASPECTO TOXICO. . . . .No  
 MANIFESTACION CON SANGRADO. . .No

**TIENE PROBLEMA DE OIDO?**

DIAGNOSTICO: . . . . .NO TIENE OTITIS MEDIA  
 TIENE DOLOR DE OIDO. . . . .No  
 SUPURACION DE OIDO . . . . .No  
 TIMPANO ROJO Y ABOMBADO. . . . .No  
 TUMEFACCION DOLOROSA AL TACTO, DETRAS DE LA OREJA.No

**TIENE PROBLEMA DE GARGANT**

DIAGNOSTICO: NO TIENE FARINGOMIGDALITIS  
 Tiene dolor de Garganta.....[No]  
 Ganglios del cuerpo crecidos y dolorosos...[No]  
 Exudado Blanco - Eritema.....[No]

**FACTORES DE RIESGO S.M.**

SOSPECHA DE MALTRATO FISICO: . . . . . No refiere  
 SOSPECHA DE VIOLENCIA SEXUAL. . . . . No refiere  
 SOSPECHA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR: . . . . No refiere  
 CONDUCTA AGRESIVA O VIOLENTA: . . . . . No refiere  
 SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA: . . . . . No refiere  
 SINTOMATOLOGIA DE ANSIEDAD: . . . . . No refiere  
 IDEAS O INTENTO DE SUICIDA: . . . . . No refiere  
 CONSUMO DE ALCOHOL SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: No refiere  
 PENSAMIENTOS O IDEAS INCOHERENTES: . . . . No refiere  
 VICTIMA DE DESPLAZAMIENTO . . . . . No refiere

**VERIFICAR SALUD BUCAL**

**HISTORIA CLINICA**

<b>PACIENTE:</b> MUÑOZ MONCAYO ANDRES FELIPE	<b>E.CIVIL:</b> Soltero	Fecha Ingreso: 09/03/2020 09:08:00 a.m.
<b>No HISTORIA:</b> 1080903871	<b>EDAD ACTUAL</b> 5 Años 5 Meses 13 Dias	Fecha Egreso: 18/10/2021 08:20:00 p.m.
<b>IDENTIFIC:</b> RC1080903871	<b>SEXO:</b> Masculino	<b>ATENCION:</b> URGENCIAS
<b>EMPRESA:</b> EMSSANAR EPS S.A.S	<b>FEC. NAC:</b> 08/02/2020	<b>TELEFONO:</b> 3107865646
<b>DIRECCION:</b> VILLANUEVA		<b>MUNICIPIO:</b> COLON GENOVA N
<b>DIAGNOSTICO:</b>		

DIAGNOSTICO: . . . . .BAJO RIESGO DE ENFERMEDAD BUCAL  
 TIENE DOLOR EN ALGUN DIENTE? . . . . .No  
 TIENE DOLOR EN LA BOCA? . . . . .No  
 TRAUMA EN LA CARA O BOCA ? . . . . .No  
 TIENE PADRES O HERMANOS CON CARIES . . . . .No  
 UTILIZA SEDA DENTAL. . . . .Si  
 INFLAMACION DOLOROSA DEL LABIO EXUDADO PURULENTO EN ENCIA.No  
 ENROJESIMIENTO INFLAMACION LOCALIZADA/DEFORMIDAD EN ENCIA.No  
 CARIES CAVITACIONALES. . . . .No  
 VESICULAS. . . . .No  
 ULCERAS. . . . .No  
 MANCHAS BLANCAS. . . . .No  
 MANCHAS CAFES. . . . .No  
 TRAUMA . . . . .No  
 FRACTURA . . . . .No  
 CONTUSION. . . . .No  
 SUBLUXACION. . . . .No  
 LUXACION . . . . .No  
 EDEMA Y ERITEMA ENCIA. . . . .No  
 AVULSON DIENTE . . . . .No  
 TEMPORAL . . . . .No  
 USA BIBERON. . . . .No

**VERIFICAR DESNUTRICION**

DIAGNOSTICO: . . . . .ADECUADO CRECIMIENTO  
 SIGNOS DE EMACIACION VISIBLE .No  
 EDEMA EN AMBOS PIES: . . . . .No

**EXAMEN MENTAL:**

APARIENCIA GENERAL:.. Normal  
 ACTITUD: . . . . . Normal  
 ATENCION:.. . . . Normal  
 CONCIENCIA:.. . . . Normal  
 ORIENTACION: . . . . normal  
 LENGUAJE:.. . . . normal  
 AFECTO:.. . . . Normal  
 MEMORIA: . . . . . normal  
 PENSAMIENTO: . . . . normal  
 HABITO:.. . . . Normal  
 SUEÑO: . . . . . Normal  
 ALIMENTACION:.. . . Normal  
 INTELIGENCIA:.. . . Normal  
 RETARDO MENTAL:.. . . NO  
 INTROSPECCION: . . . Normal  
 PROSPECCION: . . . . Normal  
 SOMATIZACIONES:.. . . NO  
 OBSERVACIONES: . . . . NO

**VERIFICAR ANEMIA**

DIAGNOSTICO: NO TIENE ANEMIA  
 A RECIBIDO HIERRO EN LOS ULITMOS SEIS MESES . . . . .Si  
 CUANDO? . . . . . CUANTO TIEMPO? . . . .  
 PALIDEZ PARLMAR: .No PALIDEZ CONJUNTIVAL .No

**VERIFICAR MALTRATO**

DIAGNOSTICO:.. . . .NO HAY SOSPECHA DE MALTRATO  
 VIVE EN SITUACION DE CALLE ? . . . . .No  
 LESION FISICA SUGESTIVA DE MALTRATO ? . . . . .No  
 PRESENTA LESIONES EN GENITALES O ANO O INFECCION ? . . . . .No  
 EXISTE DISCREPANCIA ENTRE LA HISTORIA/DESARROLLO Y LESIONES .No  
 EXPRESIONES DE ACTIVIDAD SEXUAL INAPROPIADAS PARA LA EDAD:.. .No  
 ALTERACIONES EN EL COMPORTAMIENTO DE LOS CUIDADORES ? . . . .NoNO HAY SOSPECHA DE DE MALTRATO.

**EVALUAR DESARROLLO**

DIAGNOSTICO: DESARROLLO NORMAL  
 TIENE ALGUN ANTECEDENTE IMPORTANTE PARA EL DESARROLLO ? . .No

**HISTORIA CLINICA**

<b>PACIENTE:</b> MUÑOZ MONCAYO ANDRES FELIPE	<b>E.CIVIL:</b> Soltero	Fecha Ingreso: 09/03/2020 09:08:00 a.m.
<b>No HISTORIA:</b> 1080903871	<b>EDAD ACTUAL:</b> 5 Años 5 Meses 13 Días	Fecha Egreso: 18/10/2021 08:20:00 p.m.
<b>IDENTIFIC:</b> RC1080903871	<b>SEXO:</b> Masculino	<b>ATENCIÓN:</b> URGENCIAS
<b>EMPRESA:</b> EMSSANAR EPS S.A.S	<b>FEC. NAC:</b> 08/02/2020	<b>TELÉFONO:</b> 3107865646
<b>DIRECCIÓN:</b> VILLANUEVA		<b>MUNICIPIO:</b> COLON GENOVA N
<b>DIAGNÓSTICO:</b> .		

AUSENCIA DE 1 2 3 4 CONDICIONES PARA LA EDAD: . . . . .No  
PERIMETRO CEFALICO: . . . . .  
TIENE ALGUN FACTOR DE RIESGO: . . . . .

**EVALUAR ALIMENTACION**

ITEM NO EVALUADO.

**EVALUAR EPILEPSIA:**

- DIAGNÓSTICO: . . . . . NO TIENE EPILEPSIA

**EVALUAR TUBERCULOSIS:**

DIAGNÓSTICO: . . . . . NO TIENE TUBERCULOSIS

**EVALUAR CANCER INFANTIL:**

- DIAGNÓSTICO: . . . . . NO HAY SOSPECHA DE CANCER INFANTIL

**INTERVENCIÓN MED FLIAR:**

si

**DIAGNÓSTICO.:**

Z001: CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO

OBSERVACIONES: NIÑO SANO NO SE ENCEUNTRAN ALTERACIONES, CRECIENDO EN PERCENTILES ADECUADOS CON ADECUADO PESO Y TALLA PARA LA EDAD, ADECUADO DESARROLLO PSICOMOTOR

<b>No Folio:</b> 205022	<b>Fecha:</b> 16/02/2021 03:08:00p.r	
<b>Medico:</b> ZAMBRANO RASMUSSEN JUAN CARLOS		
<b>Especialidad:</b> MEDICO GENERAL		
<b>Reg Medico:</b> 1089484461		

**PRIMERA INFANCIA.**

**MOTIVO DE CONSULTA/ENF:**

"LO(A) TRAIGO AL CONTROL" MADRE QUE ASISTE CON SU HIJO AL CONTROL DE PRIMERA INFANCIA NO REFIERE ANTECEDENTE PATOLÓGICO, A LOS 7 MESES LO TRATARON PARA LA ANEMIA, HACE 6 DIAS PRESENTO A.M.A TRATADA CON MEDICAMENTO EN CASA EN EL MOMENTO ESTABLE SIN COMPLICACIONES ESQUE MA DE VACUNACION AL DIA

**SIGNOS VITALES:**

FRECUENCIA CARDIACA: . . . 98  
FRECUENCIA RESPIRATORIA: . . . 22  
TEMPERATURA: . . . . . 36.2  
TENSION ARTERIAL. . . . . 00/00  
SATURACION DE OXIGENO . . . 98%  
OBSERVACIONES: . . . . . NO

**ANTECEDENTES PERSONALES:**

COMO FUE EMBARAZO CUANTO DURO: . 39 SEMANAS  
COMO FUE EL PARTO? . . . . . VAGINAL  
CUANTO PESO AL NACER? . . . . . 2900  
CUANTO MIDIO? . . . . . 52  
PROBLEMA DESPUES DEL NACIMIENTO NO  
QUE ENFERMEDADES HA TENIDO? . . No Refiere  
TRAUMATICOS: . . . . . No Refiere  
QUIRURGICOS: . . . . . No Refiere  
INMUNOLOGICOS: . . . . . No Refiere  
ALERGICOS: . . . . . No Refiere  
FARMACOLOGICOS: . . . . . No Refiere  
TOXICOS: . . . . . No Refiere  
MEDICOS: . . . . . No Refiere

**HISTORIA CLINICA**

<b>PACIENTE:</b> MUÑOZ MONCAYO ANDRES FELIPE	<b>E.CIVIL:</b> Soltero	Fecha Ingreso: 09/03/2020 09:08:00 a.m.
<b>No HISTORIA:</b> 1080903871	<b>EDAD ACTUAL</b> 5 Años 5 Meses 13 Días	Fecha Egreso: 18/10/2021 08:20:00 p.m.
<b>IDENTIFIC:</b> RC1080903871	<b>SEXO:</b> Masculino	<b>ATENCIÓN:</b> URGENCIAS
<b>EMPRESA:</b> EMSSANAR EPS S.A.S	<b>FEC. NAC:</b> 08/02/2020	<b>TELÉFONO:</b> 3107865646
<b>DIRECCION:</b> VILLANUEVA		<b>MUNICIPIO:</b> COLON GENOVA N
<b>DIAGNOSTICO:</b> .		

HOSPITALIZACION: . . . . . No Refiere  
 TRANSFUSIONALES: . . . . . No Refiere  
 COMPORTAMIENTO GENERAL: . . . . . No Refiere  
 RELACIONES INTERPERSONALES: . . . . . No Refiere  
 OTROS ANTECEDENTES: . . . . . No Refiere  
 OBSERVACIONES: . . . . . NO

**EXAMEN FISICO:**

ASPECTO GENERAL: . . . . . FEBRIL,  
 PESO: . . . . . 9  
 TALLA: . . . . . 72  
 IMC: . . . . . 17.4  
 SINTOMATICO DE PIEL: . . . . . NO  
 SINTOMATICO RESPIRATORIO: . . . . . NO  
 SINDROME FEBRIL: . . . . . NO  
 SINTOMATICO NERV. PERIF.: . . . . . NO REFIERE  
 CABEZA: . . . . . normocefala, sin deformidades, no puntos dolorosos.  
 OJOS: . . . . . pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, escleras anictericas, mucosas humedas rosadas.  
 OIDOS: . . . . . PABELLON AURICULAR NORMAL, CONDUCTO AURICULAR PERMEABLE  
 NARIZ: . . . . . Permeable, centrada, no rinorrea, ni sangrado nasal.  
 BOCA: . . . . . Mucosa oral húmeda, rosada, no ulceras, no placas, presencia de lesion tipo ampollosa a nivel de paladar duro, orofaringe eritematosa  
 SISTEMA GENITOURINARIO: . . . . . genitales externos normoconfigurados, no alteraciones  
 CUELLO: . . . . . central, sin deformidades, no masas ni adenopatias, se palpa troides normal, no nodulos, ni masas.  
 TORAX: . . . . . normoespansivo, no tirajes, mamas sin masas, no secreciones.  
 PULMONAR: . . . . . campos pulmonares bien ventilados sin presencia de ruidos agregados, murmullo vesicular limpio  
 CARDIOVASCULAR: . . . . . ruidos cardiacos ritmicos, no soplos, no s3, ni s4, taquicardia  
 ABDOMEN: . . . . . blando, depresible, no doloroso a la palpacion, no masas ni megalias, peristaltismo levemente aumentado, no signos de irritacion peritoneal  
 EXTREMIDADES: . . . . . extremidades simetricas, no dolorosas a la movilizacion, no edemas, pulsos positivos, llenado capilar adecuado, sin evidencia de venas varicosas.  
 COLUMNA: . . . . . NO SE OBSERVAN DESVIACIONES EN EL EJE DE LA COLUMNA. NO PRESENTA DOLOR A LA PERCUSION DE LOS PROCESOS ESPINOSOS. PUÑO PERCUSIÓN NEGATIVA  
 SISTEMA MUSCULOESQUELETICO: Musculos Normales, Esqueleto Normal, Extremidades simetricas moviles.  
 VALORACION SEXUAL: . . . . . NO  
 PIEL: . . . . . presencia de lesiones en piel tipo eczematosas y microvesiculas, con pequeñas placas mal delimitadas sin signos de infeccion.  
 OBSERVACIONES: . . . . . NO

**SIGNOS DE PELIGRO GRAL:**

Puede beber o tomar de pecho: [Si] Letargico o Inconsciente: [No]  
 Vomita Todo: . . . . . [No] Convulsiones: . . . . . [No]

**ANTECEDENTES PERINATALES:**

PARTO INSTITUCIONAL: . . . . . SI  
 MODALIDAD DEL PARTO: . . . . . VAGINAL  
 PRESENTACION CEFALICA: . . . . . SI  
 PRODUCTO UNICO: . . . . . SI  
 ESTUVO EN ENCUBADORA: . . . . . NO  
 RECIBIO FOTOTERAPIA: . . . . . NO  
 LAC. MATERNA 1A HORA: . . . . . SI  
 PESO AL NACER: GRAMOS. . . . . 2900  
 TALLA AL NACER. . . . . 52  
 OBSERVACIONES: . . . . . NO

**TOS O DIFICULTAD RESPIR:**

DIAGNOSTICO: . . . . . NO TIENE DIFICULTAD PARA RESPIRAR  
 PRIMER EPISODIO SIBILANCIA. . . . . No  
 SIBILANCIAS RECURRENTES . . . . . No  
 CUADRO GRIPAL PREVIO. . . . . No  
 ANTECEDENTES PREMATUREZ . . . . . No  
 TIRAJE SUBCOSTAL. . . . . No  
 ESTRIDOR. . . . . No

**HISTORIA CLINICA**

<b>PACIENTE:</b> MUÑOZ MONCAYO ANDRES FELIPE	<b>E.CIVIL:</b> Soltero	Fecha Ingreso: 09/03/2020 09:08:00 a.m.
<b>No HISTORIA:</b> 1080903871	<b>EDAD ACTUAL</b> 5 Años 5 Meses 13 Dias	Fecha Egreso: 18/10/2021 08:20:00 p.m.
<b>IDENTIFIC:</b> RC1080903871	<b>SEXO:</b> Masculino	<b>ATENCION:</b> URGENCIAS
<b>EMPRESA:</b> EMSSANAR EPS S.A.S	<b>FEC. NAC:</b> 08/02/2020	<b>TELEFONO:</b> 3107865646
<b>DIRECCION:</b> VILLANUEVA		<b>MUNICIPIO:</b> COLON GENOVA N
<b>DIAGNOSTICO:</b>		

APNEA: . . . . .No  
RESPIRACION RAPIDA . . . . .No  
SAO2<92%(90% ALTURA >2500MSNM):No  
SIBILANCIAS: . . . . .No

**ANTECEDENTES FAMILIARES:**

GENERALES: . . . . . No Refiere  
PATOLOGICOS: . . . . . No Refiere  
TOXICOS: . . . . . No Refiere  
FARMACOLOGICOS: . . . . . No Refiere  
ALERGICOS: . . . . . No Refiere  
OBSTETRICOS: . . . . . No Refiere  
GINECOLOGICOS: . . . . . No Refiere  
ANTECEDENES DE SALUD MENTAL PADRES: . . . . . No Refiere  
TRASTORNOS MENTALES: . . . . . No Refiere  
MALTRATO INFANTIL: . . . . . NO  
MATONEO: . . . . . NO  
ABANDONO: . . . . . NO  
DUELO O MUERTE DE PERSONAS: . . . . . NO  
DIVORCION DE LOS PADRES: . . . . . NO  
PROBLEMAS EN LA RELACION DE LOS PROGENITORES: NO  
VIOLENCIA DE GENERO: . . . . . NO  
VIOLENCIA INTERPERSONAL: . . . . . NO

**TIENE DIARREA?**

DIAGNOSTICO: . . . . .NO TIENE DIARREA  
DESDE HACE CUANTOS DIAS . . . . .NO  
HAY SANGRE EN LAS HECEs: . . . . .No  
TIENE VOMITO: . . . . .No  
No VOMITO EN LAS ULTIMAS 4HORAS .0  
No DE DEPOSICIONES ULT 24 HORAS .NO  
LETARGICO O COMATOSO. . . . .No  
OJOS HUNDIDOS: . . . . .No  
BEBE MAL O NO PUEDE BEBER: . . . . .No  
PLIEGUE CUTÁNEO MUY LENTO: . . . . .No  
INTRANQUILO IRRITABLE: . . . . .No  
BEBE AVIDAMENTE CON SED: . . . . .NO  
LENTO (2 SEG. O MENOR). . . . .No

**REVISION POR SISTEMA:**

GENERAL: . . . . . No Refiere  
CABEZA: . . . . . No Refiere  
OJOS: . . . . . No Refiere  
NARIZ: . . . . . No Refiere  
OIDOS: . . . . . No Refiere  
OROFARINGE: . . . . . No Refiere  
CUELLO: . . . . . No Refiere  
RESPIRATORIO: . . . . . No Refiere  
NEUROLOGICO: . . . . . No Refiere  
ENDOCRINO: . . . . . No Refiere  
MUSCULO (ESQUELETICO): . . . . . No Refiere  
HEMATOPOYETICO: . . . . . No Refiere  
LINFORRETICULAR: . . . . . No Refiere  
PSIQUIATRICOS: . . . . . No Refiere  
PIEL Y FANERAS: . . . . . No refiere  
ARTICULAR: . . . . . No Refiere  
CARDIOVASCULAR: . . . . . No Refiere  
GASTRO - INTESTINAL: . . . . . No Refiere  
GINECOLOGICO: . . . . . No Refiere  
UROLOGICO: . . . . . No Refiere  
OTROS: . . . . . No refiere

**TIENE FIEBRE?**

DIAGNOSTICO: . . . . .NO TIENE DENGUE  
FIEBRE +5 DIAS TODOS LOS DIAS .No  
FIEBRE MAS DE 39 C. . . . .No

**HISTORIA CLINICA**

<b>PACIENTE:</b> MUÑOZ MONCAYO ANDRES FELIPE	<b>E.CIVIL:</b> Soltero	Fecha Ingreso: 09/03/2020 09:08:00 a.m.
<b>No HISTORIA:</b> 1080903871	<b>EDAD ACTUAL:</b> 5 Años 5 Meses 13 Dias	Fecha Egreso: 18/10/2021 08:20:00 p.m.
<b>IDENTIFIC:</b> RC1080903871	<b>SEXO:</b> Masculino	<b>ATENCION:</b> URGENCIAS
<b>EMPRESA:</b> EMSSANAR EPS S.A.S	<b>FEC. NAC:</b> 08/02/2020	<b>TELEFONO:</b> 3107865646
<b>DIRECCION:</b> VILLANUEVA		<b>MUNICIPIO:</b> COLON GENOVA N
<b>DIAGNOSTICO:</b> .		

VIVE/VISITO LOS ULT 15 DIAS . . .No  
RIGIDEZ DE NUCA . . . . .No  
APARIENCIA ENFERMO GRAVE. . . .No  
RESPUESTA SOCIAL: . . . . .Normal  
ERUPCION CUTANEA: . . . . .No  
POSTRACION. . . . .No  
ASPECTO TOXICO. . . . .No  
MANIFESTACION CON SANGRADO. . .No

**TIENE PROBLEMA DE OIDO?**

DIAGNOSTICO: . . . . .NO TIENE OTITIS MEDIA  
TIENE DOLOR DE OIDO. . . . .No  
TIENE SUPURACION DESDE HACE. . . . .No  
SUPURACION DE OIDO . . . . .No  
TUMEFACCION DOLOROSA AL TACTO, DETRAS DE LA OREJA.No

**TIENE PROBLEMA DE GARGANT**

DIAGNOSTICO: NO TIENE FARINGOAMIGDALITIS  
Tiene dolor de Garganta.....[No]  
Ganglios del cuerpo crecidos y dolorosos...[No]  
Exudado Blanco - Eritema.....[No]

**FACTORES DE RIESGO S.M.**

SOSPECHA DE MALTRATO FISICO: . . . . . No refiere  
SOSPECHA DE VIOLENCIA SEXUAL. . . . . No refiere  
SOSPECHA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR: . . . . No refiere  
CONDUCTA AGRESIVA O VIOLENTA: . . . . . No refiere  
SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA: . . . . . No refiere  
SINTOMATOLOGIA DE ANSIEDAD: . . . . . No refiere  
IDEAS O INTENTO DE SUICIDA: . . . . . No refiere  
CONSUMO DE ALCOHOL SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: No refiere  
PENSAMIENTOS O IDEAS INCOHERENTES: . . . . No refiere  
VICTIMA DE DESPLAZAMIENTO . . . . . No refiere

**VERIFICAR SALUD BUCAL**

DIAGNOSTICO: . . . . .BAJO RIESGO DE ENFERMEDAD BUCAL  
TIENE DOLOR EN ALGUN DIENTE? . . . . .No  
TIENE DOLOR EN LA BOCA?. . . . .No  
TRAUMA EN LA CARA O BOCA ? . . . . .No  
TIENE PADRES O HERMANOS CON CARIES . . . . .No  
UTILIZA SEDA DENTAL. . . . .Si  
INFLAMACION DOLOROSA DEL LABIO EXUDADO PURULENTO EN ENCIA.No  
ENROJESIMIENTO INFLAMACION LOCALIZADA/DEFORMIDAD EN ENCIA.No  
CARIES CAVITACIONALES. . . . .No  
VESICULAS. . . . .No  
ULCERAS. . . . .No  
MANCHAS BLANCAS. . . . .No  
MANCHAS CAFES. . . . .No  
TRAUMA . . . . .No  
FRACTURA . . . . .No  
CONTUSION. . . . .No  
SUBLUXACION. . . . .No  
LUXACION . . . . .No  
EDEMA Y ERITEMA ENCIA. . . . .No  
AVULSON DIENTE . . . . .No  
TEMPORAL . . . . .No  
USA BIBERON. . . . .No

**VERIFICAR DESNUTRICION**

DIAGNOSTICO: . . . . .ADECUADO CRECIMIENTO  
SIGNOS DE EMACIACION VISIBLE .No  
EDEMA EN AMBOS PIES: . . . . .No

**EXAMEN MENTAL:**

APARIENCIA GENERAL: Normal  
ACTITUD: . . . . . Normal  
ATENCION: . . . . . Normal

**HISTORIA CLINICA**

<b>PACIENTE:</b> MUÑOZ MONCAYO ANDRES FELIPE	<b>E.CIVIL:</b> Soltero	Fecha Ingreso: 09/03/2020 09:08:00 a.m.
<b>No HISTORIA:</b> 1080903871	<b>EDAD ACTUAL</b> 5 Años 5 Meses 13 Días	Fecha Egreso: 18/10/2021 08:20:00 p.m.
<b>IDENTIFIC:</b> RC1080903871	<b>SEXO:</b> Masculino	<b>ATENCION:</b> URGENCIAS
<b>EMPRESA:</b> EMSSANAR EPS S.A.S	<b>FEC. NAC:</b> 08/02/2020	<b>TELEFONO:</b> 3107865646
<b>DIRECCION:</b> VILLANUEVA		<b>MUNICIPIO:</b> COLON GENOVA N
<b>DIAGNOSTICO:</b>		

CONCIENCIA: . . . . Normal  
ORIENTACION: . . . . normal  
LENGUAJE: . . . . normal  
AFECTO: . . . . Normal  
MEMORIA: . . . . normal  
PENSAMIENTO: . . . . normal  
HABITO: . . . . Normal  
SUEÑO: . . . . Normal  
ALIMENTACION: . . . . Normal  
INTELIGENCIA: . . . . Normal  
RETARDO MENTAL: . . . NO  
INTROSPECCION: . . . Normal  
PROSPECCION: . . . Normal  
SOMATIZACIONES: . . . NO  
OBSERVACIONES: . . . NO

**VERIFICAR ANEMIA**

DIAGNOSTICO: NO TIENE ANEMIA  
A RECIBIDO HIERRO EN LOS ULTIMOS SEIS MESES . . . . .NO  
CUANDO? . . . . . CUANTO TIEMPO? . . . . .  
PALIDEZ PARLMAR: .No PALIDEZ CONJUNTIVAL .No

**VERIFICAR MALTRATO**

DIAGNOSTICO: . . . . .NO HAY SOSPECHA DE MALTRATO  
VIVE EN SITUACION DE CALLE ? . . . . .No  
LESION FISICA SUGESTIVA DE MALTRATO ? . . . . .No  
PRESENTA LESIONES EN GENITALES O ANO O INFECCION ? . . . . .No  
EXISTE DISCREPANCIA ENTRE LA HISTORIA/DESARROLLO Y LESIONES .No  
EXPRESIONES DE ACTIVIDAD SEXUAL INAPROPIADAS PARA LA EDAD: .No  
ALTERACIONES EN EL COMPORTAMIENTO DE LOS CUIDADORES ? . . . .No

**EVALUAR DESARROLLO**

DIAGNOSTICO: DESARROLLO NORMAL  
TIENE ALGUN ANTECEDENTE IMPORTANTE PARA EL DESARROLLO ? .No  
AUSENCIA DE 1 2 3 4 CONDICIONES PARA LA EDAD: . . . . .No  
PERIMETRO CEFALICO: . . . . .47  
TIENE ALGUN FACTOR DE RIESGO: . . . . .

**VERIFICAR VACUNACION**

BCG: . . . . . RECIEN NACIDO  
HEPATITIS B. . . . . RECIEN NACIDO, 1a Dosis, 2a Dosis, 3a Dosis  
VOP: . . . . . 1a Dosis, 2a Dosis, 3a Dosis  
HAEMOPHILUS INFLUENZA TIPO B: . . . . 1a Dosis, 2a Dosis, 3a Dosis  
ROTAVIRUS: . . . . . 1a Dosis, 2a Dosis  
STREPTOCOCO NEUMONIAE: . . . . 1a Dosis, 2a Dosis  
DPT: . . . . . 1a Dosis, 2a Dosis, 3a Dosis  
SRP: . . . . . 15/15  
FIEBRE AMARILLA: . . . . . SI  
EDAD PROXIMA VACUNA: . . . . . NO  
CUAL ES LA PROXIMA VACUNA: . . tiene esquema adecuado de vacunación para la edad. VERIFICO EN CARNET

**EVALUAR ALIMENTACION**

RECIBE LECHE MATERNA ? . . . . . si  
CUANTAS VECES EN 24 HORAS ? . . . . . varias  
RECIBE PECHO EN LA NOCHE ? . . . . . 4 veces  
EL NIÑO MAYOR DE 6 MESES RECIBE AL LEVANTARSE : . . . colada, seno  
A MEDIA MAÑANA Y EN LA TARDE : . . . . . frutas  
AL ALMUERZO : . . . . . sopa, arroz colada, seno  
EN LA NOCHE : . . . . . caldo, arroz, granos  
RECIBE SU PROPIA PORCION: . . . . . si

**EVALUAR EPILEPSIA:**

- DIAGNOSTICO: . . . . . NO TIENE EPILEPSIA

**EVALUAR TUBERCULOSIS:**

DIAGNOSTICO: . . . . . NO TIENE TUBERCULOSIS

**HISTORIA CLINICA**

<b>PACIENTE:</b> MUÑOZ MONCAYO ANDRES FELIPE	<b>E.CIVIL:</b> Soltero	Fecha Ingreso: 09/03/2020 09:08:00 a.m.
<b>No HISTORIA:</b> 1080903871	<b>EDAD ACTUAL:</b> 5 Años 5 Meses 13 Días	Fecha Egreso: 18/10/2021 08:20:00 p.m.
<b>IDENTIFIC:</b> RCI1080903871	<b>SEXO:</b> Masculino	<b>ATENCIÓN:</b> URGENCIAS
<b>EMPRESA:</b> EMSSANAR EPS S.A.S	<b>FEC. NAC:</b> 08/02/2020	<b>TELÉFONO:</b> 3107865646
<b>DIRECCIÓN:</b> VILLANUEVA		<b>MUNICIPIO:</b> COLON GENOVA N
<b>DIAGNÓSTICO:</b> .		

**EVALUAR CANCER INFANTIL:**

- DIAGNOSTICO: . . . . . NO HAY SOSPECHA DE CANCER INFANTIL

**HABITOS SALUDABLES:**

SUEÑO: . . . . . normal, 8, 9horas  
 BAÑO. . . . . DIARIO  
 CAMBIO DE PAÑAL . . . . . según necesidad  
 LAVADO DE MANOS: . . . . . SI  
 CUIDADOR: . . . . . MAMÁ  
 CUIDADO BUCAL Y CEPILLADO DE DIENTES: LIMPIEZA DE ENCIAS CON GASAS DOS VECES AL DÍA  
 FOTOPROTECCION: . . . . . NO  
 EVOLUCION DE CONTROL DE ESFINTERES: . NO  
 LIMPIEZA DEL AREA PERINEAL: . . . . . SI  
 JUEGO CON MOVIMIENTOS ACTIVOS: . . . . . SI

**CRIANZA Y CUIDADO:**

FORMAS DE COMUNICACION CON EL NIÑO: . . . . . Hablar frecuente y normalmente  
 ACTIVIDADES PARA ESTIMULAR EL DESARROLLO: . . . . . Hablar frecuente y normalmente, juegos infantiles, disponibilidad de juguetes  
 RELACION CON LA FAMILIA: . . . . . Buena relación familiar  
 CREENCIA PRACTICAS SOBRE LA DISCIPLICA PARA CORREGIR: Si  
 VIVENCIA DE VIOLENCIA EN EL HOGAR: . . . . . No  
 PREVENCIÓN DE ACCIDENTES: . . . . . Si

**PLAN DE CUIDADO:**

- control al año medico
- importancia de vacunacion al año
- seguir dando leche materna hasta los 2 años
- alimentacion complementaria
- Madre no planifica se encuentra haciendo tramites para pomero y

**RECOMENDACIONES:**

CUANDO VOLVER DE INMEDIATO AL SERVICIO (Sisgnos de Alarma).NO COME NADA, VOMITA TODO, LETÁRGICO O INCONCIENTE, FIEBRE ALTA, CONVULSIONES, RESPIRA RÁPIDO, SE LE "HUNDEN LA COSTILLAS" AL RESPIRAR, SE "PONE MORADO", LE "SALE PUS" POR EL OIDO, DIARREA CON SANGRE O MOCO, DIARREA PERSISTENTE  
 CUANDO VOLVER A CONSULTA DE CONTROL. ? . . . . 12 meses control por médico  
 REFERIDO A CONSULTA DE: . . . . . NO  
 MEDIDAS PREVENTIVAS ESPECIFICAS: . . . . . higiene personal general, baño diario, prevención de accidentes en el hogar, Evitar contacto con fumadores, Evitar contacto con personas con gripa, Lavado de manos, Al estornudar o toser taparse nariz y boca con pañuelo, Mantener al niño en la casa , Ventilador adecuadamente la casa y la habitación , Aislar al niño del resto de la familia mínimo un metro., no mantener permanentemente gorro en la cabeza, eliminar mitos y creencias, suministrar leche materna EXCLUSIVA hasta los 6 meses y complementaria hasta los 2 años o más  
 RECOMENDACIONES DE BUEN TRATO: . . . . . brindar: amor, cariño, comprensión, NO castigo físico por repercusiones a futuro, educación en pautas de crianza  
 RECIBIO VITAMINA EN LOS ULTIMOS 6 MESES . . Si  
 PROXIMA DOSIS DE VITAMINAS ? . . . . . a los 6 meses  
 RECIBIO ALBENDAZOL EN LOS ULTIMOS 6 MESES . . No  
 RECIBIO HIERRO EN LOS ULTIMOS 6 MESES . . . No  
 RECOMENDACIONES SOBRE ALIMENTACION: . . . . lactancia materna y alimentación complementaria, alimentación adecuada y proporcional al resto de la familia tener su propio plato , no brindar bebidas gaseosas endulzadas, fomento del no consumo productos empaquetados e industrializados, brindar frutas propias de la región  
 PAUTAS PARA EL DESARROLO DEL MENOR . . . . . vacunación de acuerdo a la edad, asistencia a controles crecimiento y desarrollo vacunacion y odontologia, LACTANCIA MATERNA HASTA LOS 2 AÑOS , alimentacion saludable , prevencion de accidentes en el hogar, higiene personal y bucal, estimulación neurosensorial

**LABORATORIOS:**

TSH: . . . . . NORMAL  
 SEROLOGIA: . . . . . NO REACTIVO  
 HEMOCLASIFICACION: . . O+  
 OTROS: . . . . . NO

**INTERVENCIÓN MED FLIAR:**

- Lactancia materna exclusiva y a libre demanda hasta los 6 meses de edad y luego complementaria hasta los 2 años de edad.
- Continuar con esquema de vacunación según plan establecido de inmunizaciones.

**HISTORIA CLINICA**

<b>PACIENTE:</b> MUÑOZ MONCAYO ANDRES FELIPE	<b>E.CIVIL:</b> Soltero	<b>Fecha Ingreso:</b> 09/03/2020 09:08:00 a.m.
<b>No HISTORIA:</b> 1080903871	<b>EDAD ACTUAL</b> 5 Años 5 Meses 13 Días	<b>Fecha Egreso:</b> 18/10/2021 08:20:00 p.m.
<b>IDENTIFIC:</b> RC1080903871	<b>SEXO:</b> Masculino	<b>ATENCION:</b> URGENCIAS
<b>EMPRESA:</b> EMSSANAR EPS S.A.S	<b>FEC. NAC:</b> 08/02/2020	<b>TELEFONO:</b> 3107865646
<b>DIRECCION:</b> VILLANUEVA		<b>MUNICIPIO:</b> COLON GENOVA N
<b>DIAGNOSTICO:</b> .		

-Asistir cumplidamente a citas de control de crecimiento y desarrollo programadas.  
 -Nunca dejar al bebe solo.  
 -No permitir sueños muy prolongados (mayores de 3 horas).  
 -No exponer al niño al humo de leña.  
 -No consumir alcohol, tabaco o sustancias psicoactivas en el entorno del niño.  
 -Evitar contacto con personas que tengan gripe o usar tapabocas.  
 -Baño diario corto con agua tibia en un lugar sin corrientes de aire y abrigado.  
 -Lavado frecuente y adecuado de manos antes y después de manipulación del niño.  
 -Se brinda educación a madre, padre y cuidadores sobre: prácticas de crianza adecuadas y protectoras basadas en derechos, medidas de buen trato (tratar con cariño y amor, expresar afecto por el niño), puericultura básica, no usar castigos físicos o psicológicos, manejo adecuado de rabietas (usar refuerzos positivos), evitar violencias, prevención de accidentes en el hogar que puedan afectar al niño, importancia de un núcleo familiar sano, adecuada distribución de tareas en el hogar para dedicar el tiempo adecuado para la correcta crianza del niño, planear y ajustar el tiempo adecuado para el regreso a las actividades laborales de la madre, importancia de mantener adecuado estado de higiene en el niño, importancia de la adecuada manipulación y cocción de alimentos para prevenir enfermedades transmitidas por alimentos en el hogar, importancia de mantener aseo y limpieza adecuados en el hogar, establecer normas en el hogar para mantener un ambiente no ruidoso y tranquilo, importancia del adecuado lavado de manos, fortalecimiento de vínculos afectivos del niño con madre, padre y cuidadores, importancia de la estimulación temprana para el crecimiento y el desarrollo infantil saludable, derechos del niño y derecho a la salud.  
 -Asistir a controles con odontología a partir de los 6 meses de edad.  
 -Asistir a controles de higiene oral a partir de los 12 meses de edad.  
 -Se educa en signos y síntomas de alarma, fomento de aseo diario e higiene personal y bucal, asistir cumplidamente a las citas programadas de vacunación y control de crecimiento y desarrollo. No castigo físico, brindar cariño, amor comprensión y dialogo. Se educa en alimentación complementaria saludable de acuerdo a la edad, que tipos de alimentos dar, como y cuando. Mantener la higiene de manos y utensilios para prevenir infecciones gástricas. Se brinda recomendaciones generales y cuidados en casa, signos y síntomas de alarma para consultar por urgencias

**DIAGNOSTICO:**

Z001: CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO

<b>No Folio:</b> 195780	<b>Fecha:</b> 13/11/2020 11:08:00a.n
<b>Medico:</b> MUÑOZ MONICA ALEJANDRA	
<b>Especialidad:</b> ENFERMERA PROFESIONAL	
<b>Reg Medico:</b> 27149880	

**HISTORIA CLINICA CONSULTA**

**MOTIVO DE CONSULTA:**

"tiene fiebre"

**ENFERMEDAD ACTUAL:**

PACIENTE QUIEN ES TRAIIDO POR SU MADRE POR CUADRO DE 2 DIAS DE EVOLUCION DE FIEBRE SUBJETIVA, ASOCIADO A CONGESTION NASAL, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIAS, LACTANDO ADECUADA,MENTE, SIN TOS, SIN CUADRO GASTROINTESTINAL, PACIENTE EN EL MOMENTO TRANQUILO, AFEBRIL, AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA ERITYEA EN CONDUCTO AUDITIVO IZQUIERDO Y EN MEMBRANA TIMPANICA, SIN EXUDADOS

**ANTECEDENTES PERSONALES:**

GENERALES: . . . . . No Refiere  
 PATOLOGICOS: . . . . . No refiere  
 TRAUMATICOS: . . . . . No refiere  
 QUIRURGICOS: . . . . . No refiere  
 INF. TRANSMISIÓN SEXUAL: NO  
 INMUNOLOGICOS: . . . . . No refiere  
 ALERGICOS: . . . . . No refiere  
 FARMACOLOGICOS: . . . . . No refiere  
 TOXICOS: . . . . . No refiere  
 NUTRICIONALES: . . . . . No refiere  
 VACUNACION: . . . . . No refiere

**HISTORIA CLINICA**

<b>PACIENTE:</b> MUÑOZ MONCAYO ANDRES FELIPE	<b>E.CIVIL:</b> Soltero	Fecha Ingreso: 09/03/2020 09:08:00 a.m.
<b>No HISTORIA:</b> 1080903871	<b>EDAD ACTUAL:</b> 5 Años 5 Meses 13 Días	Fecha Egreso: 18/10/2021 08:20:00 p.m.
<b>IDENTIFIC:</b> RC1080903871	<b>SEXO:</b> Masculino	<b>ATENCIÓN:</b> URGENCIAS
<b>EMPRESA:</b> EMSSANAR EPS S.A.S	<b>FEC. NAC:</b> 08/02/2020	<b>TELÉFONO:</b> 3107865646
<b>DIRECCIÓN:</b> VILLANUEVA		<b>MUNICIPIO:</b> COLON GENOVA N
<b>DIAGNÓSTICO:</b>		

DESARROLLO: . . . . . No refiere  
 CRECIMIENTO: . . . . . No refiere  
 PERINATALES: . . . . . No refiere  
 OTROS ANTECEDENTES: . . . No refiere  
 OBSERVACIONES: . . . . . NO

**ANTECEDENTES FAMILIARES:**

GENERALES: . . . No Refiere  
 PATOLÓGICOS: . . No Refiere  
 TOXICOS: . . . . No Refiere  
 FARMACOLÓGICOS: No Refiere  
 ALÉRGICOS: . . . No Refiere  
 OBSTÉTRICOS: . . No Refiere  
 GINECOLÓGICOS: . No Refiere

**REVISIÓN POR SISTEMA:**

GENERAL: . . . . . No Refiere  
 CABEZA: . . . . . No Refiere  
 OJOS: . . . . . No Refiere  
 NARIZ: . . . . . No Refiere  
 OÍDOS: . . . . . No Refiere  
 OROFARINGE: . . . . No Refiere  
 CUELLO: . . . . . No Refiere  
 RESPIRATORIO: . . . . No Refiere  
 NEUROLÓGICO: . . . . No Refiere  
 ENDOCRINO: . . . . . No Refiere  
 MÚSCULO (ESQUELÉTICO): No Refiere  
 HEMATOPOYÉTICO: . . . No Refiere  
 LINFORRETICULAR: . . No Refiere  
 PSIQUIÁTRICOS: . . . No Refiere  
 PIEL Y FANERAS: . . . No Refiere  
 ARTICULAR: . . . . . No Refiere  
 CARDIOVASCULAR: . . . No Refiere  
 GASTRO - INTESTINAL: No Refiere  
 GINECOLÓGICO: . . . . No Refiere  
 UROLÓGICO: . . . . . No Refiere  
 OTROS: . . . . . No Refiere

**SIGNOS VITALES:**

FRECUENCIA CARDÍACA: . . 118  
 FRECUENCIA RESPIRATORIA: 20  
 TEMPERATURA: . . . . . 36.9  
 TENSION ARTERIAL . . . . 00/00

**EXAMEN FÍSICO:**

ASPECTO GENERAL: . . . . . BUEN ESTADO GENERAL  
 PESO: . . . . . 9  
 TALLA: . . . . . 72  
 IMC: . . . . . 17.4  
 PERÍMETRO CEFÁLICO: . . . . -  
 PERÍMETRO TORÁXICO: . . . . -  
 PERÍMETRO ABDOMINAL: . . . . -  
 SINTOMÁTICO DE PIEL: . . . . NO  
 SINTOMÁTICO RESPIRATORIO: . NO  
 SÍNDROME FEBRIL: . . . . . NO  
 SINTOMÁTICO NERV. PERIF: . . NO  
 CABEZA: . . . . . normocefala, sin deformidades, no puntos dolorosos.  
 OJOS: . . . . . pupilas isocóricas normoreactivas a la luz, escleras anictéricas, mucosas húmedas rosadas.  
 OÍDOS: . . . . . Buena implantación, no secreciones, otoscopia bilateral sin alteraciones  
 NARIZ: . . . . . Permeable, centrada, no rinorrea, ni sangrado nasal.  
 OTORRINOLARINGOLOGÍA: . . . faringe, amígalas no eritematosas, no placas, no exudados, no otras alteraciones  
 CUELLO: . . . . . central, sin deformidades, no masas ni adenopatías, se palpa tiroidea normal, no nódulos, ni masas.  
 TORAX: . . . . . normoespansivo, no tirajes, mamas sin masas, no secreciones.  
 PULMONAR: . . . . . campos pulmonares bien ventilados sin presencia de ruidos agregados, murmullo

**HISTORIA CLINICA**

<b>PACIENTE:</b> MUÑOZ MONCAYO ANDRES FELIPE	<b>E.CIVIL:</b> Soltero	<b>Fecha Ingreso:</b> 09/03/2020 09:08:00 a.m.
<b>No HISTORIA:</b> 1080903871	<b>EDAD ACTUAL:</b> 5 Años 5 Meses 13 Días	<b>Fecha Egreso:</b> 18/10/2021 08:20:00 p.m.
<b>IDENTIFIC:</b> RC1080903871	<b>SEXO:</b> Masculino	<b>ATENCION:</b> URGENCIAS
<b>EMPRESA:</b> EMSSANAR EPS S.A.S	<b>FEC. NAC:</b> 08/02/2020	<b>TELEFONO:</b> 3107865646
<b>DIRECCION:</b> VILLANUEVA		<b>MUNICIPIO:</b> COLON GENOVA N
<b>DIAGNOSTICO:</b> .		

vesicular limpio  
**CARDIOVASCULAR:** . . . . . ruidos cardiacos ritmicos, no soplos, no s3, ni s4  
**PERFUSION:** . . . . . llenado capilar normal, pulsos perifericos presentes normales.  
**ABDOMEN:** . . . . . blando, depresible, no doloroso a la palpacion, no masas ni megalias, peristaltismo normal, no signos de irritacion peritoneal  
**EXTREMIDADES:** . . . . . extremidades simetricas, no dolorosas a la movilizacion, no edemas, pulsos positivos, llenado capilar adecuado, sin evidencia de venas varicosas.  
**COLUMNA:** . . . . . no deformidad, no asimetria, no edemas, no equimosis.  
**SISTEMA MUSCULOESQUELETICO:** simetricos, no edemas, no equimosis, movilidad conservada, no se observan venas varicosas, ni telangectasias.  
**SISTEMA GENITOURINARIO:** . . genitales externos normoconfigurados, no alteraciones  
**NEUROLOGICO:** . . . . . sin deficit aparente, ubicado en persona espacio y tiempo, no hay deficit motor o sensitivo, no signos meningeos o de focalizacion  
**PIEL:** . . . . . no maculas, no papulas, no placas, no lesiones en piel.  
**SE OFERTA CON. PRECONCEP.** . NO  
**OBSERVACIONES:** . . . . . NO

**INTERVENCION MED FLIAR:**

si

**DIAGNOSTICO:**

J00X: RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)

TIPO DE DIAGNOSTICO: Impresion Diagnostica

**IDENTIFICAION DEL RIESGO:**

si

**CAPTACION DEL RIESGO:**

si

**EXAMEN MENTAL:**

**APARIENCIA GENERAL:** Normal  
**ACTITUD:** . . . . . Normal  
**ATENCION:** . . . . . Normal  
**CONCIENCIA:** . . . . . Normal  
**ORIENTACION:** . . . . . normal  
**LENGUAJE:** . . . . . normal  
**APECTO:** . . . . . Normal  
**MEMORIA:** . . . . . normal  
**PENSAMIENTO:** . . . . . normal  
**HABITO:** . . . . . Normal  
**SUEÑO:** . . . . . Normal  
**ALIMENTACION:** . . . . . Normal  
**INTELIGENCIA:** . . . . . Normal  
**RETARDO MENTAL:** . . NO  
**INTROSPECCION:** . . . . . Normal  
**PROSPECCION:** . . . . . Normal  
**SOMATIZACIONES:** . . NO  
**OBSERVACIONES:** . . . . . NO

**ATENCION INTEGRAL EPOC:**

TOSE MUCHAS VECES LA MAYORIA DE LOS DIAS? . . . . . No  
 TIENE FLEMA O COMOS LA MAYORIA DE LOS DIAS? . . . . . No  
 SE QUEDA SIN AIRE MAS FACILMENTE QUE OTRAS PERSONAS? No  
 ES MAYOR DE 40 AÑO? . . . . . No  
 ACTUALMENTE FUNA O ES UN EX FUMADOR?. . . . . No

**ENCUESTA COVI:**

Ha tenido fiebre los últimos 14 días?. . . . . si  
 Ha tenido tos persistente los últimos 14 días? . . . . . no  
 Ha 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?. si

**RECOMENDACIONES:**

**HISTORIA CLINICA**

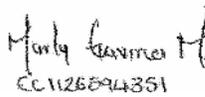
<b>PACIENTE:</b> MUÑOZ MONCAYO ANDRES FELIPE	<b>E.CIVIL:</b> Soltero	Fecha Ingreso: 09/03/2020 09:08:00 a.m.
<b>No HISTORIA:</b> 1080903871	<b>EDAD ACTUAL:</b> 5 Años 5 Meses 13 Dias	Fecha Egreso: 18/10/2021 08:20:00 p.m.
<b>IDENTIFIC:</b> RC1080903871	<b>SEXO:</b> Masculino	<b>ATENCIÓN:</b> URGENCIAS
<b>EMPRESA:</b> EMSSANAR EPS S.A.S	<b>FEC. NAC:</b> 08/02/2020	<b>TELEFONO:</b> 3107865646
<b>DIRECCION:</b> VILLANUEVA		<b>MUNICIPIO:</b> COLON GENOVA N
<b>DIAGNOSTICO:</b> .		

SE RECOMIENDA MANTENERSE ABRIGADO EN LAS NOCHES, EVITAR LOS CAMBIOS DE TEMPERATURA BRUSCOS, HIDRATAR ADECUADAMENTE CON ABUNDANTES LIQUIDOS COMO AGUA PURA HERVIDA Y JUGOS CITRICOS COMO NARANJADAS, LIMONADAS, EVITAR EL CONTACTO CON OTRAS PERONAS EN LUGARES PUBLICOS, LAVAR LAS MANOS CON AGUA Y JABON FRECUENTEMENTE, USAR UN PAÑO PARA SECAR LA NARIZ O AL MOMENTO DE TOSER O ESTORNUDAR, TOMAR LOS MEDICAMENTOS TAL CUAL COMO SE LE EXPLICA EN LA CONSULTA, EVITAR TOMAR BREBAJES U OTROS MEDICAMENTOS SI NO HAN SIDO FORMULADOS POR MEDICO, MANTENERSE CON TAPABOCAS SI VA A SALIR A LA CALLE, CUIDAR DEL POLVO, MANTENER LOS OIDOS SECOS, LIMPIARLOS CON UN PAÑO SECO, EVITAR LAS PISCINAS O BAÑARSE EN LAGOS O LAGUNAS Y ALBERCAS. RECONSULTAR POR URGENCIAS SI PRESENTA FIEBRE MUY ALTA NO CONTROLABLES CON ACETAMINOFEN EN LA CASA, SI ESTA SOMNOLIENTO, MUY ADOLORIDO O PRESENTA NAUSEAS Y/O VOMITO O DIARREA. CUALQUIER DUDA NO LE CONSULTE A LA PRIMA, VECINA, AMIGA O AL SEÑOR DE LA TIENDA O EL DROGUERISTA, PREGUNTELE AL QUE SABE, A SU MEDICO

**TRATAMIENTO:**

ACETAMINOFEN 4.5 CC CADA 8H SI FIEBRE  
AMOXICILINA 3.5 CC CADA 6H  
recomen dacione sy signos de a larma para reconsultar

**No Folio:** 195800 **Fecha:** 06/11/2020 12:09:00p.n  
**Medico:** GAVIRIA MELENJE MARLY TATIANA  
**Especialidad:** MEDICO GENERAL  
**Reg Medico:** 1126594351



**HISTORIA CLINICA SALIDA**

**SALIDA GENERAL:**

Fecha de Salida: 13/09/2020 05:30:00 a.m.  
Tipo de Diagnostico: Impresion Diagnostica  
Motivo de Salida: Orden Medica  
Estado: Vivo

**DIAGNOSTICO DE SALIDA:**

D696: TROMBOCITOPENIA NO ESPECIFICADA  
A090: OTRAS GASTROENTERITIS Y COLITIS DE ORIGEN INFECCIOSO  
R509: FIEBRE. NO ESPECIFICADA

**OBSERVACIONES:**

PACIENTE QUIEN ES REMITIDO DE MANERA PRIORITARIA EN AMBULANCIA A HOSPITAL EDUARDO SANTOS DE LA UNION PARA VALORACION POR PEDIATRIA Y ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS, PACIENTE EGRESA EN EL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE AFEBRIL, TOLERANDO VIA ORAL EN COMPALIA DE LA MADRE Y AUXILIAR DE ENFERMERIA .

**No Folio:** 188539 **Fecha:** 13/09/2020 05:30:00a.n  
**Medico:** ORTEGA PATIÑO JESSICA NATALIA  
**Especialidad:** MEDICO RURAL (SSO)  
**Reg Medico:** 1089482660



**AIEPI NIÑO 2-5 AÑOS. (URGENCIAS).**

**MOTIVO DE CONSULTA/ENF:**

MOTIVO DE CONSULTA: " MI HIJO TIENE FIEBRE, DIARREA Y ESTA LLONCITO"  
ENFERMEDAD ACTUAL: PACIENTE MASCULINO DE 7 MESES DE EDAD QUIEN ES TRAIIDO POR SU MADRE POR CUADRO CLINICO DE 24 HORAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN PICOS FEBRILES NO CUANTIFICADOS, ASOCIADO A EPISODIOS DE DIARREA , SIN MOCO NI SANGRE 2 EPISODIOS EN LAS ULTIMAS 8 HORAS, ADEMAS SEGUN SU MADRE CON PRESENCIA DE SALIVACION, DECAIDO, IRRITABLE Y PERDIDA DEL APETITO, MANEJADO EN CASA CON ACETAMINOFEN ULTIMA DOSIS A LAS 3 AM, SIN EMBARGO REFIRE QUE LA SINTOAMTOLOGIA PERSISTE POR LO CUAL CONSULTA, NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA, CON LACTANCIA MATERNA

**SIGNOS VITALES:**

**HISTORIA CLINICA**

<b>PACIENTE:</b> MUÑOZ MONCAYO ANDRES FELIPE	<b>E.CIVIL:</b> Soltero	Fecha Ingreso: 09/03/2020 09:08:00 a.m.
<b>No HISTORIA:</b> 1080903871	<b>EDAD ACTUAL</b> 5 Años 5 Meses 13 Días	Fecha Egreso: 18/10/2021 08:20:00 p.m.
<b>IDENTIFIC:</b> RC1080903871	<b>SEXO:</b> Masculino	<b>ATENCIÓN:</b> URGENCIAS
<b>EMPRESA:</b> EMSSANAR EPS S.A.S	<b>FEC. NAC:</b> 08/02/2020	<b>TELÉFONO:</b> 3107865646
<b>DIRECCION:</b> VILLANUEVA		<b>MUNICIPIO:</b> COLON GENOVA N
<b>DIAGNOSTICO:</b> .		

FRECUENCIA CARDIACA: . . . 175  
 FRECUENCIA RESPIRATORIA: . 28  
 TEMPERATURA: . . . . . 38.2  
 TENSION ARTERIAL. . . . . 00/00  
 SATURACION DE OXIGENO . . 97  
 OBSERVACIONES: . . . . . NO

**ANTECEDENTES PERSONALES:**

COMO FUE EMBARAZO CUANTO DURO: . 39 SEMANAS  
 COMO FUE EL PARTO? . . . . . VAGINAL  
 CUANTO PESO AL NACER? . . . . . 2900  
 CUANTO MIDIO? . . . . . 52  
 PROBLEMA DESPUES DEL NACIMIENTO NO  
 QUE ENFERMEDADES HA TENIDO? . . No Refiere  
 TRAUMATICOS: . . . . . No Refiere  
 QUIRURGICOS: . . . . . No Refiere  
 INMUNOLOGICOS: . . . . . No Refiere  
 ALERGICOS: . . . . . No Refiere  
 FARMACOLOGICOS: . . . . . No Refiere  
 TOXICOS: . . . . . No Refiere  
 MEDICOS: . . . . . No Refiere  
 HOSPITALIZACION: . . . . . No Refiere  
 TRANSFUSIONALES: . . . . . No Refiere  
 COMPORTAMIENTO GENERAL: . . . . No Refiere  
 RELACIONES INTERPERSONALES: . . No Refiere  
 OTROS ANTECEDENTES: . . . . . No Refiere  
 OBSERVACIONES: . . . . . NO

**EXAMEN FISICO:**

ASPECTO GENERAL: . . . . . FEBRIL,  
 PESO: . . . . . 8.8  
 TALLA: . . . . . 72  
 IMC: . . . . . 169,8  
 SINTOMATICO DE PIEL: . . . . . NO  
 SINTOMATICO RESPIRATORIO: . NO  
 SINDROME FEBRIL: . . . . . NO  
 SINTOMATICO NERV. PERIF.: . NO REFIERE  
 CABEZA: . . . . . normocefala, sin deformidades, no puntos dolorosos.  
 OJOS: . . . . . pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, escleras anictericas, mucosas humedas rosadas.  
 OIDOS: . . . . . Buena implantación, no secreciones, otoscopia bilateral sin alteraciones  
 NARIZ: . . . . . Permeable, centrada, no rinorrea, ni sangrado nasal.  
 BOCA: . . . . . Mucosa oral húmeda, rosada, no úlceras, no placas, presencia de lesion tipo ampollosa a nivel de paladar duro, orofaringe eritematosa  
 SISTEMA GENITOURINARIO: . . genitales externos normoconfigurados, no alteraciones  
 CUELLO: . . . . . central, sin deformidades, no masas ni adenopatias, se palpa troides normal, no nodulos, ni masas.  
 TORAX: . . . . . normoespansivo, no tirajes, mamas sin masas, no secreciones.  
 PULMONAR: . . . . . campos pulmonares bien ventilados sin presencia de ruidos agregados, murmullo vesicular limpio  
 CARDIOVASCULAR: . . . . . ruidos cardiacos ritmicos, no soplos, no s3, ni s4, taquicardia  
 ABDOMEN: . . . . . blando, depresible, no doloroso a la palpacion, no masas ni megalias, peristaltismo levemente aumentado, no signos de irritacion peritoneal  
 EXTREMIDADES: . . . . . extremidades simetricas, no dolorosas a la movilizacion, no edemas, pulsos positivos, llenado capilar adecuado, sin evidencia de venas varicosas.  
 COLUMNA: . . . . . NO SE OBSERVAN DESVIACIONES EN EL EJE DE LA COLUMNA. NO PRESENTA DOLOR A LA PERCUSION DE LOS PROCESOS ESPINOSOS. PUÑO PERCUSIÓN NEGATIVA  
 SISTEMA MUSCULOESQUELETICO: Musculos Normales, Esqueleto Normal, Extremidades simetricas moviles.  
 VALORACION SEXUAL: . . . . . NO  
 PIEL: . . . . . presencia de lesiones en piel tipo ecematosas y microvesiculas, con pequeñas placas mal delimitadas sin signos de infeccion.  
 OBSERVACIONES: . . . . . NO

**SIGNOS DE PELIGRO GRAL:**

Puede beber o tomar de pecho: [Si] Letargico o Inconsciente: [No]  
 Vomita Todo: . . . . . [No] Convulsiones: . . . . . [No]

**HISTORIA CLINICA**

<b>PACIENTE:</b> MUÑOZ MONCAYO ANDRES FELIPE	<b>E.CIVIL:</b> Soltero	<b>Fecha Ingreso:</b> 09/03/2020 09:08:00 a.m.
<b>No HISTORIA:</b> 1080903871	<b>EDAD ACTUAL</b> 5 Años 5 Meses 13 Días	<b>Fecha Egreso:</b> 18/10/2021 08:20:00 p.m.
<b>IDENTIFIC:</b> RC1080903871	<b>SEXO:</b> Masculino	<b>ATENCION:</b> URGENCIAS
<b>EMPRESA:</b> EMSSANAR EPS S.A.S	<b>FEC. NAC:</b> 08/02/2020	<b>TELEFONO:</b> 3107865646
<b>DIRECCION:</b> VILLANUEVA		<b>MUNICIPIO:</b> COLON GENOVA N
<b>DIAGNOSTICO:</b> .		

**ANTECEDENTES PERINATALES:**

PARTO INSTITUCIONAL: . . . SI  
 MODALIDAD DEL PARTO: . . . VAGINAL  
 PRESENTACION CEFALICA: . . . SI  
 PRODUCTO UNICO: . . . . . SI  
 ESTUVO EN ENCUBADORA: . . . NO  
 RECIBIO FOTOTERAPIA: . . . NO  
 LAC. MATERNA 1A HORA: . . . SI  
 PESO AL NACER: GRAMOS. . . . . 2900  
 TALLA AL NACER. . . . . 52  
 OBSERVACIONES: . . . . . NO

**TOS O DIFICULTAD RESPIR:**

DIAGNOSTICO: . . . . . NO TIENE DIFICULTAD PARA RESPIRAR  
 PRIMER EPISODIO SIBILANCIA. . . . . No  
 SIBILANCIAS RECURRENTE . . . . . No  
 CUADRO GRIPAL PREVIO. . . . . No  
 ANTECEDENTES PREMATUREZ . . . . . No  
 TIRAJE SUBCOSTAL. . . . . No  
 ESTRIDOR. . . . . No  
 APNEA: . . . . . No  
 RESPIRACION RAPIDA . . . . . No  
 SAO2<92% (90% ALTURA >2500MSNM): No  
 SIBILANCIAS: . . . . . No

**ANTECEDENTES FAMILIARES:**

GENERALES: . . . . . No Refiere  
 PATOLOGICOS: . . . . . No Refiere  
 TOXICOS: . . . . . No Refiere  
 FARMACOLOGICOS: . . . . . No Refiere  
 ALERGICOS: . . . . . No Refiere  
 OBSTETRICOS: . . . . . No Refiere  
 GINECOLOGICOS: . . . . . No Refiere  
 ANTECEDENES DE SALUD MENTAL PADRES: . . . . . No Refiere  
 TRASTORNOS MENTALES: . . . . . No Refiere  
 MALTRATO INFANTIL: . . . . . NO  
 MATONEO: . . . . . NO  
 ABANDONO: . . . . . NO  
 DUELO O MUERTE DE PERSONAS: . . . . . NO  
 DIVORCION DE LOS PADRES: . . . . . NO  
 PROBLEMAS EN LA RELACION DE LOS PROGENITORES: NO  
 VIOLENCIA DE GENERO: . . . . . NO  
 VIOLENCIA INTERPERSONAL: . . . . . NO

**TIENE DIARREA?**

DIAGNOSTICO: . . . . . SIN DESHIDRATAACION  
 DESDE HACE CUANTOS DIAS . . . . . 24 HORAS  
 HAY SANGRE EN LAS HECES: . . . . . No  
 TIENE VOMITO: . . . . . No  
 No VOMITO EN LAS ULTIMAS 4 HORAS . 0  
 No DE DEPOSICIONES ULT 24 HORAS . 2 EN LAS ULTIMAS 8 HORAS  
 LETARGICO O COMATOSO. . . . . No  
 OJOS HUNDIDOS: . . . . . No  
 BEBE MAL O NO PUEDE BEBER: . . . . . No  
 PLIEGUE CUTÁNEO MUY LENTO: . . . . . No  
 INTRANQUILO IRRITABLE: . . . . . No  
 BEBE AVIDAMENTE CON SED: . . . . . NO  
 LENTO (2 SEG. O MENOR): . . . . . No

**REVISION POR SISTEMA:**

GENERAL: . . . . . No Refiere  
 CABEZA: . . . . . No Refiere  
 OJOS: . . . . . No Refiere  
 NARIZ: . . . . . No Refiere  
 OIDOS: . . . . . No Refiere  
 OROFARINGE: . . . . . No Refiere

**HISTORIA CLINICA**

<b>PACIENTE:</b> MUÑOZ MONCAYO ANDRES FELIPE	<b>E.CIVIL:</b> Soltero	Fecha Ingreso: 09/03/2020 09:08:00 a.m.
<b>No HISTORIA:</b> 1080903871	<b>EDAD ACTUAL:</b> 5 Años 5 Meses 13 Días	Fecha Egreso: 18/10/2021 08:20:00 p.m.
<b>IDENTIFIC:</b> RC1080903871	<b>SEXO:</b> Masculino	<b>ATENCIÓN:</b> URGENCIAS
<b>EMPRESA:</b> EMSSANAR EPS S.A.S	<b>FEC. NAC:</b> 08/02/2020	<b>TELÉFONO:</b> 3107865646
<b>DIRECCION:</b> VILLANUEVA		<b>MUNICIPIO:</b> COLON GENOVA N
<b>DIAGNOSTICO:</b>		

CUELLO: . . . . . No Refiere  
RESPIRATORIO: . . . . . No Refiere  
NEUROLOGICO: . . . . . No Refiere  
ENDOCRINO: . . . . . No Refiere  
MUSCULO (ESQUELETICO): . . . . . No Refiere  
HEMATOPOYETICO: . . . . . No Refiere  
LINFORRETICULAR: . . . . . No Refiere  
PSIQUIATRICOS: . . . . . No Refiere  
PIEL Y FANERAS: . . . . . presencia de lesiones en piel tipo eccematosas y microvesiculas, pruriginosas, desde hace 1 semana en cara y miembros inferiores  
ARTICULAR: . . . . . No Refiere  
CARDIOVASCULAR: . . . . . No Refiere  
GASTRO - INTESTINAL: . . . . . No Refiere  
GINECOLOGICO: . . . . . No Refiere  
UROLOGICO: . . . . . No Refiere  
OTROS: . . . . . LO REFERIDO EN ENFERMEDAD ACTUAL

**TIENE FIEBRE?**

DIAGNOSTICO: . . . . . ENF. FEBRIL DE BAJO RIESGO  
DESDE HACE CUANTOS DIAS . . . . . 24 HORAS  
FIEBRE +5 DIAS TODOS LOS DIAS .No  
FIEBRE MAS DE 39 C. . . . . No  
VIVE/VISITO LOS ULT 15 DIAS . . . . . No  
RIGIDEZ DE NUCA . . . . . No  
APARIENCIA ENFERMO GRAVE. . . . . No  
RESPUESTA SOCIAL: . . . . . Normal  
ERUPCION CUTANEA: . . . . . No  
POSTRACION. . . . . No  
ASPECTO TOXICO. . . . . No  
MANIFESTACION CON SANGRADO. . . . . No

**TIENE PROBLEMA DE OIDO?**

DIAGNOSTICO: . . . . . NO TIENE OTITIS MEDIA  
TIENE DOLOR DE OIDO. . . . . No  
NUMERO DE EPISODIOS PREVIOS. . . . . No  
TIMPANO ROJO Y ABOMBADO. . . . . No  
TUMEFACCION DOLOROSA AL TACTO, DETRAS DE LA OREJA.No

**TIENE PROBLEMA DE GARGANT**

DIAGNOSTICO: NO TIENE FARINGOAMIGDALITIS  
Tiene dolor de Garganta.....[No]  
Ganglios del cuerpo crecidos y dolorosos...[No]  
Exudado Blanco - Eritema.....[No]

**FACTORES DE RIESGO S.M.**

SOSPECHA DE MALTRATO FISICO: . . . . . No refiere  
SOSPECHA DE VIOLENCIA SEXUAL. . . . . No refiere  
SOSPECHA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR: . . . . . No refiere  
CONDUCTA AGRESIVA O VIOLENTA: . . . . . No refiere  
SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA: . . . . . No refiere  
SINTOMATOLOGIA DE ANSIEDAD: . . . . . No refiere  
IDEAS O INTENTO DE SUICIDA: . . . . . No refiere  
CONSUMO DE ALCOHOL SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: No refiere  
PENSAMIENTOS O IDEAS INCOHERENTES: . . . . . No refiere  
VICTIMA DE DESPLAZAMIENTO . . . . . No refiere

**VERIFICAR SALUD BUCAL**

DIAGNOSTICO: . . . . . BAJO RIESGO DE ENFERMEDAD BUCAL  
TIENE DOLOR EN ALGUN DIENTE? . . . . . No  
TIENE DOLOR EN LA BOCA?. . . . . No  
TRAUMA EN LA CARA O BOCA ? . . . . . No  
TIENE PADRES O HERMANOS CON CARIES . . . . . No  
QUIEN CEPILLA LOS DIENTES DEL NIÑO: . . . . . LIMPIEZA DE ENCIAS CON GASAS 2 VECES AL DÍA  
UTILIZA SEDA DENTAL. . . . . NO  
CUANTAS VECES POR DIA CEPILLA LOS DIENTES: . . . . . 2 VECES AL DÍA LIMPIEZA DE ENCIAS  
CUANDO FUE LA ULTIMA CITA ODONTOLOGICA: . . . . . NO

**HISTORIA CLINICA**

<b>PACIENTE:</b> MUÑOZ MONCAYO ANDRES FELIPE	<b>E.CIVIL:</b> Soltero	Fecha Ingreso: 09/03/2020 09:08:00 a.m.
<b>No HISTORIA:</b> 1080903871	<b>EDAD ACTUAL:</b> 5 Años 5 Meses 13 Dias	Fecha Egreso: 18/10/2021 08:20:00 p.m.
<b>IDENTIFIC:</b> RC1080903871	<b>SEXO:</b> Masculino	<b>ATENCION:</b> URGENCIAS
<b>EMPRESA:</b> EMSSANAR EPS S.A.S	<b>FEC. NAC:</b> 08/02/2020	<b>TELEFONO:</b> 3107865646
<b>DIRECCION:</b> VILLANUEVA		<b>MUNICIPIO:</b> COLON GENOVA N
<b>DIAGNOSTICO:</b> .		

INFLAMACION DOLOROSA DEL LABIO EXUDADO PURULENTO EN ENCIA.No  
 ENROJESIMIENTO INFLAMACION LOCALIZADA/DEFORMIDAD EN ENCIA.No  
 CARIES CAVITACIONALES. . . . .No  
 VESICULAS. . . . .No  
 ULCERAS. . . . .No  
 MANCHAS BLANCAS. . . . .No  
 MANCHAS CAFES. . . . .No  
 TRAUMA . . . . .No  
 FRACTURA . . . . .No  
 CONTUSION. . . . .No  
 SUBLUXACION. . . . .No  
 LUXACION . . . . .No  
 EDEMA Y ERITEMA ENCIA. . . . .No  
 AVULSON DIENTE . . . . .No  
 TEMPORAL . . . . .No  
 USA BIBERON. . . . .No

**VERIFICAR DESNUTRICION**

DIAGNOSTICO: . . . . .ADECUADO CRECIMIENTO  
 SIGNOS DE EMACIACION VISIBLE .NO  
 APARIENCIA DEL NIÑO: . . . . .NORMAL  
 EDEMA EN AMBOS PIES: . . . . .NO  
 PESO PARA LA EDAD DE: . . . . .PESO NORMAL  
 TALLA PARA LA EDAD DE: . . . . .TALLA NORMAL  
 PESO PARA LA TALLA: . . . . .PESO PARA LA TALLA NORMAL  
 IMC/EDAD: . . . . .IMC ADECUADO  
 TENDENCIA DE PESO: . . . . .ASCENDENTE  
 OBSERVACIONES: . . . . .NO

**EXAMEN MENTAL:**

APARIENCIA GENERAL: . Normal  
 ACTITUD: . . . . . Normal  
 ATENCION: . . . . . Normal  
 CONCIENCIA: . . . . . Normal  
 ORIENTACION: . . . . . normal  
 LENGUAJE: . . . . . normal  
 AFECTO: . . . . . Normal  
 MEMORIA: . . . . . normal  
 PENSAMIENTO: . . . . . normal  
 HABITO: . . . . . Normal  
 SUEÑO: . . . . . Normal  
 ALIMENTACION: . . . . . Normal  
 INTELIGENCIA: . . . . . Normal  
 RETARDO MENTAL: . . . . . NO  
 INTROSPECCION: . . . . . Normal  
 PROSPECCION: . . . . . Normal  
 SOMATIZACIONES: . . . . . NO  
 OBSERVACIONES: . . . . . NO

**VERIFICAR ANEMIA**

DIAGNOSTICO: NO TIENE ANEMIA  
 A RECIBIDO HIERRO EN LOS ULITMOS SEIS MESES . . . . .NO  
 CUANDO? . . . . . CUANTO TIEMPO? . . . . .  
 PALIDEZ PARLMAR: .No PALIDEZ CONJUNTIVAL .No

**VERIFICAR MALTRATO**

DIAGNOSTICO: . . . . .NO HAY SOSPECHA DE MALTRATO  
 VIVE EN SITUACION DE CALLE ? . . . . .No  
 LESION FISICA SUGESTIVA DE MALTRATO ? . . . . .No  
 PRESENTA LESIONES EN GENITALES O ANO O INFECCION ? . . . . .No  
 EXISTE DISCREPANCIA ENTRE LA HISTORIA/DESARROLLO Y LESIONES .No  
 EXPRESIONES DE ACTIVIDAD SEXUAL INAPROPIADAS PARA LA EDAD: .No  
 ALTERACIONES EN EL COMPORTAMIENTO DE LOS CUIDADORES ? . . . . .No

**EVALUAR DESARROLLO**

DIAGNOSTICO: DESARROLLO NORMAL

**HISTORIA CLINICA**

<b>PACIENTE:</b> MUÑOZ MONCAYO ANDRES FELIPE	<b>E.CIVIL:</b> Soltero	Fecha Ingreso: 09/03/2020 09:08:00 a.m.
<b>No HISTORIA:</b> 1080903871	<b>EDAD ACTUAL:</b> 5 Años 5 Meses 13 Días	Fecha Egreso: 18/10/2021 08:20:00 p.m.
<b>IDENTIFIC:</b> RCI080903871	<b>SEXO:</b> Masculino	<b>ATENCIÓN:</b> URGENCIAS
<b>EMPRESA:</b> EMSSANAR EPS S.A.S	<b>FEC. NAC:</b> 08/02/2020	<b>TELÉFONO:</b> 3107865646
<b>DIRECCION:</b> VILLANUEVA		<b>MUNICIPIO:</b> COLON GENOVA N
<b>DIAGNOSTICO:</b> .		

TIENE ALGUN ANTECEDENTE IMPORTANTE PARA EL DESARROLLO ? .NO  
 AUSENCIA DE 1 2 3 4 CONDICIONES PARA LA EDAD: . . . . .NO  
 PERIMETRO CEFALICO: . . . . .44  
 TIENE ALGUN FACTOR DE RIESGO: . . . . .NO  
 OBSERVACIONES: . . . . .NO

**VERIFICAR VACUNACION**

BCG: . . . . . RECIEN NACIDO  
 HEPATITIS B. . . . . RECIEN NACIDO, 1a Dosis, 2a Dosis, 3a Dosis  
 VOP: . . . . . 1a Dosis, 2a Dosis, 3a Dosis  
 HAEMOPHILUS INFLUENZA TIPO B: . . . . . 1a Dosis, 2a Dosis, 3a Dosis  
 ROTAVIRUS: . . . . . 1a Dosis, 2a Dosis  
 STREPTOCOCCO NEUMONIAE: . . . . . 1a Dosis, 2a Dosis  
 DPT: . . . . . 1a Dosis, 2a Dosis, 3a Dosis  
 SRP: . . . . . 15/15  
 FIEBRE AMARILLA: . . . . . SI  
 EDAD PROXIMA VACUNA: . . . . . NO  
 CUAL ES LA PROXIMA VACUNA: . . . . . tiene esquema adecuado de vacunación para la edad. VERIFICO EN CARNET

**EVALUAR ALIMENTACION**

PROBLEMA DE ALIMENTACION DETECTADO: . . . . . NO  
 RECIBE LECHE MATERNA ? . . . . . TRIAGE III  
 CUANTAS VECES EN 24 HORAS ? . . . . . A LIBRE DEMANDA  
 RECIBE PECHO EN LA NOCHE ? . . . . . A LIBRE DEMANDA  
 RECIBE EL MENOR DE 6 MESES OTRA LECHE O ALIMENTOS ? SI  
 CUALES ? . . . . . NAN 1  
 CUANTAS VECES : . . . . . 1 VEZ AL DÍA PARA LLENARLO SEGUN REFIERE LA MADRE  
 QUE USA PARA DAR DE COMER ? . . . . . TETERO  
 QUIEN LE DA DE COMER: . . . . . MAMÁ  
 UTILIZA BIBERON: . . . . . SI, UNA VEZ AL DÍA

**EVALUAR EPILEPSIA:**

- DIAGNOSTICO: . . . . . NO TIENE EPILEPSIA

**EVALUAR TUBERCULOSIS:**

DIAGNOSTICO: . . . . . NO TIENE TUBERCULOSIS

**EVALUAR CANCER INFANTIL:**

- DIAGNOSTICO: . . . . . NO HAY SOSPECHA DE CANCER INFANTIL

**HABITOS SALUDABLES:**

SUEÑO: . . . . . NORMAL, 10 HORAS  
 BAÑO. . . . . DIARIO  
 CAMBIO DE PAÑAL . . . . . CADA QUE ESTA SUCIO  
 LAVADO DE MANOS: . . . . . SI  
 CUIDADOR: . . . . . MAMÁ  
 CUIDADO BUCAL Y CEPILLADO DE DIENTES: LIMPIEZA DE ENCIAS CON GASAS DOS VECES AL DÍA  
 FOTOPROTECCION: . . . . . NO  
 EVOLUCION DE CONTROL DE ESFINTERES: . NO  
 LIMPIEZA DEL AREA PERINEAL: . . . . . SI  
 JUEGO CON MOVIMIENTOS ACTIVOS: . . . . . SI

**CRIANZA Y CUIDADO:**

FORMAS DE COMUNICACION CON EL NIÑO: . . . . . Hablar frecuente y normalmente  
 ACTIVIDADES PARA ESTIMULAR EL DESARROLLO: . . . . . Hablar frecuente y normalmente, juegos infantiles, disponibilidad de juguetes  
 RELACION CON LA FAMILIA: . . . . . Buena relación familiar  
 CREENCIA PRACTICAS SOBRE LA DISCIPLINA PARA CORREGIR: Si  
 VIVENCIA DE VIOLENCIA EN EL HOGAR: . . . . . No  
 PREVENCIÓN DE ACCIDENTES: . . . . . Si

**PLAN DE CUIDADO:**

-Vitamina A capsula 50.000UI, dar una capsula despues del almuerzo por dos días

**RECOMENDACIONES:**

CUANDO VOLVER DE INMEDIATO AL SERVICIO (Sisgnos de Alarma).NO COME NADA, VOMITA TODO, LETÁRGICO O INCONCIENTE, FIEBRE ALTA, CONVULSIONES, RESPIRA RÁPIDO, SE LE "HUNDEN LA COSTILLAS" AL RESPIRAR, SE "PONE MORADO", LE "SALE

**HISTORIA CLINICA**

<b>PACIENTE:</b> MUÑOZ MONCAYO ANDRES FELIPE	<b>E.CIVIL:</b> Soltero	<b>Fecha Ingreso:</b> 09/03/2020 09:08:00 a.m.
<b>No HISTORIA:</b> 1080903871	<b>EDAD ACTUAL</b> 5 Años 5 Meses 13 Días	<b>Fecha Egreso:</b> 18/10/2021 08:20:00 p.m.
<b>IDENTIFIC:</b> RC1080903871	<b>SEXO:</b> Masculino	<b>ATENCIÓN:</b> URGENCIAS
<b>EMPRESA:</b> EMSSANAR EPS S.A.S	<b>FEC. NAC:</b> 08/02/2020	<b>TELEFONO:</b> 3107865646
<b>DIRECCION:</b> VILLANUEVA		<b>MUNICIPIO:</b> COLON GENOVA N
<b>DIAGNOSTICO:</b> .		

PUS" POR EL OIDO, DIARREA CON SANGRE O MOCO, DIARREA PERSISTENTE CUANDO VOLVER A CONSULTA DE CONTRO. ? . . . 9 MESES CON ENFERMERA  
REFERIDO A CONSULTA DE: . . . . . NO  
MEDIDAS PREVENTIVAS ESPECIFICAS: . . . . . higiene personal general, baño diario, prevención de accidentes en el hogar, Evitar contacto con fumadores, Evitar contacto con personas con gripa, Lavado de manos, Al estornudar o toser taparse nariz y boca con pañuelo, Mantener al niño en la casa , Ventilar adecuadamente la casa y la habitación , Aislar al niño del resto de la familia mínimo un metro., no mantener permanentemente gorro en la cabeza, eliminar mitos y creencias, suministrar leche materna EXCLUSIVA hasta los 6 meses y complementaria hasta los 2 años o más  
RECOMENDACIONES DE BUEN TRATO: . . . . . brindar: amor, cariño, comprensión, NO castigo físico por repercusiones a futuro, educación en pautas de crianza  
RECIBIO VITAMINA EN LOS ULTIMOS 6 MESES . . No  
RECIBIO ALBENDAZOL EN LOS ULTIMOS 6 MESES . . No  
RECIBIO HIERRO EN LOS ULTIMOS 6 MESES . . . No  
RECOMENDACIONES SOBRE ALIMENTACION: . . . . lactancia materna y alimentación complementaria, alimentación adecuada y proporcional al resto de la familia tener su propio plato , no brindar bebidas gaseosas endulzadas, fomento del no consumo productos empaquetados e industrializados, brindar frutas propias de la región  
PAUTAS PARA EL DESARROLO DEL MENOR . . . . . vacunación de acuerdo a la edad, asistencia a controles crecimiento y desarrollo vacunación y odontología, LACTANCIA MATERNA HASTA LOS 2 AÑOS , alimentación saludable , prevención de accidentes en el hogar, higiene personal y bucal, estimulación neurosensorial

**LABORATORIOS:**

TSH: . . . . . NORMAL  
SEROLOGIA: . . . . . NO REACTIVO  
HEMOCLASIFICACION: . . O+  
OTROS: . . . . . NO

**INTERVENCION MED FLIAR:**

- Lactancia materna exclusiva y a libre demanda hasta los 6 meses de edad y luego complementaria hasta los 2 años de edad.
- Continuar con esquema de vacunación según plan establecido de inmunizaciones.
- Asistir cumplidamente a citas de control de crecimiento y desarrollo programadas.
- Nunca dejar al bebe solo.
- No permitir sueños muy prolongados (mayores de 3 horas).
- No exponer al niño al humo de leña.
- No consumir alcohol, tabaco o sustancias psicoactivas en el entorno del niño.
- Evitar contacto con personas que tengan gripe o usar tapabocas.
- Baño diario corto con agua tibia en un lugar sin corrientes de aire y abrigado.
- Lavado frecuente y adecuado de manos antes y después de manipulación del niño.
- Se brinda educación a madre, padre y cuidadores sobre: prácticas de crianza adecuadas y protectoras basadas en derechos, medidas de buen trato (tratar con cariño y amor, expresar afecto por el niño), puericultura básica, no usar castigos físicos o psicológicos, manejo adecuado de rabietas (usar refuerzos positivos), evitar violencias, prevención de accidentes en el hogar que puedan afectar al niño, importancia de un núcleo familiar sano, adecuada distribución de tareas en el hogar para dedicar el tiempo adecuado para la correcta crianza del niño, planear y ajustar el tiempo adecuado para el regreso a las actividades laborales de la madre, importancia de mantener adecuado estado de higiene en el niño, importancia de la adecuada manipulación y cocción de alimentos para prevenir enfermedades transmitidas por alimentos en el hogar, importancia de mantener aseo y limpieza adecuados en el hogar, establecer normas en el hogar para mantener un ambiente no ruidoso y tranquilo, importancia del adecuado lavado de manos, fortalecimiento de vínculos afectivos del niño con madre, padre y cuidadores, importancia de la estimulación temprana para el crecimiento y el desarrollo infantil saludable, derechos del niño y derecho a la salud.
- Asistir a controles con odontología a partir de los 6 meses de edad.
- Asistir a controles de higiene oral a partir de los 12 meses de edad.
- Se educa en signos y síntomas de alarma, fomento de aseo diario e higiene personal y bucal, asistir cumplidamente a las citas programadas de vacunación y control de crecimiento y desarrollo. No castigo físico, brindar cariño, amor comprensión y dialogo. Se educa en alimentación complementaria saludable de acuerdo a la edad, que tipos de alimentos dar, como y cuando. Mantener la higiene de manos y utensilios para prevenir infecciones gástricas. Se brinda recomendaciones generales y cuidados en casa, signos y síntomas de alarma para consultar por urgencias

**DIAGNOSTICO.:**

R509: FIEBRE. NO ESPECIFICADA  
A099: GASTROENTERITIS Y COLITIS DE ORIGEN NO ESPECIFICADO  
J029: FARINGITIS AGUDA. NO ESPECIFICADA  
L209: DERMATITIS ATOPICA. NO ESPECIFICADA

**HISTORIA CLINICA**

<b>PACIENTE:</b> MUÑOZ MONCAYO ANDRES FELIPE	<b>E.CIVIL:</b> Soltero	<b>Fecha Ingreso:</b> 09/03/2020 09:08:00 a.m.
<b>No HISTORIA:</b> 1080903871	<b>EDAD ACTUAL</b> 5 Años 5 Meses 13 Dias	<b>Fecha Egreso:</b> 18/10/2021 08:20:00 p.m.
<b>IDENTIFIC:</b> RC1080903871	<b>SEXO:</b> Masculino	<b>ATENCIÓN:</b> URGENCIAS
<b>EMPRESA:</b> EMSSANAR EPS S.A.S	<b>FEC. NAC:</b> 08/02/2020	<b>TELEFONO:</b> 3107865646
<b>DIRECCION:</b> VILLANUEVA		<b>MUNICIPIO:</b> COLON GENOVA N
<b>DIAGNOSTICO:</b> .		

OBSERVACIONES: PACIENTE DE 7 MESES DE EDAD QUIEN PRESENTA FIEBRE ASOCIADO A DECAIMIENTO, SALIVACION, PERDIDA DEL APETITO, IRRITABLE Y EPISODIOS DE DIARREA SIN MOCO NI SANGRE, EN EL MOMENTO SIN SIGNOS DE DESHIDRATAACION, CON PERISTALTISMO LEVEMENTE AUENTADO, PICOS FEBRILES, ADEMAS SE EVIDENCIAN LESIONES AMPOLLOSAS A NIVEL DE PALADAR DURO, OROFARINGE ERITEMATOSA, Y A NIVEL DE PIEL PRESENCIA DE LESIONES EN PIEL TIPO ECCEMATOSAS Y MICROVESICULAS, CON PEQUELAS PLACAS MAL DELIMITADAS SIN SIGNOS DE INFECCION. PACINETE QUIEN CURSA CON IMPRESION DIAGNOSTICA DE 1. FIEBRE, 2. DIARREA MAS GASTROENTERITIS AGUDA. 3. FARINGITIS AGUDA. 4. DERMATITIA ATOPICA ( ECCEMA); POR LO CUAL CONSIDERO SE DEBE INGRESAR A URGENCIAS PARA MANEJO MEDICO. SE TRASLADA A SALA EDA PARA DAR PRIMERAS DOSIS DE MANEJO, TOMA DE APRACLINICOS Y VIGILANCIA CLINICA, SE EPXLICA LA MADRE QUIEN ENTIENDE Y ACEPTA.

PLAN:  
TRASLADO A SALA EDA  
ACOMPAÑANTE PERMANENTE  
SE SOLICITA CPROLOGICO Y CUADRO HEMATICO  
ACETAMINOFEN JBE 150/5 DAR 4.4CC VIA ORAL AHORA  
SALES DE REHIDRATAACION ORAL PREPARAR EN LITRO DE AGUA HERVIDA Y DAR A LIBRE DEMANDA  
SULZINC JBE DAR 5 CC VIA ORAL AHORA  
TOMA DE SIGNOS VITALES INFORMAR CAMBIOS  
REVALORAR

**NOTA DE EVOLUCION**

SIENDO LAS 13+00 SE REVALORA A PACIENTE MASCULINO QUIEN SE ENCUENTRA EN SALA EDA POR PRESENTAR IMPRESIONES DIAGNOSTICAS MENCIONADAS, EN EL MOMENTO ENCUENTRA ESTABLE TRANQUILLO, SIN PICO FEBRIL POR EL MOMENTO, CON TOLERANCIA A LA VIA ORAL, DECAIDO, SIN EPISODIOS EMETICOS, CON UN NUEVO EPISODIO DIARREICO CON MOCO, SIN SANGRE, EN ESPERA DE REPORTE DE PARACLINICOS SOLICITADOS PARA DEFINIR CONDUCTA, CONTINAUR CON MANEJO INSTAURADO, VIGILANCIA CLINICA, TOMA DE SIGNOS VITALES, SE EXLICA A LA AMDRE QUIEN ENTIENDE Y ACEPTA.

**No Folio:** 188374 **Fecha:** 11/09/2020 09:24:00a.n  
**Medico:** ERAZO MONCAYO LEIDY DIANA  
**Especialidad:** MEDICO GENERAL  
**Reg Medico:** 521329



**HISTORIA CLINICA (triage)**

**TIPO DE PRIORIDAD:**

PRIORIDAD.. TRIAGE III

**MOTIVO DE CONSULTA:**

MOTIVO DE CONSULTA: " MI HIJO TIENE FIEBRE Y DIARREA"

ENFERMEDAD ACTUAL: PACIENTE MASCULINO DE 7 MESES DE EDAD QUIEN ES TRAIIDO POR SU MADRE POR CUADRO CLINICO DE 24 HORAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN PICOS FEBRILES NO CUANTIFICADOS, ASOCIADO A EPISODIOS DE DIARREA , SIN MOCO NI SANGRE 2 EPISODIOS EN LAS ULTIMAS 8 HORAS, ADEMAS SEGUN SU MADRE CON PRESENCIA DE SALIVACION Y PERDIDA DEL APETITO, MANEJADO EN CASA CON ACETAMINOFEN ULTIMA DOSIS A LAS 3 AM, SIN EMBARGO REFIRE QUE LA SINTOAMTOLOGIA PERSISTE POR LO CUAL CONSULTA, NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA, CON LACTANCIA MATERNA

**ESTADO DE CONCIENCIA:**

GLASGOW: . . .15/15  
ALERTA: . . .SI  
OBNUBILACION:..NO  
ESTUPOR: . . .NO  
COMA: . . . .NO

**ANTECEDENTES PERSONALES:**

GENERALES: . . . . . No Refiere  
PATOLOGICOS: . . . . . No refiere  
TRAUMATICOS: . . . . . No Refiere  
QUIRURGICOS: . . . . . No Refiere  
INF. TRANSMISIÓN SEXUAL:.. NO

**HISTORIA CLINICA**

<b>PACIENTE:</b> MUÑOZ MONCAYO ANDRES FELIPE	<b>E.CIVIL:</b> Soltero	<b>Fecha Ingreso:</b> 09/03/2020 09:08:00 a.m.
<b>No HISTORIA:</b> 1080903871	<b>EDAD ACTUAL:</b> 5 Años 5 Meses 13 Días	<b>Fecha Egreso:</b> 18/10/2021 08:20:00 p.m.
<b>IDENTIFIC:</b> RC1080903871	<b>SEXO:</b> Masculino	<b>ATENCIÓN:</b> URGENCIAS
<b>EMPRESA:</b> EMSSANAR EPS S.A.S	<b>FEC. NAC:</b> 08/02/2020	<b>TELEFONO:</b> 3107865646
<b>DIRECCION:</b> VILLANUEVA		<b>MUNICIPIO:</b> COLON GENOVA N
<b>DIAGNOSTICO:</b>		

INMUNOLOGICOS: . . . . . No Refiere  
 ALERGICOS: . . . . . No Refiere  
 FARMACOLOGICOS: . . . . . No Refiere  
 TOXICOS: . . . . . No Refiere  
 NUTRICIONALES: . . . . . No refiere  
 VACUNACION: . . . . . No refiere  
 DESARROLLO: . . . . . No refiere  
 CRECIMIENTO: . . . . . No refiere  
 PERINATALES: . . . . . 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

**REVISION POR SISTEMA:**

GENERAL: . . . . . No Refiere  
 CABEZA: . . . . . No Refiere  
 OJOS: . . . . . No Refiere  
 NARIZ: . . . . . No Refiere  
 OIDOS: . . . . . No Refiere  
 OROFAFINGE: . . . . . No Refiere  
 CUELLO: . . . . . No Refiere  
 RESPIRATORIO: . . . . . No Refiere  
 NEUROLOGICO: . . . . . No Refiere  
 ENDOCRINO: . . . . . No Refiere  
 MUSCULO (ESQUELETICO): . . . . . No Refiere  
 HEMATOPOYETICO: . . . . . No Refiere  
 LINFORRETICULAR: . . . . . No Refiere  
 PSIQUIATRICOS: . . . . . No Refiere  
 PIEL Y FANERAS: . . . . . lesiones en piel desde hace 1 semana  
 ARTICULAR: . . . . . No Refiere  
 CARDIOVASCULAR: . . . . . No Refiere  
 GASTRO - INTESTINAL: . . . . . No Refiere  
 GINECOLOGICO: . . . . . No Refiere  
 UROLOGICO: . . . . . No Refiere  
 OTROS: . . . . . LO REFERIDO EN ENFERMEDAD ACTUAL

**SIGNOS VITALES:**

FRECUENCIA CARDIACA: . . . . . 175  
 FRECUENCIA RESPIRATORIA: . . . . . 28  
 TEMPERATURA: . . . . . 38.2  
 SATURACION: . . . . . 97  
 PRESION A. SISTOLICA: . . . . . 00  
 PRESION A. DIASTOLICA: . . . . . 00

**EXAMEN FISICO:**

ASPECTO GENERAL: . . . . . FEBRIL,  
 PESO: . . . . . 8.8  
 TALLA: . . . . . 72  
 IMC: . . . . . 169,8  
 PERIMETRO CEFALICO: . . . . . -  
 PERIMETRO TORAXICO: . . . . . -  
 PERIMETRO ABDOMINAL: . . . . . -  
 SINTOMATICO DE PIEL: . . . . . NO  
 SINTOMATICO RESPIRATORIO: . . . . . NO  
 SINDROME FEBRIL . . . . . NO  
 CABEZA: . . . . . normocefala, sin deformidades, no puntos dolorosos.  
 OJOS: . . . . . pupilas isocoricas normoreactivas a la luz, escleras anictericas, mucosas humedas rosadas.

**HISTORIA CLINICA**

<b>PACIENTE:</b> MUÑOZ MONCAYO ANDRES FELIPE	<b>E.CIVIL:</b> Soltero	Fecha Ingreso: 09/03/2020 09:08:00 a.m.
<b>No HISTORIA:</b> 1080903871	<b>EDAD ACTUAL</b> 5 Años 5 Meses 13 Días	Fecha Egreso: 18/10/2021 08:20:00 p.m.
<b>IDENTIFIC:</b> RC1080903871	<b>SEXO:</b> Masculino	<b>ATENCIÓN:</b> URGENCIAS
<b>EMPRESA:</b> EMSSANAR EPS S.A.S	<b>FEC. NAC:</b> 08/02/2020	<b>TELÉFONO:</b> 3107865646
<b>DIRECCION:</b> VILLANUEVA		<b>MUNICIPIO:</b> COLON GENOVA N
<b>DIAGNOSTICO:</b>		

OIDOS: . . . . . Buena implantación, no secreciones, otoscopia bilateral sin alteraciones  
 NARIZ: . . . . . Permeable, centrada, no rinorrea, ni sangrado nasal.  
 BOCA: . . . . . Mucosa oral húmeda, rosada, no úlceras, no placas, presencia de lesion tipo ampollosa a nivel de paladar duro  
 OTORRINOLARINGOLOGIA (ORL): . . orofaringe eritematosa, amigalas no eritematosas, no placas, no exudados, no otras alteraciones  
 CUELLO: . . . . . central, sin deformidades, no masas ni adenopatias, se palpa troides normal, no nodulos, ni masas.  
 TORAX: . . . . . normoespansivo, no tirajes, mamas sin masas, no secreciones.  
 PULMONAR: . . . . . campos pulmonares bien ventilados sin presencia de ruidos agregados, murmullo vesicular limpio  
 CARDIOVASCULAR: . . . . . ruidos cardiacos ritmicos, no soplos, no s3, ni s4, taquicardia  
 PERFUSION: . . . . . llenado capilar normal, pulsos perifericos presentes normales.  
 ABDOMEN: . . . . . blando, depresible, no doloroso a la palpacion, no masas ni megalias, peristaltismo levemente aumentado, no signos de irritacion peritoneal  
 EXTREMIDADES: . . . . . extremidades simetricas, no dolorosas a la movilizacion, no edemas, pulsos positivos, llenado capilar adecuado, sin evidencia de venas varicosas.  
 GENITOURINARIO: . . . . . genitales externos normoconfigurados, no alteraciones  
 NEUROLOGICO (SNC): . . . . . sin deficit aparente, ubicado en persona espacio y tiempo, no hay deficit motor o sensitivo, no signos meningeos o de focalizacion  
 PIEL: . . . . . presencia de lesiones en piel tipo eccematosas y microvesiculas, con pequeñas placas mal delimitadas sin signos de infeccion  
 OBSERVACIONES: . . . . . NO

<b>No Folio:</b> 188371	<b>Fecha:</b> 11/09/2020 09:16:00a.n	
<b>Medico:</b> ERAZO MONCAYO LEIDY DIANA		
<b>Especialidad:</b> MEDICO GENERAL		
<b>Reg Medico:</b> 521329		

**AIEPI NIÑO 2-5 AÑOS. (URGENCIAS).**

**MOTIVO DE CONSULTA/ENF:**

"TIENE ALERGIA"  
 PACIENTE QUIEN ES TRAIIDO POR SU MADRE POR CUADRO DE HORAS DE EVOLUCION DE RASH GENERALIZADO, ASOCIADO A PRURITO SEGUN REFIERE SU MADRE, AL INGRESO PACIENTE TRANQUILLO, COLABORADOR, SE OBSERVA RASH GENERALIZADO EN TRONCO, EXTREMIDADES, Y CARA.

**SIGNOS VITALES:**

FRECUENCIA CARDIACA: . . . 110  
 FRECUENCIA RESPIRATORIA: . . 24  
 TEMPERATURA: . . . . . 36.2  
 TENSION ARTERIAL. . . . . 00/00  
 SATURACION DE OXIGENO . . . 98%  
 OBSERVACIONES: . . . . . NO

**ANTECEDENTES PERSONALES:**

COMO FUE EMBARAZO CUANTO DURO: . 39 SEMANAS  
 COMO FUE EL PARTO? . . . . . VAGINAL  
 CUANTO PESO AL NACER? . . . . . 2900  
 CUANTO MIDIO? . . . . . 52  
 PROBLEMA DESPUES DEL NACIMIENTO NO  
 QUE ENFERMEDADES HA TENIDO? . . No Refiere  
 TRAUMATICOS: . . . . . No Refiere  
 QUIRURGICOS: . . . . . No Refiere  
 INMUNOLOGICOS: . . . . . No Refiere  
 ALERGICOS: . . . . . No Refiere  
 FARMACOLOGICOS: . . . . . No Refiere  
 TOXICOS: . . . . . No Refiere  
 MEDICOS: . . . . . No Refiere  
 HOSPITALIZACION: . . . . . No Refiere

**HISTORIA CLINICA**

<b>PACIENTE:</b> MUÑOZ MONCAYO ANDRES FELIPE	<b>E.CIVIL:</b> Soltero	Fecha Ingreso: 09/03/2020 09:08:00 a.m.
<b>No HISTORIA:</b> 1080903871	<b>EDAD ACTUAL</b> 5 Años 5 Meses 13 Días	Fecha Egreso: 18/10/2021 08:20:00 p.m.
<b>IDENTIFIC:</b> RC1080903871	<b>SEXO:</b> Masculino	<b>ATENCIÓN:</b> URGENCIAS
<b>EMPRESA:</b> EMSSANAR EPS S.A.S	<b>FEC. NAC:</b> 08/02/2020	<b>TELÉFONO:</b> 3107865646
<b>DIRECCION:</b> VILLANUEVA		<b>MUNICIPIO:</b> COLON GENOVA N
<b>DIAGNOSTICO:</b> .		

TRANSFUSIONALES: . . . . . No Refiere  
 COMPORTAMIENTO GENERAL: . . . . . No Refiere  
 RELACIONES INTERPERSONALES: . . . . . No Refiere  
 OTROS ANTECEDENTES: . . . . . No Refiere  
 OBSERVACIONES: . . . . . NO

**EXAMEN FISICO:**

ASPECTO GENERAL: . . . . . BUEN ESTADO GENERAL  
 PESO: . . . . . 8.2  
 TALLA: . . . . . 69  
 IMC: . . . . . 172,2  
 SINTOMATICO DE PIEL: . . . . . No  
 SINTOMATICO RESPIRATORIO: . . . . . No  
 SINDROME FEBRIL: . . . . . NO  
 SINTOMATICO NERV. PERIF.: . . . . . NO REFIERE  
 CABEZA: . . . . . NORMOCEFALO, FONTANELA NORMOTENSA, NO DOLOR A LA PALPACION.  
 OJOS: . . . . . PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIAS A LA LUZ  
 OIDOS: . . . . . PABELLON AURICULAR NORMAL, CONDUCTO AURICULAR PERMEABLE  
 NARIZ: . . . . . PERMEABLE, CENTRADA, NO SE EVIDENCIA DEFORMIDADES  
 BOCA: . . . . . MUCOSAS HUMEDAS, HIDRATADAS  
 SISTEMA GENITOURINARIO: . . . . . GENITALES EXTERNOS NORMOCONFIGURADOS, NO OTRAS ALTERACIONES.  
 CUELLO: . . . . . SIMETRICO, MOVIL, NO ADENOPATIAS.  
 TORAX: . . . . . NORMOEXPANSIBLE, NO TIRAJES  
 PULMONAR: . . . . . BIEN VENTILADOS, NO RUIDOS SOBREGREGADOS  
 CARDIOVASCULAR: . . . . . CORAZON RITMICO, NO SOPLOS, NO S3, NI S4.  
 ABDOMEN: . . . . . ABDOMEN NO DISTENDIDO, BLANDO, PERISTALTISMO POSITIVO, NORMAL, NO MASAS, NO MEGALIAS,  
 EXTREMIDADES: . . . . . MOVILES, SIMETRICAS, NO EDEMA, PULSOS DISTALES PRESENTES, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS.FUERZA Y SENSIBILIDAD CONSERVADA, NO LESIONES, NO VARICES  
 COLUMNA: . . . . . NO SE OBSERVAN DESVIACIONES EN EL EJE DE LA COLUMNA. NO PRESENTA DOLOR A LA PERCUSION DE LOS PROCESOS ESPINOSOS. PUÑO PERCUSIÓN NEGATIVA  
 SISTEMA MUSCULOESQUELETICO: Musculos Normales, Esqueleto Normal, Extremidades simetricas moviles.  
 VALORACION SEXUAL: . . . . . NO  
 PIEL: . . . . . RASH G ENERALIZADO  
 OBSERVACIONES: . . . . . NO

**SIGNOS DE PELIGRO GRAL:**

Puede beber o tomar de pecho:[Si] Letargico o Inconsciente:[No]  
 Vomita Todo: . . . . . [No] Convulciones: . . . . . [No]

**ANTECEDENTES PERINATALES:**

PARTO INSTITUCIONAL: . . SI  
 MODALIDAD DEL PARTO: . . VAGINAL  
 PRESENTACION CEFALICA: . SI  
 PRODUCTO UNICO: . . . . SI  
 ESTUVO EN ENCUBADORA: . NO  
 RECIBIO FOTOTERAPIA: . . NO  
 LAC. MATERNA 1A HORA. . SI  
 PESO AL NACER: GRAMOS. . . . . 2900  
 TALLA AL NACER. . . . . 52  
 OBSERVACIONES: . . . . . NO

**TOS O DIFICULTAD RESPIR:**

DIAGNOSTICO: . . . . . NO TIENE DIFICULTAD PARA RESPIRAR  
 PRIMER EPISODIO SIBILANCIA. . . . . No  
 SIBILANCIAS RECURRENTES . . . . . No  
 CUADRO GRIPAL PREVIO. . . . . No  
 ANTECEDENTES PREMATUREZ . . . . . No  
 TIRAJE SUBCOSTAL. . . . . No  
 ESTRIDOR. . . . . No  
 APNEA: . . . . . No  
 RESPIRACION RAPIDA . . . . . No  
 SAO2<92% (90% ALTURA >2500MSNM) :No  
 SIBILANCIAS: . . . . . No

**ANTECEDENTES FAMILIARES:**

**HISTORIA CLINICA**

<b>PACIENTE:</b> MUÑOZ MONCAYO ANDRES FELIPE	<b>E.CIVIL:</b> Soltero	Fecha Ingreso: 09/03/2020 09:08:00 a.m.
<b>No HISTORIA:</b> 1080903871	<b>EDAD ACTUAL:</b> 5 Años 5 Meses 13 Dias	Fecha Egreso: 18/10/2021 08:20:00 p.m.
<b>IDENTIFIC:</b> RC1080903871	<b>SEXO:</b> Masculino	<b>ATENCION:</b> URGENCIAS
<b>EMPRESA:</b> EMSSANAR EPS S.A.S	<b>FEC. NAC:</b> 08/02/2020	<b>TELEFONO:</b> 3107865646
<b>DIRECCION:</b> VILLANUEVA		<b>MUNICIPIO:</b> COLON GENOVA N
<b>DIAGNOSTICO:</b>		

GENERALES: . . . . . No Refiere  
 PATOLOGICOS: . . . . . No Refiere  
 TOXICOS: . . . . . No Refiere  
 FARMACOLOGICOS: . . . . . No Refiere  
 ALERGICOS: . . . . . No Refiere  
 OBSTETRICOS: . . . . . No Refiere  
 GINECOLOGICOS: . . . . . No Refiere  
 ANTECEDENES DE SALUD MENTAL PADRES: . . . . . No Refiere  
 TRASTORNOS MENTALES: . . . . . No Refiere  
 MALTRATO INFANTIL: . . . . . NO  
 MATONEO: . . . . . NO  
 ABANDONO: . . . . . NO  
 DUELO O MUERTE DE PERSONAS: . . . . . NO  
 DIVORCION DE LOS PADRES: . . . . . NO  
 PROBLEMAS EN LA RELACION DE LOS PROGENITORES: NO  
 VIOLENCIA DE GENERO: . . . . . NO  
 VIOLENCIA INTERPERSONAL: . . . . . NO

**TIENE DIARREA?**

DIAGNOSTICO: . . . . . NO TIENE DIARREA  
 HAY SANGRE EN LAS HECES: . . . . . No  
 TIENE VOMITO: . . . . . No  
 LETARGICO O COMATOSO: . . . . . No  
 OJOS HUNDIDOS: . . . . . No  
 BEBE MAL O NO PUEDE BEBER: . . . . . No  
 PLIEGUE CUTÁNEO MUY LENTO: . . . . . No  
 INTRANQUILO IRRITABLE: . . . . . No  
 LENTO (2 SEG. O MENOR): . . . . . No

**REVISION POR SISTEMA:**

GENERAL: . . . . . No Refiere  
 CABEZA: . . . . . No Refiere  
 OJOS: . . . . . No Refiere  
 NARIZ: . . . . . No Refiere  
 OIDOS: . . . . . No Refiere  
 OROFAINGE: . . . . . No Refiere  
 CUELLO: . . . . . No Refiere  
 RESPIRATORIO: . . . . . No Refiere  
 NEUROLOGICO: . . . . . No Refiere  
 ENDOCRINO: . . . . . No Refiere  
 MUSCULO (ESQUELETICO): . . . . . No Refiere  
 HEMATOPOYETICO: . . . . . No Refiere  
 LINFORRETICULAR: . . . . . No Refiere  
 PSIQUIATRICOS: . . . . . No Refiere  
 PIEL Y FANERAS: . . . . . No Refiere  
 ARTICULAR: . . . . . No Refiere  
 CARDIOVASCULAR: . . . . . No Refiere  
 GASTRO - INTESTINAL: . . . . . No Refiere  
 GINECOLOGICO: . . . . . No Refiere  
 UROLOGICO: . . . . . No Refiere  
 OTROS: . . . . . No Refiere

**TIENE FIEBRE?**

DIAGNOSTICO: . . . . . NO TIENE DENGUE  
 FIEBRE +5 DIAS TODOS LOS DIAS . No  
 FIEBRE MAS DE 39 C. . . . . No  
 VIVE/VISITO LOS ULT 15 DIAS . No  
 RIGIDEZ DE NUCA . . . . . No  
 APARIENCIA ENFERMO GRAVE. . . . . No  
 RESPUESTA SOCIAL: . . . . . Normal  
 ERUPCION CUTANEA: . . . . . No  
 POSTRACION. . . . . No  
 ASPECTO TOXICO. . . . . No  
 MANIFESTACION CON SANGRADO. . . . . No

**TIENE PROBLEMA DE OIDO?**

**HISTORIA CLINICA**

<b>PACIENTE:</b> MUÑOZ MONCAYO ANDRES FELIPE	<b>E.CIVIL:</b> Soltero	Fecha Ingreso: 09/03/2020 09:08:00 a.m.
<b>No HISTORIA:</b> 1080903871	<b>EDAD ACTUAL</b> 5 Años 5 Meses 13 Días	Fecha Egreso: 18/10/2021 08:20:00 p.m.
<b>IDENTIFIC:</b> RC1080903871	<b>SEXO:</b> Masculino	<b>ATENCION:</b> URGENCIAS
<b>EMPRESA:</b> EMSSANAR EPS S.A.S	<b>FEC. NAC:</b> 08/02/2020	<b>TELEFONO:</b> 3107865646
<b>DIRECCION:</b> VILLANUEVA		<b>MUNICIPIO:</b> COLON GENOVA N
<b>DIAGNOSTICO:</b>		

DIAGNOSTICO: . . . . .NO TIENE OTITIS MEDIA  
 TIENE DOLOR DE OIDO. . . . .No  
 TIENE SUPURACION DESDE HACE. . . . .No  
 SUPURACION DE OIDO . . . . .No  
 TUMEFACCION DOLOROSA AL TACTO, DETRAS DE LA OREJA.No

**TIENE PROBLEMA DE GARGANT**

DIAGNOSTICO: NO TIENE FARINGOAMIGDALITIS  
 Tiene dolor de Garganta.....[No]  
 Ganglios del cuerpo crecidos y dolorosos...[No]  
 Exudado Blanco - Eritema.....[No]

**FACTORES DE RIESGO S.M.**

SOSPECHA DE MALTRATO FISICO: . . . . . No refiere  
 SOSPECHA DE VIOLENCIA SEXUAL. . . . . No refiere  
 SOSPECHA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR: . . . . No refiere  
 CONDUCTA AGRESIVA O VIOLENTA: . . . . . No refiere  
 SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA: . . . . . No refiere  
 SINTOMATOLOGIA DE ANSIEDAD: . . . . . No refiere  
 IDEAS O INTENTO DE SUICIDA: . . . . . No refiere  
 CONSUMO DE ALCOHOL SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: No refiere  
 PENSAMIENTOS O IDEAS INCOHERENTES: . . . . No refiere  
 VICTIMA DE DESPLAZAMIENTO . . . . . No refiere

**VERIFICAR SALUD BUCAL**

DIAGNOSTICO: . . . . .BAJO RIESGO DE ENFERMEDAD BUCAL  
 TIENE DOLOR EN ALGUN DIENTE? . . . . .No  
 TIENE DOLOR EN LA BOCA? . . . . .No  
 TRAUMA EN LA CARA O BOCA ? . . . . .No  
 TIENE PADRES O HERMANOS CON CARIES . . . . .No  
 QUIEN CEPILLA LOS DIENTES DEL NIÑO: . . . . . LIMPIEZA DE ENCIAS CON GASAS 2 VECES AL DÍA  
 UTILIZA SEDA DENTAL. . . . .NO  
 CUANTAS VECES POR DIA CEPILLA LOS DIENTES: . . . . . 2 VECES AL DÍA LIMPIEZA DE ENCIAS  
 CUANDO FUE LA ULTIMA CITA ODONTOLOGICA: . . . . .NO  
 INFLAMACION DOLOROSA DEL LABIO EXUDADO PURULENTO EN ENCIA.No  
 ENROJESIMIENTO INFLAMACION LOCALIZADA/DEFORMIDAD EN ENCIA.No  
 CARIES CAVITACIONALES. . . . .No  
 VESICULAS. . . . .No  
 ULCERAS. . . . .No  
 MANCHAS BLANCAS. . . . .No  
 MANCHAS CAFES. . . . .No  
 TRAUMA . . . . .No  
 FRACTURA . . . . .No  
 CONTUSION. . . . .No  
 SUBLUXACION. . . . .No  
 LUXACION . . . . .No  
 EDEMA Y ERITEMA ENCIA. . . . .No  
 AVULSON DIENTE . . . . .No  
 TEMPORAL . . . . .No  
 USA BIBERON. . . . .No

**VERIFICAR DESNUTRICION**

DIAGNOSTICO: . . . . .ADECUADO CRECIMIENTO  
 SIGNOS DE EMACIACION VISIBLE .NO  
 APARIENCIA DEL NIÑO: . . . . .NORMAL  
 EDEMA EN AMBOS PIES: . . . . .NO  
 PESO PARA LA EDAD DE: . . . . .PESO NORMAL  
 TALLA PARA LA EDAD DE: . . . . .TALLA NORMAL  
 PESO PARA LA TALLA: . . . . .PESO PARA LA TALLA NORMAL  
 IMC/EDAD: . . . . .IMC ADECUADO  
 TENDENCIA DE PESO: . . . . .ASCENDENTE  
 OBSERVACIONES: . . . . .NO

**EXAMEN MENTAL:**

APARIENCIA GENERAL:.. Normal  
 ACTITUD: . . . . . Normal

**HISTORIA CLINICA**

<b>PACIENTE:</b> MUÑOZ MONCAYO ANDRES FELIPE	<b>E.CIVIL:</b> Soltero	Fecha Ingreso: 09/03/2020 09:08:00 a.m.
<b>No HISTORIA:</b> 1080903871	<b>EDAD ACTUAL</b> 5 Años 5 Meses 13 Días	Fecha Egreso: 18/10/2021 08:20:00 p.m.
<b>IDENTIFIC:</b> RCI1080903871	<b>SEXO:</b> Masculino	<b>ATENCIÓN:</b> URGENCIAS
<b>EMPRESA:</b> EMSSANAR EPS S.A.S	<b>FEC. NAC:</b> 08/02/2020	<b>TELÉFONO:</b> 3107865646
<b>DIRECCION:</b> VILLANUEVA		<b>MUNICIPIO:</b> COLON GENOVA N
<b>DIAGNOSTICO:</b> .		

ATENCION: . . . . . Normal  
 CONCIENCIA: . . . . . Normal  
 ORIENTACION: . . . . . normal  
 LENGUAJE: . . . . . normal  
 AFECTO: . . . . . Normal  
 MEMORIA: . . . . . normal  
 PENSAMIENTO: . . . . . normal  
 HABITO: . . . . . Normal  
 SUEÑO: . . . . . Normal  
 ALIMENTACION: . . . . . Normal  
 INTELIGENCIA: . . . . . Normal  
 RETARDO MENTAL: . . . . . NO  
 INTROSPECCION: . . . . . Normal  
 PROSPECCION: . . . . . Normal  
 SOMATIZACIONES: . . . . . NO  
 OBSERVACIONES: . . . . . NO

**VERIFICAR ANEMIA**

DIAGNOSTICO: NO TIENE ANEMIA  
 A RECIBIDO HIERRO EN LOS ULTIMOS SEIS MESES . . . . . NO  
 CUANDO? . . . . . CUANTO TIEMPO? . . . . .  
 PALIDEZ PARLMAR: .NO PALIDEZ CONJUNTIVAL .NO

**VERIFICAR MALTRATO**

DIAGNOSTICO: . . . . . NO HAY SOSPECHA DE MALTRATO  
 VIVE EN SITUACION DE CALLE ? . . . . . NO  
 LESION FISICA SUGESTIVA DE MALTRATO ? . . . . . NO  
 PRESENTA LESIONES EN GENITALES O ANO O INFECCION ? . . . . . NO  
 EXISTE DISCREPANCIA ENTRE LA HISTORIA/DESARROLLO Y LESIONES .NO  
 EXPRESIONES DE ACTIVIDAD SEXUAL INAPROPIADAS PARA LA EDAD: .NO  
 ALTERACIONES EN EL COMPORTAMIENTO DE LOS CUIDADORES ? . . . . . NO

**EVALUAR DESARROLLO**

DIAGNOSTICO: DESARROLLO NORMAL  
 TIENE ALGUN ANTECEDENTE IMPORTANTE PARA EL DESARROLLO ? .NO  
 AUSENCIA DE 1 2 3 4 CONDICIONES PARA LA EDAD: . . . . . NO  
 PERIMETRO CEFALICO: . . . . . 44  
 TIENE ALGUN FACTOR DE RIESGO: . . . . . NO  
 OBSERVACIONES: . . . . . NO

**VERIFICAR VACUNACION**

BCG: . . . . . RECIEN NACIDO  
 HEPATITIS B. . . . . RECIEN NACIDO, 1a Dosis, 2a Dosis, 3a Dosis  
 VOP: . . . . . 1a Dosis, 2a Dosis, 3a Dosis  
 HAEMOPHILUS INFLUENZA TIPO B: . 1a Dosis, 2a Dosis, 3a Dosis  
 ROTAVIRUS: . . . . . 1a Dosis, 2a Dosis  
 STREPTOCOCCO NEUMONIAE: . . . . 1a Dosis, 2a Dosis  
 DPT: . . . . . 1a Dosis, 2a Dosis, 3a Dosis  
 EDAD PROXIMA VACUNA: . . . . . 12 MESES, ESQUEMA DE VACUNAS COMPLETO PARA LA EDAD

**EVALUAR ALIMENTACION**

PROBLEMA DE ALIMENTACION DETECTADO: . . . . . NO  
 RECIBE LECHE MATERNA ? . . . . . SI  
 CUANTAS VECES EN 24 HORAS ? . . . . . A LIBRE DEMANDA  
 RECIBE PECHO EN LA NOCHE ? . . . . . A LIBRE DEMANDA  
 RECIBE EL MENOR DE 6 MESES OTRA LECHE O ALIMENTOS ? SI  
 CUALES ? . . . . . NAN 1  
 CUANTAS VECES : . . . . . 1 VEZ AL DÍA PARA LLENARLO SEGUN REFIERE LA MADRE  
 QUE USA PARA DAR DE COMER ? . . . . . TETERO  
 QUIEN LE DA DE COMER: . . . . . MAMÁ  
 UTILIZA BIBERON: . . . . . SI, UNA VEZ AL DÍA

**EVALUAR EPILEPSIA:**

- DIAGNOSTICO: . . . . . NO TIENE EPILEPSIA

**EVALUAR TUBERCULOSIS:**

**HISTORIA CLINICA**

<b>PACIENTE:</b> MUÑOZ MONCAYO ANDRES FELIPE	<b>E.CIVIL:</b> Soltero	Fecha Ingreso: 09/03/2020 09:08:00 a.m.
<b>No HISTORIA:</b> 1080903871	<b>EDAD ACTUAL</b> 5 Años 5 Meses 13 Días	Fecha Egreso: 18/10/2021 08:20:00 p.m.
<b>IDENTIFIC:</b> RC1080903871	<b>SEXO:</b> Masculino	<b>ATENCIÓN:</b> URGENCIAS
<b>EMPRESA:</b> EMSSANAR EPS S.A.S	<b>FEC. NAC:</b> 08/02/2020	<b>TELÉFONO:</b> 3107865646
<b>DIRECCION:</b> VILLANUEVA		<b>MUNICIPIO:</b> COLON GENOVA N
<b>DIAGNOSTICO:</b> .		

DIAGNOSTICO: . . . . . NO TIENE TUBERCULOSIS

**EVALUAR CANCER INFANTIL:**

- DIAGNOSTICO: . . . . . NO HAY SOSPECHA DE CANCER INFANTIL

**HABITOS SALUDABLES:**

SUEÑO: . . . . . NORMAL, 10 HORAS  
 BAÑO. . . . . DIARIO  
 CAMBIO DE PAÑAL . . . . . CADA QUE ESTA SUCIO  
 LAVADO DE MANOS: . . . . . SI  
 CUIDADOR: . . . . . MAMÁ  
 CUIDADO BUCAL Y CEPILLADO DE DIENTES: LIMPIEZA DE ENCIAS CON GASAS DOS VECES AL DÍA  
 FOTOPROTECCION: . . . . . NO  
 EVOLUCION DE CONTROL DE ESFINTERES: . NO  
 LIMPIEZA DEL AREA PERINEAL: . . . . . SI  
 JUEGO CON MOVIMIENTOS ACTIVOS: . . . . . SI

**CRIANZA Y CUIDADO:**

FORMAS DE COMUNICACION CON EL NIÑO: . . . . . Hablar frecuente y normalmente  
 ACTIVIDADES PARA ESTIMULAR EL DESARROLLO: . . . . . Hablar frecuente y normalmente, juegos infantiles, disponibilidad de juguetes  
 RELACION CON LA FAMILIA: . . . . . Buena relación familiar  
 CREENCIA PRACTICAS SOBRE LA DISCIPLINA PARA CORREGIR: Si  
 VIVENCIA DE VIOLENCIA EN EL HOGAR: . . . . . No  
 PREVENCION DE ACCIDENTES: . . . . . Si

**PLAN DE CUIDADO:**

-Vitamina A capsula 50.000UI, dar una capsula despues del almuerzo por dos días

**RECOMENDACIONES:**

CUANDO VOLVER DE INMEDIATO AL SERVICIO (Sisgnos de Alarma).NO COME NADA, VOMITA TODO, LETÁRGICO O INCONCIENTE, FIEBRE ALTA, CONVULSIONES, RESPIRA RÁPIDO, SE LE "HUNDEN LA COSTILLAS" AL RESPIRAR, SE "PONE MORADO", LE "SALE PUS" POR EL OIDO, DIARREA CON SANGRE O MOCO, DIARREA PERSISTENTE  
 CUANDO VOLVER A CONSULTA DE CONTRO. ?. . . . . 9 MESES CON ENFERMERA  
 REFERIDO A CONSULTA DE: . . . . . NO  
 MEDIDAS PREVENTIVAS ESPECIFICAS: . . . . . higiene personal general, baño diario, prevención de accidentes en el hogar, Evitar contacto con fumadores, Evitar contacto con personas con gripa, Lavado de manos, Al estornudar o toser taparse nariz y boca con pañuelo, Mantener al niño en la casa , Ventilar adecuadamente la casa y la habitación , Aislar al niño del resto de la familia mínimo un metro., no mantener permanentemente gorro en la cabeza, eliminar mitos y creencias, suministrar leche materna EXCLUSIVA hasta los 6 meses y complementaria hasta los 2 años o más  
 RECOMENDACIONES DE BUEN TRATO: . . . . . brindar: amor, cariño, comprensión, NO castigo físico por repercusiones a futuro, educación en pautas de crianza  
 RECIBIO VITAMINA EN LOS ULTIMOS 6 MESES . . . No  
 RECIBIO ALBENDAZOL EN LOS ULTIMOS 6 MESES . . . No  
 RECIBIO HIERRO EN LOS ULTIMOS 6 MESES . . . No  
 TRATAMIENTO. . . . . DEXAMETASONA AMP 4 MG LA MITAD IM DU, LORATADINA JARABE 1.5 CC AL DIA POR 10 DIAS

**LABORATORIOS:**

TSH: . . . . . NORMAL  
 SEROLOGIA: . . . . . NO REACTIVO  
 HEMOCLASIFICACION: . . . O+  
 OTROS: . . . . . NO

**INTERVENCION MED FLIAR:**

-Lactancia materna exclusiva y a libre demanda hasta los 6 meses de edad y luego complementaria hasta los 2 años de edad.  
 -Continuar con esquema de vacunación según plan establecido de inmunizaciones.  
 -Asistir cumplidamente a citas de control de crecimiento y desarrollo programadas.  
 -Nunca dejar al bebe solo.  
 -No permitir sueños muy prolongados (mayores de 3 horas).  
 -No exponer al niño al humo de leña.  
 -No consumir alcohol, tabaco o sustancias psicoactivas en el entorno del niño.  
 -Evitar contacto con personas que tengan gripe o usar tapabocas.  
 -Baño diario corto con agua tibia en un lugar sin corrientes de aire y abrigado.

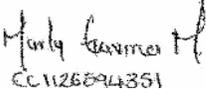
**HISTORIA CLINICA**

<b>PACIENTE:</b> MUÑOZ MONCAYO ANDRES FELIPE	<b>E.CIVIL:</b> Soltero	<b>Fecha Ingreso:</b> 09/03/2020 09:08:00 a.m.
<b>No HISTORIA:</b> 1080903871	<b>EDAD ACTUAL</b> 5 Años 5 Meses 13 Días	<b>Fecha Egreso:</b> 18/10/2021 08:20:00 p.m.
<b>IDENTIFIC:</b> RC1080903871	<b>SEXO:</b> Masculino	<b>ATENCIÓN:</b> URGENCIAS
<b>EMPRESA:</b> EMSSANAR EPS S.A.S	<b>FEC. NAC:</b> 08/02/2020	<b>TELEFONO:</b> 3107865646
<b>DIRECCION:</b> VILLANUEVA		<b>MUNICIPIO:</b> COLON GENOVA N
<b>DIAGNOSTICO:</b>		

-Lavado frecuente y adecuado de manos antes y después de manipulación del niño.  
 -Se brinda educación a madre, padre y cuidadores sobre: prácticas de crianza adecuadas y protectoras basadas en derechos, medidas de buen trato (tratar con cariño y amor, expresar afecto por el niño), puericultura básica, no usar castigos físicos o psicológicos, manejo adecuado de rabietas (usar refuerzos positivos), evitar violencias, prevención de accidentes en el hogar que puedan afectar al niño, importancia de un núcleo familiar sano, adecuada distribución de tareas en el hogar para dedicar el tiempo adecuado para la correcta crianza del niño, planear y ajustar el tiempo adecuado para el regreso a las actividades laborales de la madre, importancia de mantener adecuado estado de higiene en el niño, importancia de la adecuada manipulación y cocción de alimentos para prevenir enfermedades transmitidas por alimentos en el hogar, importancia de mantener aseo y limpieza adecuados en el hogar, establecer normas en el hogar para mantener un ambiente no ruidoso y tranquilo, importancia del adecuado lavado de manos, fortalecimiento de vínculos afectivos del niño con madre, padre y cuidadores, importancia de la estimulación temprana para el crecimiento y el desarrollo infantil saludable, derechos del niño y derecho a la salud.  
 -Asistir a controles con odontología a partir de los 6 meses de edad.  
 -Asistir a controles de higiene oral a partir de los 12 meses de edad.  
 -Se educa en signos y síntomas de alarma, fomento de aseo diario e higiene personal y bucal, asistir cumplidamente a las citas programadas de vacunación y control de crecimiento y desarrollo. No castigo físico, brindar cariño, amor comprensión y dialogo. Se educa en alimentación complementaria saludable de acuerdo a la edad, que tipos de alimentos dar, como y cuando. Mantener la higiene de manos y utensilios para prevenir infecciones gástricas. Se brinda recomendaciones generales y cuidados en casa, signos y síntomas de alarma para consultar por urgencias

**DIAGNOSTICO.:**

T784: ALERGIA NO ESPECIFICADA

<b>No Folio:</b> 182319	<b>Fecha:</b> 15/08/2020 09:56:00a.n
<b>Medico:</b> GAVIRIA MELENJE MARLY TATIANA	 CC 1126594351
<b>Especialidad:</b> MEDICO GENERAL	
<b>Reg Medico:</b> 1126594351	

**HISTORIA CLINICA (triage)**

**TIPO DE PRIORIDAD:**

PRIORIDAD..TRIAGE III

**MOTIVO DE CONSULTA:**

"TIENE ALERGIA"  
 PACIENTE QUIEN ES TRAIIDO POR SU MADRE POR CUADRO DE HORAS DE EVOLUCION DE RASH GENERALIZADO, ASOCIADO A PRURITO SEGUN REFIERE SU MADRE, AL INGRESO PACIENTE TRANQUILO, COLABORADOR, SE OBSERVA RASH GENERALIZADO EN TRONCO, EXTREMIDADES, Y CARA.

**ESTADO DE CONCIENCIA:**

GLASGOW: . . .15/15  
 ALERTA: . . .SI  
 OBNUBILACION:.NO  
 ESTUPOR: . . .NO  
 COMA: . . . .NO

**ANTECEDENTES PERSONALES:**

TRAUMATICOS: . . . . . No Refiere  
 QUIRURGICOS: . . . . . No Refiere  
 INMUNOLOGICOS: . . . . . No Refiere  
 ALERGICOS: . . . . . No Refiere  
 FARMACOLOGICOS: . . . . . No Refiere  
 TOXICOS: . . . . . No Refiere  
 OTROS ANTECEDENTES: . . . No Refiere  
 OBSERVACIONES: . . . . . No Refiere

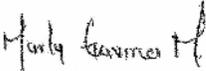
**ANTECEDENTES FAMILIARES:**

GENERALES: . . . . No Refiere

**HISTORIA CLINICA**

<b>PACIENTE:</b> MUÑOZ MONCAYO ANDRES FELIPE	<b>E.CIVIL:</b> Soltero	Fecha Ingreso: 09/03/2020 09:08:00 a.m.
<b>No HISTORIA:</b> 1080903871	<b>EDAD ACTUAL</b> 5 Años 5 Meses 13 Días	Fecha Egreso: 18/10/2021 08:20:00 p.m.
<b>IDENTIFIC:</b> RC1080903871	<b>SEXO:</b> Masculino	<b>ATENCION:</b> URGENCIAS
<b>EMPRESA:</b> EMSSANAR EPS S.A.S	<b>FEC. NAC:</b> 08/02/2020	<b>TELEFONO:</b> 3107865646
<b>DIRECCION:</b> VILLANUEVA		<b>MUNICIPIO:</b> COLON GENOVA N
<b>DIAGNOSTICO:</b>		

PATOLOGICOS: . . . No Refiere  
TOXICOS: . . . . . No Refiere  
FARMACOLOGICOS: . . No Refiere  
ALERGICOS: . . . . . No Refiere  
OBSTETRICOS: . . . . No Refiere  
GINECOLOGICOS: . . . No Refiere

<b>No Folio:</b> 182318	<b>Fecha:</b> 15/08/2020 09:55:00a.n
<b>Medico:</b> GAVIRIA MELENJE MARLY TATIANA	 CC 1126594351
<b>Especialidad:</b> MEDICO GENERAL	
<b>Reg Medico:</b> 1126594351	

**HISTORIA CLINICA AIEPI**

**MOTIVO DE CONSULTA/ENF:**

MOTIVO DE CONSULTA:  
"TRAIGO A MI HIJO AL CONTROL"

**ENFERMEDAD ACTUAL:**

NIÑO DE 6 MESES DE EDAD, QUIEN ES TRAÍDO POR LA MADRE PARA EL CONTROL DE LA PRIMERA INFANCIA, AL MOMENTO DE LA CONSULTA NO PRESENTA NINGÚN PROBLEMA DE SALUD CON LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y VACUNACIÓN AL DÍA.

**SIGNOS VITALES:**

FRECUENCIA CARDIACA: . . . 110  
FRECUENCIA RESPIRATORIA: . 24  
TEMPERATURA: . . . . . 36.2  
TENSION ARTERIAL. . . . . 00/00  
SATURACION DE OXIGENO . . 98%  
OBSERVACIONES: . . . . . NO

**ANTECEDENTES PERSONALES:**

COMO FUE EMBARAZO CUANTO DURO: . 39 SEMANAS  
COMO FUE EL PARTO? . . . . . VAGINAL  
CUANTO PESO AL NACER? . . . . . 2900  
CUANTO MIDIO? . . . . . 52  
PROBLEMA DESPUES DEL NACIMIENTO NO  
QUE ENFERMEDADES HA TENIDO? . . No Refiere  
TRAUMATICOS: . . . . . No Refiere  
QUIRURGICOS: . . . . . No Refiere  
INMUNOLOGICOS: . . . . . No Refiere  
ALERGICOS: . . . . . No Refiere  
FARMACOLOGICOS: . . . . . No Refiere  
TOXICOS: . . . . . No Refiere  
MEDICOS: . . . . . No Refiere  
HOSPITALIZACION: . . . . . No Refiere  
TRANSFUSIONALES: . . . . . No Refiere  
COMPORTAMIENTO GENERAL: . . . . No Refiere  
RELACIONES INTERPERSONALES: . . No Refiere  
OTROS ANTECEDENTES: . . . . . No Refiere  
OBSERVACIONES: . . . . . NO

**EXAMEN FISICO:**

ASPECTO GENERAL: . . . . . BUEN ESTADO GENERAL  
PESO: . . . . . 7.4  
TALLA: . . . . . 64  
IMC: . . . . . 180.7  
SINTOMATICO DE PIEL: . . . . . No  
SINTOMATICO RESPIRATORIO: . . No  
SINDROME FEBRIL: . . . . . NO  
SINTOMATICO NERV. PERIF.: . NO REFIERE

**HISTORIA CLINICA**

<b>PACIENTE:</b> MUÑOZ MONCAYO ANDRES FELIPE	<b>E.CIVIL:</b> Soltero	Fecha Ingreso: 09/03/2020 09:08:00 a.m.
<b>No HISTORIA:</b> 1080903871	<b>EDAD ACTUAL</b> 5 Años 5 Meses 13 Días	Fecha Egreso: 18/10/2021 08:20:00 p.m.
<b>IDENTIFIC:</b> RC1080903871	<b>SEXO:</b> Masculino	<b>ATENCIÓN:</b> URGENCIAS
<b>EMPRESA:</b> EMSSANAR EPS S.A.S	<b>FEC. NAC:</b> 08/02/2020	<b>TELÉFONO:</b> 3107865646
<b>DIRECCION:</b> VILLANUEVA		<b>MUNICIPIO:</b> COLON GENOVA N
<b>DIAGNOSTICO:</b>		

CABEZA: . . . . . NORMOCEFALO, FONTANELA NORMOTENSA, NO DOLOR A LA PALPACION.  
 OJOS: . . . . . PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIAS A LA LUZ  
 OIDOS: . . . . . PABELLON AURICULAR NORMAL, CONDUCTO AURICULAR PERMEABLE  
 NARIZ: . . . . . PERMEABLE, CENTRADA, NO SE EVIDENCIA DEFORMIDADES  
 BOCA: . . . . . MUCOSAS HUMEDAS, HIDRATADAS  
 SISTEMA GENITOURINARIO: . . . . . GENITALES EXTERNOS NORMOCONFIGURADOS, NO OTRAS ALTERACIONES.  
 CUELLO: . . . . . SIMETRICO, MOVIL, NO ADENOPATIAS.  
 TORAX: . . . . . NORMOEXPANSIBLE, NO TIRAJES  
 PULMONAR: . . . . . BIEN VENTILADOS, NO RUIDOS SOBREAGREGADOS  
 CARDIOVASCULAR: . . . . . CORAZON RITMICO, NO SOPLOS, NO S3, NI S4.  
 ABDOMEN: . . . . . ABDOMEN NO DISTENDIDO, BLANDO, PERISTALTISMO POSITIVO, NORMAL, NO MASAS, NO MEGALIAS,  
 EXTREMIDADES: . . . . . MOVILES, SIMETRICAS, NO EDEMA, PULSOS DISTALES PRESENTES, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS.FUERZA Y SENSIBILIDAD CONSERVADA, NO LESIONES, NO VARICES  
 COLUMNA: . . . . . NO SE OBSERVAN DESVIACIONES EN EL EJE DE LA COLUMNA. NO PRESENTA DOLOR A LA PERCUSION DE LOS PROCESOS ESPINOSOS. PUÑO PERCUSIÓN NEGATIVA  
 SISTEMA MUSCULOESQUELETICO: Musculos Normales, Esqueleto Normal, Extremidades simetricas moviles.  
 VALORACION SEXUAL: . . . . . NO  
 PIEL: . . . . . SIN LESIONES PRIMARIAS O SECUNDARIAS  
 OBSERVACIONES: . . . . . NO

**SIGNOS DE PELIGRO GRAL:**

Puede beber o tomar de pecho:[Si] Letargico o Inconsciente:[No]  
 Vomita Todo: . . . . . [No] Convulciones: . . . . . [No]

**ANTECEDENTES PERINATALES:**

PARTO INSTITUCIONAL: . . . . . SI  
 MODALIDAD DEL PARTO: . . . . . VAGINAL  
 PRESENTACION CEFALICA: . . . . . SI  
 PRODUCTO UNICO: . . . . . SI  
 ESTUVO EN ENCUBADORA: . . . . . NO  
 RECIBIO FOTOTERAPIA: . . . . . NO  
 LAC. MATERNA 1A HORA: . . . . . SI  
 PESO AL NACER: GRAMOS: . . . . . 2900  
 TALLA AL NACER: . . . . . 52  
 OBSERVACIONES: . . . . . NO

**TOS O DIFICULTAD RESPIR:**

DIAGNOSTICO: . . . . . NO TIENE DIFICULTAD PARA RESPIRAR  
 PRIMER EPISODIO SIBILANCIA: . . . . . No  
 SIBILANCIAS RECURRENTES . . . . . No  
 CUADRO GRIPAL PREVIO: . . . . . No  
 ANTECEDENTES PREMATUREZ . . . . . No  
 TIRAJE SUBCOSTAL: . . . . . No  
 ESTRIDOR: . . . . . No  
 APNEA: . . . . . No  
 RESPIRACION RAPIDA . . . . . No  
 SAO2<92%(90% ALTURA >2500MSNM):No  
 SIBILANCIAS: . . . . . No

**ANTECEDENTES FAMILIARES:**

GENERALES: . . . . . No Refiere  
 PATOLOGICOS: . . . . . No Refiere  
 TOXICOS: . . . . . No Refiere  
 FARMACOLOGICOS: . . . . . No Refiere  
 ALERGICOS: . . . . . No Refiere  
 OBSTETRICOS: . . . . . No Refiere  
 GINECOLOGICOS: . . . . . No Refiere  
 ANTECEDENES DE SALUD MENTAL PADRES: . . . . . No Refiere  
 TRASTORNOS MENTALES: . . . . . No Refiere  
 MALTRATO INFANTIL: . . . . . NO  
 MATONEO: . . . . . NO  
 ABANDONO: . . . . . NO  
 DUELO O MUERTE DE PERSONAS: . . . . . NO  
 DIVORCION DE LOS PADRES: . . . . . NO  
 PROBLEMAS EN LA RELACION DE LOS PROGENITORES: NO

**HISTORIA CLINICA**

<b>PACIENTE:</b> MUÑOZ MONCAYO ANDRES FELIPE	<b>E.CIVIL:</b> Soltero	Fecha Ingreso: 09/03/2020 09:08:00 a.m.
<b>No HISTORIA:</b> 1080903871	<b>EDAD ACTUAL:</b> 5 Años 5 Meses 13 Días	Fecha Egreso: 18/10/2021 08:20:00 p.m.
<b>IDENTIFIC:</b> RC1080903871	<b>SEXO:</b> Masculino	<b>ATENCION:</b> URGENCIAS
<b>EMPRESA:</b> EMSSANAR EPS S.A.S	<b>FEC. NAC:</b> 08/02/2020	<b>TELEFONO:</b> 3107865646
<b>DIRECCION:</b> VILLANUEVA		<b>MUNICIPIO:</b> COLON GENOVA N
<b>DIAGNOSTICO:</b> .		

VIOLENCIA DE GENERO: . . . . . NO  
VIOLENCIA INTERPERSONAL: . . . . . NO

**TIENE DIARREA?**

DIAGNOSTICO: . . . . . NO TIENE DIARREA  
HAY SANGRE EN LAS HECEs: . . . . . No  
TIENE VOMITO: . . . . . No  
LETARGICO O COMATOSO. . . . . No  
OJOS HUNDIDOS: . . . . . No  
BEBE MAL O NO PUEDE BEBER: . . . . . No  
PLIEGUE CUTÁNEO MUY LENTO: . . . . . No  
INTRANQUILO IRRITABLE: . . . . . No  
LENTO (2 SEG. O MENOR). . . . . No

**REVISION POR SISTEMA:**

GENERAL: . . . . . No Refiere  
CABEZA: . . . . . No Refiere  
OJOS: . . . . . No Refiere  
NARIZ: . . . . . No Refiere  
OIDOS: . . . . . No Refiere  
OROFARINGE: . . . . . No Refiere  
CUELLO: . . . . . No Refiere  
RESPIRATORIO: . . . . . No Refiere  
NEUROLOGICO: . . . . . No Refiere  
ENDOCRINO: . . . . . No Refiere  
MUSCULO (ESQUELETICO): . . . . . No Refiere  
HEMATOPOYETICO: . . . . . No Refiere  
LINFORRETICULAR: . . . . . No Refiere  
PSIQUIATRICOS: . . . . . No Refiere  
PIEL Y FANERAS: . . . . . No Refiere  
ARTICULAR: . . . . . No Refiere  
CARDIOVASCULAR: . . . . . No Refiere  
GASTRO - INTESTINAL: . . . . . No Refiere  
GINECOLOGICO: . . . . . No Refiere  
UROLOGICO: . . . . . No Refiere  
OTROS: . . . . . No Refiere

**TIENE FIEBRE?**

DIAGNOSTICO: . . . . . NO TIENE DENGUE  
FIEBRE +5 DIAS TODOS LOS DIAS .No  
FIEBRE MAS DE 39 C. . . . . No  
VIVE/VISITO LOS ULT 15 DIAS . .No  
RIGIDEZ DE NUCA . . . . . No  
APARIENCIA ENFERMO GRAVE. . . . . No  
RESPUESTA SOCIAL: . . . . . Normal  
ERUPCION CUTANEA: . . . . . No  
POSTRACION. . . . . No  
ASPECTO TOXICO. . . . . No  
MANIFESTACION CON SANGRADO. . . . . No

**TIENE PROBLEMA DE OIDO?**

DIAGNOSTICO: . . . . . NO TIENE OTITIS MEDIA  
TIENE DOLOR DE OIDO. . . . . No  
SUPURACION DE OIDO . . . . . No  
TIMPANO ROJO Y ABOMBADO. . . . . No  
TUMEFACCION DOLOROSA AL TACTO, DETRAS DE LA OREJA.No

**TIENE PROBLEMA DE GARGANT**

DIAGNOSTICO: NO TIENE FARINGOMIGDALITIS  
Tiene dolor de Garganta.....[No]  
Ganglios del cuerpo crecidos y dolorosos...[No]  
Exudado Blanco - Eritema.....[No]

**FACTORES DE RIESGO S.M.**

SOSPECHA DE MALTRATO FISICO: . . . . . No refiere  
SOSPECHA DE VIOLENCIA SEXUAL. . . . . No refiere  
SOSPECHA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR: . . . . . No refiere

**HISTORIA CLINICA**

<b>PACIENTE:</b> MUÑOZ MONCAYO ANDRES FELIPE	<b>E.CIVIL:</b> Soltero	Fecha Ingreso: 09/03/2020 09:08:00 a.m.
<b>No HISTORIA:</b> 1080903871	<b>EDAD ACTUAL</b> 5 Años 5 Meses 13 Días	Fecha Egreso: 18/10/2021 08:20:00 p.m.
<b>IDENTIFIC:</b> RC1080903871	<b>SEXO:</b> Masculino	<b>ATENCIÓN:</b> URGENCIAS
<b>EMPRESA:</b> EMSSANAR EPS S.A.S	<b>FEC. NAC:</b> 08/02/2020	<b>TELÉFONO:</b> 3107865646
<b>DIRECCIÓN:</b> VILLANUEVA		<b>MUNICIPIO:</b> COLON GENOVA N
<b>DIAGNÓSTICO:</b> .		

CONDUCTA AGRESIVA O VIOLENTA: . . . . . No refiere  
SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA: . . . . . No refiere  
SINTOMATOLOGIA DE ANSIEDAD: . . . . . No refiere  
IDEAS O INTENTO DE SUICIDA: . . . . . No refiere  
CONSUMO DE ALCOHOL SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: No refiere  
PENSAMIENTOS O IDEAS INCOHERENTES: . . . . . No refiere  
VICTIMA DE DESPLAZAMIENTO . . . . . No refiere

**VERIFICAR SALUD BUCAL**

DIAGNOSTICO: . . . . . .BAJO RIESGO DE ENFERMEDAD BUCAL  
TIENE DOLOR EN ALGUN DIENTE? . . . . .No  
TIENE DOLOR EN LA BOCA? . . . . .No  
TRAUMA EN LA CARA O BOCA ? . . . . .No  
TIENE PADRES O HERMANOS CON CARIES . . . . .No  
QUIEN CEPILLA LOS DIENTES DEL NIÑO: . . . . .LIMPIEZA DE ENCIAS CON GASAS 2 VECES AL DÍA  
UTILIZA SEDA DENTAL. . . . .NO  
CUANTAS VECES POR DIA CEPILLA LOS DIENTES: . . . . .2 VECES AL DÍA LIMPIEZA DE ENCIAS  
CUANDO FUE LA ULTIMA CITA ODONTOLÓGICA: . . . . .NO  
INFLAMACION DOLOROSA DEL LABIO EXUDADO PURULENTO EN ENCIA.No  
ENROJESIMIENTO INFLAMACION LOCALIZADA/DEFORMIDAD EN ENCIA.No  
CARIES CAVITACIONALES. . . . .No  
VESICULAS. . . . .No  
ULCERAS. . . . .No  
MANCHAS BLANCAS. . . . .No  
MANCHAS CAFES. . . . .No  
TRAUMA . . . . .No  
FRACTURA . . . . .No  
CONTUSION. . . . .No  
SUBLUXACION. . . . .No  
LUXACION . . . . .No  
EDEMA Y ERITEMA ENCIA. . . . .No  
AVULSON DIENTE . . . . .No  
TEMPORAL . . . . .No  
USA BIBERON. . . . .No

**VERIFICAR DESNUTRICION**

DIAGNOSTICO: . . . . .ADECUADO CRECIMIENTO  
SIGNOS DE EMACIACION VISIBLE .NO  
APARIENCIA DEL NIÑO: . . . . .NORMAL  
EDEMA EN AMBOS PIES: . . . . .NO  
PESO PARA LA EDAD DE: . . . . .PESO NORMAL  
TALLA PARA LA EDAD DE: . . . . .TALLA NORMAL  
PESO PARA LA TALLA: . . . . .PESO PARA LA TALLA NORMAL  
IMC/EDAD: . . . . .IMC ADECUADO  
TENDENCIA DE PESO: . . . . .ASCENDENTE  
OBSERVACIONES: . . . . .NO

**EXAMEN MENTAL:**

APARIENCIA GENERAL:.. Normal  
ACTITUD: . . . . . Normal  
ATENCIÓN:.. . . . Normal  
CONCIENCIA:.. . . . Normal  
ORIENTACION: . . . . normal  
LENGUAJE:.. . . . normal  
AFECTO:.. . . . Normal  
MEMORIA: . . . . . normal  
PENSAMIENTO: . . . . normal  
HABITO:.. . . . Normal  
SUEÑO: . . . . . Normal  
ALIMENTACION:.. . . Normal  
INTELIGENCIA:.. . . Normal  
RETARDO MENTAL:.. . . NO  
INTROSPECCION: . . . Normal  
PROSPECCION: . . . . Normal  
SOMATIZACIONES:.. . . NO  
OBSERVACIONES: . . . . NO

**HISTORIA CLINICA**

<b>PACIENTE:</b> MUÑOZ MONCAYO ANDRES FELIPE	<b>E.CIVIL:</b> Soltero	Fecha Ingreso: 09/03/2020 09:08:00 a.m.
<b>No HISTORIA:</b> 1080903871	<b>EDAD ACTUAL</b> 5 Años 5 Meses 13 Días	Fecha Egreso: 18/10/2021 08:20:00 p.m.
<b>IDENTIFIC:</b> RC1080903871	<b>SEXO:</b> Masculino	<b>ATENCIÓN:</b> URGENCIAS
<b>EMPRESA:</b> EMSSANAR EPS S.A.S	<b>FEC. NAC:</b> 08/02/2020	<b>TELEFONO:</b> 3107865646
<b>DIRECCION:</b> VILLANUEVA		<b>MUNICIPIO:</b> COLON GENOVA N
<b>DIAGNOSTICO:</b> .		

**VERIFICAR ANEMIA**

DIAGNOSTICO: NO TIENE ANEMIA  
A RECIBIDO HIERRO EN LOS ULTIMOS SEIS MESES . . . . .NO  
CUANDO? . . . . . CUANTO TIEMPO? . . . . .  
PALIDEZ PARLMAR: .No PALIDEZ CONJUNTIVAL .No

**VERIFICAR MALTRATO**

DIAGNOSTICO: . . . . .NO HAY SOSPECHA DE MALTRATO  
VIVE EN SITUACION DE CALLE ? . . . . .No  
LESION FISICA SUGESTIVA DE MALTRATO ? . . . . .No  
PRESENTA LESIONES EN GENITALES O ANO O INFECCION ? . . . . .No  
EXISTE DISCREPANCIA ENTRE LA HISTORIA/DESARROLLO Y LESIONES .No  
EXPRESIONES DE ACTIVIDAD SEXUAL INAPROPIADAS PARA LA EDAD: .No  
ALTERACIONES EN EL COMPORTAMIENTO DE LOS CUIDADORES ? . . . . .No

**EVALUAR DESARROLLO**

DIAGNOSTICO: DESARROLLO NORMAL  
TIENE ALGUN ANTECEDENTE IMPORTANTE PARA EL DESARROLLO ? .NO  
AUSENCIA DE 1 2 3 4 CONDICIONES PARA LA EDAD: . . . . .NO  
PERIMETRO CEFALICO: . . . . .44  
TIENE ALGUN FACTOR DE RIESGO: . . . . .NO  
OBSERVACIONES: . . . . .NO

**VERIFICAR VACUNACION**

BCG: . . . . . RECIEN NACIDO  
HEPATITIS B. . . . . RECIEN NACIDO, 1a Dosis, 2a Dosis, 3a Dosis  
VOP: . . . . . 1a Dosis, 2a Dosis, 3a Dosis  
HAEMOPHILUS INFLUENZA TIPO B: . 1a Dosis, 2a Dosis, 3a Dosis  
ROTAVIRUS: . . . . . 1a Dosis, 2a Dosis  
STREPTOCOCCO NEUMONIAE: . . . . 1a Dosis, 2a Dosis  
DPT: . . . . . 1a Dosis, 2a Dosis, 3a Dosis  
EDAD PROXIMA VACUNA: . . . . . 12 MESES, ESQUEMA DE VACUNAS COMPLETO PARA LA EDAD

**EVALUAR ALIMENTACION**

PROBLEMA DE ALIMENTACION DETECTADO: . . . . . NO  
RECIBE LECHE MATERNA ? . . . . . SI  
CUANTAS VECES EN 24 HORAS ? . . . . . A LIBRE DEMANDA  
RECIBE PECHO EN LA NOCHE ? . . . . . A LIBRE DEMANDA  
RECIBE EL MENOR DE 6 MESES OTRA LECHE O ALIMENTOS ? SI  
CUALES ? . . . . . NAN 1  
CUANTAS VECES : . . . . . 1 VEZ AL DÍA PARA LLENARLO SEGUN REFIERE LA MADRE  
QUE USA PARA DAR DE COMER ? . . . . . TETERO  
QUIEN LE DA DE COMER: . . . . . MAMÁ  
UTILIZA BIBERON: . . . . . SI, UNA VEZ AL DÍA

**EVALUAR EPILEPSIA:**

- DIAGNOSTICO: . . . . . NO TIENE EPILEPSIA

**EVALUAR TUBERCULOSIS:**

DIAGNOSTICO: . . . . . NO TIENE TUBERCULOSIS

**EVALUAR CANCER INFANTIL:**

- DIAGNOSTICO: . . . . . NO HAY SOSPECHA DE CANCER INFANTIL

**HABITOS SALUDABLES:**

SUEÑO: . . . . . NORMAL, 10 HORAS  
BAÑO. . . . . DIARIO  
CAMBIO DE PAÑAL . . . . . CADA QUE ESTA SUCIO  
LAVADO DE MANOS: . . . . . SI  
CUIDADOR: . . . . . MAMÁ  
CUIDADO BUCAL Y CEPILLADO DE DIENTES: LIMPIEZA DE ENCIAS CON GASAS DOS VECES AL DÍA  
FOTOPROTECCION: . . . . . NO  
EVOLUCION DE CONTROL DE ESFINTERES: . NO  
LIMPIEZA DEL AREA PERINEAL: . . . . . SI  
JUEGO CON MOVIMIENTOS ACTIVOS: . . . . . SI

**HISTORIA CLINICA**

<b>PACIENTE:</b> MUÑOZ MONCAYO ANDRES FELIPE	<b>E.CIVIL:</b> Soltero	Fecha Ingreso: 09/03/2020 09:08:00 a.m.
<b>No HISTORIA:</b> 1080903871	<b>EDAD ACTUAL</b> 5 Años 5 Meses 13 Días	Fecha Egreso: 18/10/2021 08:20:00 p.m.
<b>IDENTIFIC:</b> RC1080903871	<b>SEXO:</b> Masculino	<b>ATENCIÓN:</b> URGENCIAS
<b>EMPRESA:</b> EMSSANAR EPS S.A.S	<b>FEC. NAC:</b> 08/02/2020	<b>TELEFONO:</b> 3107865646
<b>DIRECCION:</b> VILLANUEVA		<b>MUNICIPIO:</b> COLON GENOVA N
<b>DIAGNOSTICO:</b> .		

**CRIANZA Y CUIDADO:**

FORMAS DE COMUNICACION CON EL NIÑO: . . . . . Hablar frecuente y normalmente  
 ACTIVIDADES PARA ESTIMULAR EL DESARROLLO: . . . . . Hablar frecuente y normalmente, juegos infantiles, disponibilidad de juguetes  
 RELACION CON LA FAMILIA: . . . . . Buena relación familiar  
 CREENCIA PRACTICAS SOBRE LA DISCIPLINA PARA CORREGIR: Si  
 VIVENCIA DE VIOLENCIA EN EL HOGAR: . . . . . No  
 PREVENCIÓN DE ACCIDENTES: . . . . . Si

**PLAN DE CUIDADO:**

-Vitamina A capsula 50.000UI, dar una capsula despues del almuerzo por dos días

**RECOMENDACIONES:**

CUANDO VOLVER DE INMEDIATO AL SERVICIO (Sisgnos de Alarma).NO COME NADA, VOMITA TODO, LETÁRGICO O INCONCIENTE, FIEBRE ALTA, CONVULSIONES, RESPIRA RÁPIDO, SE LE "HUNDEN LA COSTILLAS" AL RESPIRAR, SE "PONE MORADO", LE "SALE PUS" POR EL OIDO, DIARREA CON SANGRE O MOCO, DIARREA PERSISTENTE  
 CUANDO VOLVER A CONSULTA DE CONTROL. ? . . . . 9 MESES CON ENFERMERA  
 REFERIDO A CONSULTA DE: . . . . . NO  
 MEDIDAS PREVENTIVAS ESPECIFICAS: . . . . . higiene personal general, baño diario, prevención de accidentes en el hogar, Evitar contacto con fumadores, Evitar contacto con personas con gripe, Lavado de manos, Al estornudar o toser taparse nariz y boca con pañuelo, Mantener al niño en la casa , Ventilar adecuadamente la casa y la habitación , Aislar al niño del resto de la familia mínimo un metro., no mantener permanentemente gorro en la cabeza, eliminar mitos y creencias, suministrar leche materna EXCLUSIVA hasta los 6 meses y complementaria hasta los 2 años o más  
 RECOMENDACIONES DE BUEN TRATO: . . . . . brindar: amor, cariño, comprensión, NO castigo físico por repercusiones a futuro, educación en pautas de crianza  
 RECIBIO VITAMINA EN LOS ULTIMOS 6 MESES . . . No  
 RECIBIO ALBENDAZOL EN LOS ULTIMOS 6 MESES . . . No  
 RECIBIO HIERRO EN LOS ULTIMOS 6 MESES . . . No

**LABORATORIOS:**

TSH: . . . . . NORMAL  
 SEROLOGIA: . . . . . NO REACTIVO  
 HEMOCLASIFICACION: . . . O+  
 OTROS: . . . . . NO

**INTERVENCION MED FLIAR:**

-Lactancia materna exclusiva y a libre demanda hasta los 6 meses de edad y luego complementaria hasta los 2 años de edad.  
 -Continuar con esquema de vacunación según plan establecido de inmunizaciones.  
 -Asistir cumplidamente a citas de control de crecimiento y desarrollo programadas.  
 -Nunca dejar al bebe solo.  
 -No permitir sueños muy prolongados (mayores de 3 horas).  
 -No exponer al niño al humo de leña.  
 -No consumir alcohol, tabaco o sustancias psicoactivas en el entorno del niño.  
 -Evitar contacto con personas que tengan gripe o usar tapabocas.  
 -Baño diario corto con agua tibia en un lugar sin corrientes de aire y abrigado.  
 -Lavado frecuente y adecuado de manos antes y después de manipulación del niño.  
 -Se brinda educación a madre, padre y cuidadores sobre: prácticas de crianza adecuadas y protectoras basadas en derechos, medidas de buen trato (tratar con cariño y amor, expresar afecto por el niño), puericultura básica, no usar castigos físicos o psicológicos, manejo adecuado de rabietas (usar refuerzos positivos), evitar violencias, prevención de accidentes en el hogar que puedan afectar al niño, importancia de un núcleo familiar sano, adecuada distribución de tareas en el hogar para dedicar el tiempo adecuado para la correcta crianza del niño, planear y ajustar el tiempo adecuado para el regreso a las actividades laborales de la madre, importancia de mantener adecuado estado de higiene en el niño, importancia de la adecuada manipulación y cocción de alimentos para prevenir enfermedades transmitidas por alimentos en el hogar, importancia de mantener aseo y limpieza adecuados en el hogar, establecer normas en el hogar para mantener un ambiente no ruidoso y tranquilo, importancia del adecuado lavado de manos, fortalecimiento de vínculos afectivos del niño con madre, padre y cuidadores, importancia de la estimulación temprana para el crecimiento y el desarrollo infantil saludable, derechos del niño y derecho a la salud.  
 -Asistir a controles con odontología a partir de los 6 meses de edad.  
 -Asistir a controles de higiene oral a partir de los 12 meses de edad.  
 -Se educa en signos y síntomas de alarma, fomento de aseo diario e higiene personal y bucal, asistir cumplidamente a las citas programadas de vacunación y control de crecimiento y desarrollo. No castigo físico, brindar cariño, amor comprensión y dialogo. Se educa en alimentación complementaria saludable de acuerdo a la edad, que tipos de alimentos dar, como y cuando. Mantener la higiene de manos y utensilios para prevenir

**HISTORIA CLINICA**

<b>PACIENTE:</b> MUÑOZ MONCAYO ANDRES FELIPE	<b>E.CIVIL:</b> Soltero	Fecha Ingreso: 09/03/2020 09:08:00 a.m.
<b>No HISTORIA:</b> 1080903871	<b>EDAD ACTUAL</b> 5 Años 5 Meses 13 Dias	Fecha Egreso: 18/10/2021 08:20:00 p.m.
<b>IDENTIFIC:</b> RC1080903871	<b>SEXO:</b> Masculino	<b>ATENCION:</b> URGENCIAS
<b>EMPRESA:</b> EMSSANAR EPS S.A.S	<b>FEC. NAC:</b> 08/02/2020	<b>TELEFONO:</b> 3107865646
<b>DIRECCION:</b> VILLANUEVA		<b>MUNICIPIO:</b> COLON GENOVA N
<b>DIAGNOSTICO:</b> .		

infecciones gástricas. Se brinda recomendaciones generales y cuidados en casa, signos y síntomas de alarma para consultar por urgencias

**DIAGNOSTICO.:**

Z001: CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO

**No Folio:** 182059 **Fecha:** 13/08/2020 10:04:00a.n  
**Medico:** GIL ROLDAN LADY TATIANA  
**Especialidad:** ENFERMERA PROFESIONAL  
**Reg Medico:** 1088348627



Lady Tatiana Gil Roldan  
ENFERMERA  
C.C. 1 988 348 627  
Reg. 22643

**HISTORIA CLINICA SALIDA**

**SALIDA GENERAL:**

Fecha de Salida: 15/08/2020 10:30:23 a.m.  
Tipo de Diagnostico: Impresion Diagnostica  
Motivo de Salida: Orden Medica  
Estado: Vivo

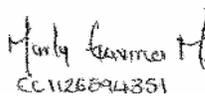
**DIAGNOSTICO DE SALIDA:**

T784: ALERGIA NO ESPECIFICADA

**OBSERVACIONES:**

SE DA MANEJO INTRAHOSPITALARIO, FORMULA MEDICA, RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR

**No Folio:** 182320 **Fecha:** 15/08/2020 10:30:00a.n  
**Medico:** GAVIRIA MELENJE MARLY TATIANA  
**Especialidad:** MEDICO GENERAL  
**Reg Medico:** 1126594351



Marly Tatiana G  
C.C. 1126594351

**HISTORIA CLINICA AIEPI**

**MOTIVO DE CONSULTA/ENF:**

MOTIVO DE CONSULTA: " TRAIGO A MI HIJO AL CONTROL"

ENFERMEDAD ACTUAL: NIÑO DE 4 MESES DE EDAD, PROCEDENTES DEL AREA URBANA, QUIEN ES TRAÍDO POR LA MADRE PARA EL CONTROL DE LA PRIMERA INFANCIA, PRODUCTO DEL CUARTO EMBARAZO, QUE NACE POR VIA VAGINAL SIN COMPLICACIONES, QUIEN AL MOMENTO DE LA CONSULTA NO PRESENTAR NINGÚN PROBLEMA DE SALUD CON LACTANCIA MATERNA ESCLUSIVA, VACUNACION AL DIA.

**SIGNOS VITALES:**

FRECUENCIA CARDIACA: . . . 118  
FRECUENCIA RESPIRATORIA: . 25  
TEMPERATURA: . . . . . 36.4  
TENSION ARTERIAL. . . . . 00/00  
SATURACION DE OXIGENO . . 98%

**ANTECEDENTES PERSONALES:**

COMO FUE EMBARAZO CUANTO DURO: . 39,4 SEMANAS  
COMO FUE EL PARTO? . . . . . SI  
CUANTO PESO AL NACER? . . . . . 2900  
CUANTO MIDIO? . . . . . 52  
PROBLEMA DESPUES DEL NACIMIENTO NO  
QUE ENFERMEDADES HA TENIDO? . . No Refiere  
TRAUMATICOS: . . . . . No Refiere

**HISTORIA CLINICA**

<b>PACIENTE:</b> MUÑOZ MONCAYO ANDRES FELIPE	<b>E.CIVIL:</b> Soltero	Fecha Ingreso: 09/03/2020 09:08:00 a.m.
<b>No HISTORIA:</b> 1080903871	<b>EDAD ACTUAL:</b> 5 Años 5 Meses 13 Días	Fecha Egreso: 18/10/2021 08:20:00 p.m.
<b>IDENTIFIC:</b> RC1080903871	<b>SEXO:</b> Masculino	<b>ATENCIÓN:</b> URGENCIAS
<b>EMPRESA:</b> EMSSANAR EPS S.A.S	<b>FEC. NAC:</b> 08/02/2020	<b>TELÉFONO:</b> 3107865646
<b>DIRECCION:</b> VILLANUEVA		<b>MUNICIPIO:</b> COLON GENOVA N
<b>DIAGNOSTICO:</b>		

QUIRURGICOS: . . . . . No Refiere  
 INMUNOLOGICOS: . . . . . No Refiere  
 ALERGICOS: . . . . . No Refiere  
 FARMACOLOGICOS: . . . . . No Refiere  
 TOXICOS: . . . . . No Refiere  
 MEDICOS: . . . . . No Refiere  
 HOSPITALIZACION: . . . . . No Refiere  
 TRANSFUSIONALES: . . . . . No Refiere  
 COMPORTAMIENTO GENERAL: . . . . . No Refiere  
 RELACIONES INTERPERSONALES: . . . . . No Refiere  
 OTROS ANTECEDENTES: . . . . . No Refiere  
 OBSERVACIONES: . . . . . NO

**EXAMEN FISICO:**

ASPECTO GENERAL: . . . . . BUEN ESTADO GENERAL  
 PESO: . . . . . 7.4  
 TALLA: . . . . . 64  
 IMC: . . . . . 180.7  
 SINTOMATICO DE PIEL: . . . . . No  
 SINTOMATICO RESPIRATORIO: . . . . . No  
 SINDROME FEBRIL: . . . . . NO  
 SINTOMATICO NERV. PERIF.: . . . . . NO REFIERE  
 CABEZA: . . . . . NORMOCEFALO, FONTANELA NORMOTENSA, NO DOLOR A LA PALPACION.  
 OJOS: . . . . . PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIAS A LA LUZ  
 OIDOS: . . . . . PABELLON AURICULAR NORMAL, CONDUCTO AURICULAR PERMEABLE  
 NARIZ: . . . . . PERMEABLE, CENTRADA, NO SE EVIDENCIA DEFORMIDADES  
 BOCA: . . . . . MUCOSAS HUMEDAS, HIDRATADAS  
 SISTEMA GENITOURINARIO: . . . . . GENITALES EXTERNOS NORMOCONFIGURADOS, NO FLUJO VAGINAL, NO OTRAS ALTERACIONES.  
 CUELLO: . . . . . SIMETRICO, MOVIL, NO ADENOPATIAS.  
 TORAX: . . . . . NORMOEXPANSIBLE, NO TIRAJES  
 PULMONAR: . . . . . BIEN VENTILADOS, NO RUIDOS SOBREGREGADOS  
 CARDIOVASCULAR: . . . . . CORAZON RITMICO, NO SOPLOS, NO S3, NI S4.  
 ABDOMEN: . . . . . ABDOMEN BLANDO, PERISTALTISMO POSITIVO, NO DOLOROSO A LA PALPACION, UTERO GRAVIDO,  
 NO REACTIVO, AU 28 CM, FCF 140X', CEFALICO, DORSO DERECHO, LONGITUDINAL, MOVIMIENTOS FETALES POSITIVOS.  
 EXTREMIDADES: . . . . . MOVILES, SIMETRICAS, NO EDEMA, PULSOS DISTALES PRESENTES, LLENADO CAPILAR MENOR A  
 2 SEGUNDOS.FUERZA Y SENSIBILIDAD CONSERVADA, NO LESIONES, NO VARICES  
 COLUMNA: . . . . . NO SE OBSERVAN DESVIACIONES EN EL EJE DE LA COLUMNA. NO PRESENTA DOLOR A LA  
 PERCUSION DE LOS PROCESOS ESPINOSOS. PUÑO PERCUSIÓN NEGATIVA  
 SISTEMA MUSCULOESQUELETICO: Musculos Normales, Esqueleto Normal, Extremidades simetricas moviles.  
 VALORACION SEXUAL: . . . . . NO  
 PIEL: . . . . . SIN LESIONES PRIMARIAS O SECUNDARIAS  
 OBSERVACIONES: . . . . . NO

**SIGNOS DE PELIGRO GRAL:**

Puede beber o tomar de pecho:[Si] Letargico o Inconsciente:[No]  
 Vomita Todo: . . . . . [No] Convulsiones: . . . . . [No]

**ANTECEDENTES PERINATALES:**

PARTO INSTITUCIONAL: . . SI  
 MODALIDAD DEL PARTO: . . VAGINAL  
 PRESENTACION CEFALICA: . SI  
 PRODUCTO UNICO: . . . . SI  
 ESTUVO EN ENCUBADORA: . NO  
 RECIBIO FOTOTERAPIA: . . NO  
 LAC. MATERNA 1A HORA: . SI  
 PESO AL NACER: GRAMOS: . . . . . 2900  
 TALLA AL NACER: . . . . . 52  
 OBSERVACIONES: . . . . . NO

**TOS O DIFICULTAD RESPIR:**

DIAGNOSTICO: . . . . . NO TIENE DIFICULTAD PARA RESPIRAR  
 PRIMER EPISODIO SIBILANCIA: . . .No  
 SIBILANCIAS RECURRENTES . . . .No  
 CUADRO GRIPAL PREVIO: . . . .No  
 ANTECEDENTES PREMATUREZ . . . .No  
 TIRAJE SUBCOSTAL: . . . . .No

**HISTORIA CLINICA**

<b>PACIENTE:</b> MUÑOZ MONCAYO ANDRES FELIPE	<b>E.CIVIL:</b> Soltero	<b>Fecha Ingreso:</b> 09/03/2020 09:08:00 a.m.
<b>No HISTORIA:</b> 1080903871	<b>EDAD ACTUAL:</b> 5 Años 5 Meses 13 Dias	<b>Fecha Egreso:</b> 18/10/2021 08:20:00 p.m.
<b>IDENTIFIC:</b> RC1080903871	<b>SEXO:</b> Masculino	<b>ATENCION:</b> URGENCIAS
<b>EMPRESA:</b> EMSSANAR EPS S.A.S	<b>FEC. NAC:</b> 08/02/2020	<b>TELEFONO:</b> 3107865646
<b>DIRECCION:</b> VILLANUEVA		<b>MUNICIPIO:</b> COLON GENOVA N
<b>DIAGNOSTICO:</b>		

ESTRIDOR. . . . .No  
APNEA:. . . . .No  
RESPIRACION RAPIDA . . . . .No  
SAO2<92% (90% ALTURA >2500MSNM):No  
SIBILANCIAS:. . . . .No

**ANTECEDENTES FAMILIARES:**

GENERALES:. . . . . No Refiere  
PATOLOGICOS:. . . . . No Refiere  
TOXICOS:. . . . . No Refiere  
FARMACOLOGICOS:. . . . . No Refiere  
ALERGICOS:. . . . . No Refiere  
OBSTETRICOS:. . . . . No Refiere  
GINECOLOGICOS:. . . . . No Refiere  
ANTECEDENES DE SALUD MENTAL PADRES:. . . . . No Refiere  
TRASTORNOS MENTALES:. . . . . No Refiere  
MALTRATO INFANTIL:. . . . . NO  
MATONEO:. . . . . NO  
ABANDONO:. . . . . NO  
DUELO O MUERTE DE PERSONAS:. . . . . NO  
DIVORCION DE LOS PADRES:. . . . . NO  
PROBLEMAS EN LA RELACION DE LOS PROGENITORES: NO  
VIOLENCIA DE GENERO:. . . . . NO  
VIOLENCIA INTERPERSONAL:. . . . . NO

**TIENE DIARREA?**

DIAGNOSTICO:. . . . .NO TIENE DIARREA  
HAY SANGRE EN LAS HECEs:. . . . .No  
TIENE VOMITO: . . . . .No  
LETARGICO O COMATOSO. . . . .No  
OJOS HUNDIDOS:. . . . .No  
BEBE MAL O NO PUEDE BEBER:. . . . .No  
PLIEGUE CUTÁNEO MUY LENTO:. . . . .No  
INTRANQUILO IRRITABLE:. . . . .No  
LENTO (2 SEG. O MENOR). . . . .No

**REVISION POR SISTEMA:**

GENERAL:. . . . . No Refiere  
CABEZA: . . . . . No Refiere  
OJOS: . . . . . No Refiere  
NARIZ:. . . . . No Refiere  
OIDOS:. . . . . No Refiere  
OROFARINGE: . . . . . No Refiere  
CUELLO: . . . . . No Refiere  
RESPIRATORIO: . . . . . No Refiere  
NEUROLOGICO:. . . . . No Refiere  
ENDOCRINO:. . . . . No Refiere  
MUSCULO (ESQUELETICO):. . . . . No Refiere  
HEMATOPOYETICO: . . . . . No Refiere  
LINFORRETICULAR:. . . . . No Refiere  
PSIQUIATRICOS:. . . . . No Refiere  
PIEL Y FANERAS: . . . . . No Refiere  
ARTICULAR:. . . . . No Refiere  
CARDIOVASCULAR: . . . . . No Refiere  
GASTRO - INTESTINAL:. . . . . No Refiere  
GINECOLOGICO: . . . . . No Refiere  
UROLOGICO:. . . . . No Refiere  
OTROS:. . . . . No Refiere

**TIENE FIEBRE?**

DIAGNOSTICO:. . . . .NO TIENE DENGUE  
FIEBRE +5 DIAS TODOS LOS DIAS .No  
FIEBRE MAS DE 39 C. . . . .No  
VIVE/VISITO LOS ULT 15 DIAS . . . . .No  
RIGIDEZ DE NUCA . . . . .No  
APARIENCIA ENFERMO GRAVE. . . . .No

**HISTORIA CLINICA**

<b>PACIENTE:</b> MUÑOZ MONCAYO ANDRES FELIPE	<b>E.CIVIL:</b> Soltero	Fecha Ingreso: 09/03/2020 09:08:00 a.m.
<b>No HISTORIA:</b> 1080903871	<b>EDAD ACTUAL:</b> 5 Años 5 Meses 13 Días	Fecha Egreso: 18/10/2021 08:20:00 p.m.
<b>IDENTIFIC:</b> RCI080903871	<b>SEXO:</b> Masculino	<b>ATENCION:</b> URGENCIAS
<b>EMPRESA:</b> EMSSANAR EPS S.A.S	<b>FEC. NAC:</b> 08/02/2020	<b>TELEFONO:</b> 3107865646
<b>DIRECCION:</b> VILLANUEVA		<b>MUNICIPIO:</b> COLON GENOVA N
<b>DIAGNOSTICO:</b> .		

RESPUESTA SOCIAL: . . . . .Normal  
ERUPCION CUTANEA: . . . . .No  
POSTRACION. . . . .No  
ASPECTO TOXICO. . . . .No  
MANIFESTACION CON SANGRADO. . .No

**TIENE PROBLEMA DE OIDO?**

DIAGNOSTICO: . . . . .NO TIENE OTITIS MEDIA  
TIENE DOLOR DE OIDO. . . . .No  
NUMERO DE EPISODIOS PREVIOS. . . . .No  
TIMPANO ROJO Y ABOMBADO. . . . .No  
TUMEFACCION DOLOROSA AL TACTO, DETRAS DE LA OREJA.No

**TIENE PROBLEMA DE GARGANT**

DIAGNOSTICO: NO TIENE FARINGOAMIGDALITIS  
Tiene dolor de Garganta.....[No]  
Ganglios del cuerpo crecidos y dolorosos...[No]  
Exudado Blanco - Eritema.....[No]

**FACTORES DE RIESGO S.M.**

SOSPECHA DE MALTRATO FISICO: . . . . . No refiere  
SOSPECHA DE VIOLENCIA SEXUAL. . . . . No refiere  
SOSPECHA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR: . . . . No refiere  
CONDUCTA AGRESIVA O VIOLENTA: . . . . . No refiere  
SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA: . . . . . No refiere  
SINTOMATOLOGIA DE ANSIEDAD: . . . . . No refiere  
IDEAS O INTENTO DE SUICIDA: . . . . . No refiere  
CONSUMO DE ALCOHOL SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: No refiere  
PENSAMIENTOS O IDEAS INCOHERENTES: . . . . No refiere  
VICTIMA DE DESPLAZAMIENTO . . . . . No refiere

**VERIFICAR SALUD BUCAL**

DIAGNOSTICO: . . . . .BAJO RIESGO DE ENFERMEDAD BUCAL  
TIENE DOLOR EN ALGUN DIENTE? . . . . .NO  
TIENE DOLOR EN LA BOCA?. . . . .NO  
TRAUMA EN LA CARA O BOCA ? . . . . .NO  
TIENE PADRES O HERMANOS CON CARIES . . . . .NO  
QUIEN CEPILLA LOS DIENTES DEL NIÑO: . . . . .LIMPIEZA DE ENCIAS CON GASAS DOS VECES AL DÍA  
UTILIZA SEDA DENTAL. . . . .NO  
INFLAMACION DOLOROSA DEL LABIO EXUDADO PURULENTO EN ENCIA.No  
ENROJESIMIENTO INFLAMACION LOCALIZADA/DEFORMIDAD EN ENCIA.No  
CARIES CAVITACIONALES. . . . .No  
VESICULAS. . . . .No  
ULCERAS. . . . .No  
MANCHAS BLANCAS. . . . .No  
MANCHAS CAFES. . . . .No  
TRAUMA . . . . .No  
FRACTURA . . . . .No  
CONTUSION. . . . .No  
SUBLUXACION. . . . .No  
LUXACION . . . . .No  
EDEMA Y ERITEMA ENCIA. . . . .No  
AVULSON DIENTE . . . . .No  
TEMPORAL . . . . .No  
USA BIBERON. . . . .No

**VERIFICAR DESNUTRICION**

DIAGNOSTICO: . . . . .ADECUADO CRECIMIENTO  
SIGNOS DE EMACIACION VISIBLE .NO  
APARIENCIA DEL NIÑO: . . . . .NORMAL  
EDEMA EN AMBOS PIES: . . . . .NO  
PESO PARA LA EDAD DE: . . . . .PESO NORMAL  
TALLA PARA LA EDAD DE: . . . . .TALLA NORMAL  
PESO PARA LA TALLA: . . . . .PESO PARA LA TALLA NORMAL  
IMC/EDAD: . . . . .IMC NORMAL  
TENDENCIA DE PESO: . . . . .ASCENDENTE

**HISTORIA CLINICA**

<b>PACIENTE:</b> MUÑOZ MONCAYO ANDRES FELIPE	<b>E.CIVIL:</b> Soltero	Fecha Ingreso: 09/03/2020 09:08:00 a.m.
<b>No HISTORIA:</b> 1080903871	<b>EDAD ACTUAL</b> 5 Años 5 Meses 13 Días	Fecha Egreso: 18/10/2021 08:20:00 p.m.
<b>IDENTIFIC:</b> RC1080903871	<b>SEXO:</b> Masculino	<b>ATENCION:</b> URGENCIAS
<b>EMPRESA:</b> EMSSANAR EPS S.A.S	<b>FEC. NAC:</b> 08/02/2020	<b>TELEFONO:</b> 3107865646
<b>DIRECCION:</b> VILLANUEVA		<b>MUNICIPIO:</b> COLON GENOVA N
<b>DIAGNOSTICO:</b> .		

OBSERVACIONES: . . . . .NO

**EXAMEN MENTAL:**

APARIENCIA GENERAL:.. Normal  
 ACTITUD: . . . . . Normal  
 ATENCION: . . . . . Normal  
 CONCIENCIA: . . . . . Normal  
 ORIENTACION: . . . . . normal  
 LENGUAJE: . . . . . normal  
 AFECTO: . . . . . Normal  
 MEMORIA: . . . . . normal  
 PENSAMIENTO: . . . . . normal  
 HABITO: . . . . . Normal  
 SUEÑO: . . . . . Normal  
 ALIMENTACION: . . . . . Normal  
 INTELIGENCIA: . . . . . Normal  
 RETARDO MENTAL: . . . . . NO  
 INTROSPECCION: . . . . . Normal  
 PROSPECCION: . . . . . Normal  
 SOMATIZACIONES: . . . . . NO  
 OBSERVACIONES: . . . . . NO

**VERIFICAR ANEMIA**

DIAGNOSTICO: NO TIENE ANEMIA  
 A RECIBIDO HIERRO EN LOS ULITMOS SEIS MESES . . . . .NO  
 CUANDO? . . . . . CUANTO TIEMPO? . . . . .  
 PALIDEZ PARLMAR: .No PALIDEZ CONJUNTIVAL .No

**VERIFICAR MALTRATO**

DIAGNOSTICO: . . . . .NO HAY SOSPECHA DE MALTRATO  
 VIVE EN SITUACION DE CALLE ? . . . . .No  
 LESION FISICA SUGESTIVA DE MALTRATO ? . . . . .No  
 PRESENTA LESIONES EN GENITALES O ANO O INFECCION ? . . . . .No  
 EXISTE DISCREPANCIA ENTRE LA HISTORIA/DESARROLLO Y LESIONES .No  
 EXPRESIONES DE ACTIVIDAD SEXUAL INAPROPIADAS PARA LA EDAD: .No  
 ALTERACIONES EN EL COMPORTAMIENTO DE LOS CUIDADORES ? . . . . .No

**EVALUAR DESARROLLO**

DIAGNOSTICO: DESARROLLO NORMAL  
 TIENE ALGUN ANTECEDENTE IMPORTANTE PARA EL DESARROLLO ? .NO  
 AUSENCIA DE 1 2 3 4 CONDICIONES PARA LA EDAD: . . . . .NO  
 PERIMETRO CEFALICO: . . . . .43  
 TIENE ALGUN FACTOR DE RIESGO: . . . . .NO  
 OBSERVACIONES: . . . . .NO

**VERIFICAR VACUNACION**

BCG: . . . . . RECIEN NACIDO  
 HEPATITIS B. . . . . RECIEN NACIDO, 1a Dosis, 2a Dosis  
 VOP: . . . . . 1a Dosis, 2a Dosis  
 HAEMOPHILUS INFLUENZA TIPO B: . 1a Dosis, 2a Dosis  
 ROTAVIRUS: . . . . . 1a Dosis, 2a Dosis  
 STREPTOCOCO NEUMONIAE: . . . . 1a Dosis, 2a Dosis  
 DPT: . . . . . 1a Dosis, 2a Dosis  
 EDAD PROXIMA VACUNA: . . . . . ESQUEMA DE VACUNAS COMPLETO PARA LA EDAD  
 CUAL ES LA PROXIMA VACUNA: . . HEPATITIS B, H. INFLUENZA B, DPT, POLIO, NEUMOCOCO Y ROTAVIRUS

**EVALUAR ALIMENTACION**

PROBLEMA DE ALIMENTACION DETECTADO: . . . . . NO  
 RECIBE LECHE MATERNA ? . . . . . SI  
 CUANTAS VECES EN 24 HORAS ? . . . . . A LIBRE DEMANDA  
 RECIBE PECHO EN LA NOCHE ? . . . . . A LIBRE DEMANDA  
 RECIBE EL MENOR DE 6 MESES OTRA LECHE O ALIMENTOS ? SI  
 CUALES ? . . . . . NAN 1  
 CUANTAS VECES . . . . . 1 VEZ AL DÍA PARA LLENARLO SEGUN REFIERE LA MADRE  
 QUE USA PARA DAR DE COMER ? . . . . . TETERO  
 QUIEN LE DA DE COMER: . . . . . MAMÁ  
 UTILIZA BIBERON: . . . . . SI, UNA VEZ AL DÍA

**HISTORIA CLINICA**

<b>PACIENTE:</b> MUÑOZ MONCAYO ANDRES FELIPE	<b>E.CIVIL:</b> Soltero	Fecha Ingreso: 09/03/2020 09:08:00 a.m.
<b>No HISTORIA:</b> 1080903871	<b>EDAD ACTUAL</b> 5 Años 5 Meses 13 Días	Fecha Egreso: 18/10/2021 08:20:00 p.m.
<b>IDENTIFIC:</b> RC1080903871	<b>SEXO:</b> Masculino	<b>ATENCION:</b> URGENCIAS
<b>EMPRESA:</b> EMSSANAR EPS S.A.S	<b>FEC. NAC:</b> 08/02/2020	<b>TELEFONO:</b> 3107865646
<b>DIRECCION:</b> VILLANUEVA		<b>MUNICIPIO:</b> COLON GENOVA N
<b>DIAGNOSTICO:</b> .		

**EVALUAR EPILEPSIA:**

- DIAGNOSTICO: . . . . . NO TIENE EPILEPSIA

**EVALUAR TUBERCULOSIS:**

DIAGNOSTICO: . . . . . NO TIENE TUBERCULOSIS

**EVALUAR CANCER INFANTIL:**

- DIAGNOSTICO: . . . . . NO HAY SOSPECHA DE CANCER INFANTIL

**HABITOS SALUDABLES:**

SUEÑO: . . . . . NORMAL, 10 HORAS  
 BAÑO. . . . . DIARIO  
 CAMBIO DE PAÑAL . . . . . según necesidad  
 LAVADO DE MANOS: . . . . . SI  
 CUIDADOR: . . . . . MAMÁ  
 CUIDADO BUCAL Y CEPILLADO DE DIENTES: LIMPIEZA DE ENCIAS CON GASAS DOS VECES AL DÍA  
 FOTOPROTECCION: . . . . . NO  
 EVOLUCION DE CONTROL DE ESFINTERES: . SI  
 LIMPIEZA DEL AREA PERINEAL: . . . . . SI  
 JUEGO CON MOVIMIENTOS ACTIVOS: . . . . . SI

**CRIANZA Y CUIDADO:**

FORMAS DE COMUNICACION CON EL NIÑO: . . . . . VERBAL Y JUEGO  
 ACTIVIDADES PARA ESTIMULAR EL DESARROLLO: . . . . . JUEGO  
 RELACION CON LA FAMILIA: . . . . . BUENA RELACIÓN FAMILIAR  
 CREENCIA PRACTICAS SOBRE LA DISCIPLINA PARA CORREGIR: SI  
 VIVENCIA DE VIOLENCIA EN EL HOGAR: . . . . . NO  
 PREVENCIÓN DE ACCIDENTES: . . . . . SI

**PLAN DE CUIDADO:**

-Lactancia materna exclusiva y a libre demanda hasta los 6 meses de edad y luego complementaria hasta los 2 años de edad.  
 -Continuar con esquema de vacunación según plan establecido de inmunizaciones.  
 -Asistir cumplidamente a citas de control de crecimiento y desarrollo programadas.  
 -Nunca dejar al bebe solo.  
 -No permitir sueños muy prolongados (mayores de 3 horas).  
 -No exponer al niño al humo de leña.  
 -No consumir alcohol, tabaco o sustancias psicoactivas en el entorno del niño.  
 -Evitar contacto con personas que tengan gripe o usar tapabocas.  
 -Baño diario corto con agua tibia en un lugar sin corrientes de aire y abrigado.  
 -Lavado frecuente y adecuado de manos antes y después de manipulación del niño.  
 -Se brinda educación a madre, padre y cuidadores sobre: prácticas de crianza adecuadas y protectoras basadas en derechos, medidas de buen trato (tratar con cariño y amor, expresar afecto por el niño), puericultura básica, no usar castigos físicos o psicológicos, manejo adecuado de rabietas (usar refuerzos positivos), evitar violencias, prevención de accidentes en el hogar que puedan afectar al niño, importancia de un núcleo familiar sano, adecuada distribución de tareas en el hogar para dedicar el tiempo adecuado para la correcta crianza del niño, planear y ajustar el tiempo adecuado para el regreso a las actividades laborales de la madre, importancia de mantener adecuado estado de higiene en el niño, importancia de la adecuada manipulación y cocción de alimentos para prevenir enfermedades transmitidas por alimentos en el hogar, importancia de mantener aseo y limpieza adecuados en el hogar, establecer normas en el hogar para mantener un ambiente no ruidoso y tranquilo, importancia del adecuado lavado de manos, fortalecimiento de vínculos afectivos del niño con madre, padre y cuidadores, importancia de la estimulación temprana para el crecimiento y el desarrollo infantil saludable, derechos del niño y derecho a la salud.  
 -Asistir a controles con odontología a partir de los 6 meses de edad.  
 -Asistir a controles de higiene oral a partir de los 12 meses de edad.  
 -Se educa en signos y síntomas de alarma, fomento de aseo diario e higiene personal y bucal, asistir cumplidamente a las citas programadas de vacunación y control de crecimiento y desarrollo. No castigo físico, brindar cariño, amor comprensión y dialogo. Se educa en alimentación complementaria saludable de acuerdo a la edad, que tipos de alimentos dar, como y cuando. Mantener la higiene de manos y utensilios para prevenir infecciones gástricas. Se brinda recomendaciones generales y cuidados en casa, signos y síntomas de alarma para consultar por urgencias

**RECOMENDACIONES:**

CUANDO VOLVER DE INMEDIATO AL SERVICIO (Signos de Alarma).NO COME NADA, VOMITA TODO, LETÁRGICO O INCONCIENTE, FIEBRE ALTA, CONVULSIONES, RESPIRA RÁPIDO, SE LE "HUNDEN LA COSTILLAS" AL RESPIRAR, SE "PONE MORADO", LE "SALE

**HISTORIA CLINICA**

<b>PACIENTE:</b> MUÑOZ MONCAYO ANDRES FELIPE	<b>E.CIVIL:</b> Soltero	<b>Fecha Ingreso:</b> 09/03/2020 09:08:00 a.m.
<b>No HISTORIA:</b> 1080903871	<b>EDAD ACTUAL</b> 5 Años 5 Meses 13 Días	<b>Fecha Egreso:</b> 18/10/2021 08:20:00 p.m.
<b>IDENTIFIC:</b> RC1080903871	<b>SEXO:</b> Masculino	<b>ATENCIÓN:</b> URGENCIAS
<b>EMPRESA:</b> EMSSANAR EPS S.A.S	<b>FEC. NAC:</b> 08/02/2020	<b>TELEFONO:</b> 3107865646
<b>DIRECCION:</b> VILLANUEVA		<b>MUNICIPIO:</b> COLON GENOVA N
<b>DIAGNOSTICO:</b> .		

PUS" POR EL OIDO, DIARREA CON SANGRE O MOCO, DIARREA PERSISTENTE CUANDO VOLVER A CONSULTA DE CONTRO. ? . . . 4 meses control por Médico  
REFERIDO A CONSULTA DE: . . . . . NO  
MEDIDAS PREVENTIVAS ESPECIFICAS: . . . . . higiene personal general, baño diario, prevención de accidentes en el hogar, Evitar contacto con fumadores, Evitar contacto con personas con gripa, Lavado de manos, Al estornudar o toser taparse nariz y boca con pañuelo, Mantener al niño en la casa , Ventilar adecuadamente la casa y la habitación , Aislar al niño del resto de la familia mínimo un metro.  
RECOMENDACIONES DE BUEN TRATO: . . . . . brindar: amor, cariño, comprensión, NO castigo físico por repercusiones a futuro, educación en pautas de crianza  
RECIBIO VITAMINA EN LOS ULTIMOS 6 MESES . . . No  
RECIBIO ALBENDAZOL EN LOS ULTIMOS 6 MESES . . . No  
RECIBIO HIERRO EN LOS ULTIMOS 6 MESES . . . No

**INTERVENCION MED FLIAR:**

- Lactancia materna exclusiva y a libre demanda hasta los 6 meses de edad y luego complementaria hasta los 2 años de edad.
- Continuar con esquema de vacunación según plan establecido de inmunizaciones.
- Asistir cumplidamente a citas de control de crecimiento y desarrollo programadas.
- Nunca dejar al bebe solo.
- No permitir sueños muy prolongados (mayores de 3 horas).
- No exponer al niño al humo de leña.
- No consumir alcohol, tabaco o sustancias psicoactivas en el entorno del niño.
- Evitar contacto con personas que tengan gripe o usar tapabocas.
- Baño diario corto con agua tibia en un lugar sin corrientes de aire y abrigado.
- Lavado frecuente y adecuado de manos antes y después de manipulación del niño.
- Se brinda educación a madre, padre y cuidadores sobre: prácticas de crianza adecuadas y protectoras basadas en derechos, medidas de buen trato (tratar con cariño y amor, expresar afecto por el niño), puericultura básica, no usar castigos físicos o psicológicos, manejo adecuado de rabietas (usar refuerzos positivos), evitar violencias, prevención de accidentes en el hogar que puedan afectar al niño, importancia de un núcleo familiar sano, adecuada distribución de tareas en el hogar para dedicar el tiempo adecuado para la correcta crianza del niño, planear y ajustar el tiempo adecuado para el regreso a las actividades laborales de la madre, importancia de mantener adecuado estado de higiene en el niño, importancia de la adecuada manipulación y cocción de alimentos para prevenir enfermedades transmitidas por alimentos en el hogar, importancia de mantener aseo y limpieza adecuados en el hogar, establecer normas en el hogar para mantener un ambiente no ruidoso y tranquilo, importancia del adecuado lavado de manos, fortalecimiento de vínculos afectivos del niño con madre, padre y cuidadores, importancia de la estimulación temprana para el crecimiento y el desarrollo infantil saludable, derechos del niño y derecho a la salud.
- Asistir a controles con odontología a partir de los 6 meses de edad.
- Asistir a controles de higiene oral a partir de los 12 meses de edad.
- Se educa en signos y síntomas de alarma, fomento de aseo diario e higiene personal y bucal, asistir cumplidamente a las citas programadas de vacunación y control de crecimiento y desarrollo. No castigo físico, brindar cariño, amor comprensión y dialogo. Se educa en alimentación complementaria saludable de acuerdo a la edad, que tipos de alimentos dar, como y cuando. Mantener la higiene de manos y utensilios para prevenir infecciones gástricas. Se brinda recomendaciones generales y cuidados en casa, signos y síntomas de alarma para consultar por urgencias

**DIAGNOSTICO.:**

Z001: CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO

OBSERVACIONES: PACIENTE AMSCULINO DE 4 MESES , QUIEN ES TRAI DO AL CONTROL EN EL MOMENTO ENCUENTRO ESTABLE, TRANQUILO, SIN NINGUNA ALTERACION EVIDENCIADA EN LA EXPLORACION FISICA CEFALOCAUDAL, CON SIGNOIS VITALES ESTABLES, SIN ALTERACIONES NI RESPIRATORIAS, NI NEUROLOGICAS NI GASTROINTESTINALES, EN LA VAORACION DE PESO Y TALLA AENCUENTRO DESVIACIONES ESTANDAR ADECUADAS PARA SE EDAD, ADEMAS CON ESCALA ABREVIADA DE CRECIMIENTO OPTIMAS PARA SU EDAD, POR LO CUAL SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES EN CASA, SIGNOS DE ALARMA PARA ACUDIR POR URGENCIAS, PROXIMO CONTROL A LOS 6 MESES DE EDAD, VACUNAS A LOS 6 MESES DE EDAD.

**HISTORIA CLINICA**

<b>PACIENTE:</b> MUÑOZ MONCAYO ANDRES FELIPE	<b>E.CIVIL:</b> Soltero	Fecha Ingreso: 09/03/2020 09:08:00 a.m.
<b>No HISTORIA:</b> 1080903871	<b>EDAD ACTUAL</b> 5 Años 5 Meses 13 Días	Fecha Egreso: 18/10/2021 08:20:00 p.m.
<b>IDENTIFIC:</b> RC1080903871	<b>SEXO:</b> Masculino	<b>ATENCIÓN:</b> URGENCIAS
<b>EMPRESA:</b> EMSSANAR EPS S.A.S	<b>FEC. NAC:</b> 08/02/2020	<b>TELÉFONO:</b> 3107865646
<b>DIRECCIÓN:</b> VILLANUEVA		<b>MUNICIPIO:</b> COLON GENOVA N
<b>DIAGNÓSTICO:</b> .		

<b>No Folio:</b> 175255	<b>Fecha:</b> 10/06/2020 07:47:00a.n	
<b>Medico:</b> ERAZO MONCAYO LEIDY DIANA		
<b>Especialidad:</b> MEDICO GENERAL		
<b>Reg Medico:</b> 521329		

**HISTORIA CLINICA AIEPI**

**MOTIVO DE CONSULTA/ENF:**

MOTIVO DE CONSULTA:  
"LO TRAIGO AL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO"

**ENFERMEDAD ACTUAL:**

NIÑO DE 21 MESES QUE ES TRAÍDO POR LA MADRE AL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO QUIEN REFIERE AL MOMENTO DE LA CONSULTA NO PRESENTAR NINGÚN PROBLEMA DE SALUD.

**SIGNOS VITALES:**

FRECUENCIA CARDIACA: . . . 125  
 FRECUENCIA RESPIRATORIA: . 29  
 TEMPERATURA: . . . . . 36.1  
 TENSION ARTERIAL. . . . . 00/00  
 SATURACION DE OXIGENO . . . 97%

**ANTECEDENTES PERSONALES:**

COMO FUE EMBARAZO CUANTO DURO: . 39,4 SEMANAS  
 COMO FUE EL PARTO? . . . . . SI  
 CUANTO PESO AL NACER? . . . . . 2900  
 CUANTO MIDIO? . . . . . 52  
 PROBLEMA DESPUES DEL NACIMIENTO NO  
 QUE ENFERMEDADES HA TENIDO? . . No Refiere  
 TRAUMATICOS: . . . . . No Refiere  
 QUIRURGICOS: . . . . . No Refiere  
 INMUNOLOGICOS: . . . . . No Refiere  
 ALERGICOS: . . . . . No Refiere  
 FARMACOLOGICOS: . . . . . No Refiere  
 TOXICOS: . . . . . No Refiere  
 MEDICOS: . . . . . No Refiere  
 HOSPITALIZACION: . . . . . No Refiere  
 TRANSFUSIONALES: . . . . . No Refiere  
 COMPORTAMIENTO GENERAL: . . . . No Refiere  
 RELACIONES INTERPERSONALES: . . No Refiere  
 OTROS ANTECEDENTES: . . . . . No Refiere  
 OBSERVACIONES: . . . . . NO

**EXAMEN FISICO:**

ASPECTO GENERAL: . . . . . BUEN ESTADO GENERAL  
 PESO: . . . . . 6  
 TALLA: . . . . . 58  
 IMC: . . . . . 17,8  
 SINTOMATICO DE PIEL: . . . . . No  
 SINTOMATICO RESPIRATORIO: . No  
 SINDROME FEBRIL: . . . . . NO  
 SINTOMATICO NERV. PERIF.: . NO REFIERE  
 CABEZA: . . . . . NORMOCEFALO, FONTANELA NORMOTENSA, NO DOLOR A LA PALPACION.  
 OJOS: . . . . . PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIAS A LA LUZ  
 OIDOS: . . . . . PABELLON AURICULAR NORMAL, CONDUCTO AURICULAR PERMEABLE  
 NARIZ: . . . . . PERMEABLE, CENTRADA, NO SE EVIDENCIA DEFORMIDADES  
 BOCA: . . . . . MUCOSAS HUMEDAS, HIDRATADAS  
 SISTEMA GENITOURINARIO: . . GENITALES EXTERNOS NORMOCONFIGURADOS, NO FLUJO VAGINAL, NO OTRAS ALTERACIONES.  
 CUELLO: . . . . . SIMETRICO, MOVIL, NO ADENOPATIAS.

**HISTORIA CLINICA**

<b>PACIENTE:</b> MUÑOZ MONCAYO ANDRES FELIPE	<b>E.CIVIL:</b> Soltero	Fecha Ingreso: 09/03/2020 09:08:00 a.m.
<b>No HISTORIA:</b> 1080903871	<b>EDAD ACTUAL</b> 5 Años 5 Meses 13 Días	Fecha Egreso: 18/10/2021 08:20:00 p.m.
<b>IDENTIFIC:</b> RC1080903871	<b>SEXO:</b> Masculino	<b>ATENCIÓN:</b> URGENCIAS
<b>EMPRESA:</b> EMSSANAR EPS S.A.S	<b>FEC. NAC:</b> 08/02/2020	<b>TELEFONO:</b> 3107865646
<b>DIRECCION:</b> VILLANUEVA		<b>MUNICIPIO:</b> COLON GENOVA N
<b>DIAGNOSTICO:</b>		

TORAX: . . . . . NORMOEXPANSIBLE, NO TIRAJES  
PULMONAR: . . . . . BIEN VENTILADOS, NO RUIDOS SOBREAGREGADOS  
CARDIOVASCULAR: . . . . . CORAZON RITMICO, NO SOPLOS, NO S3, NI S4.  
ABDOMEN: . . . . . ABDOMEN BLANDO, PERISTALTISMO POSITIVO, NO DOLOROSO A LA PALPACION, UTERO GRAVIDO,  
NO REACTIVO, AU 28 CM, FCF 140X', CEFALICO, DORSO DERECHO, LONGITUDINAL, MOVIMIENTOS FETALES POSITIVOS.  
EXTREMIDADES: . . . . . MOVILES, SIMETRICAS, NO EDEMA, PULSOS DISTALES PRESENTES, LLENADO CAPILAR MENOR A  
2 SEGUNDOS.FUERZA Y SENSIBILIDAD CONSERVADA, NO LESIONES, NO VARICES  
COLUMNA: . . . . . NO SE OBSERVAN DESVIACIONES EN EL EJE DE LA COLUMNA. NO PRESENTA DOLOR A LA  
PERCUSION DE LOS PROCESOS ESPINOSOS. PUÑO PERCUSIÓN NEGATIVA  
SISTEMA MUSCULOESQUELETICO: Musculos Normales, Esqueleto Normal, Extremidades simetricas moviles.  
VALORACION SEXUAL: . . . . . NO  
PIEL: . . . . . SIN LESIONES PRIMARIAS O SECUNDARIAS  
OBSERVACIONES: . . . . . NO

**SIGNOS DE PELIGRO GRAL:**

Puede beber o tomar de pecho: [Si] Letargico o Inconsciente: [No]  
Vomita Todo: . . . . . [No] Convulsiones: . . . . . [No]

**ANTECEDENTES PERINATALES:**

PARTO INSTITUCIONAL: . . SI  
MODALIDAD DEL PARTO: . . VAGINAL  
PRESENTACION CEFALICA: . SI  
PRODUCTO UNICO: . . . . SI  
ESTUVO EN ENCUBADORA: . NO  
RECIBIO FOTOTERAPIA: . . NO  
LAC. MATERNA 1A HORA: . SI  
PESO AL NACER: GRAMOS: . . . . . 2900  
TALLA AL NACER: . . . . . 52  
OBSERVACIONES: . . . . . NO

**TOS O DIFICULTAD RESPIR:**

DIAGNOSTICO: . . . . . NO TIENE DIFICULTAD PARA RESPIRAR  
PRIMER EPISODIO SIBILANCIA: . . No  
SIBILANCIAS RECURRENTE: . . . . No  
CUADRO GRIPAL PREVIO: . . . . No  
ANTECEDENTES PREMATUREZ . . . . No  
TIRAJE SUBCOSTAL: . . . . . No  
ESTRIDOR: . . . . . No  
APNEA: . . . . . No  
RESPIRACION RAPIDA . . . . . No  
SAO2<92%(90% ALTURA >2500MSNM): No  
SIBILANCIAS: . . . . . No

**ANTECEDENTES FAMILIARES:**

GENERALES: . . . . . No Refiere  
PATOLOGICOS: . . . . . No Refiere  
TOXICOS: . . . . . No Refiere  
FARMACOLOGICOS: . . . . . No Refiere  
ALERGICOS: . . . . . No Refiere  
OBSTETRICOS: . . . . . No Refiere  
GINECOLOGICOS: . . . . . No Refiere  
ANTECEDENES DE SALUD MENTAL PADRES: . . . . No Refiere  
TRASTORNOS MENTALES: . . . . . No Refiere  
MALTRATO INFANTIL: . . . . . NO  
MATONEO: . . . . . NO  
ABANDONO: . . . . . NO  
DUELO O MUERTE DE PERSONAS: . . . . . NO  
DIVORCION DE LOS PADRES: . . . . . NO  
PROBLEMAS EN LA RELACION DE LOS PROGENITORES: NO  
VIOLENCIA DE GENERO: . . . . . NO  
VIOLENCIA INTERPERSONAL: . . . . . NO

**TIENE DIARREA?**

DIAGNOSTICO: . . . . . NO TIENE DIARREA  
HAY SANGRE EN LAS HECES: . . . . . NO  
TIENE VOMITO: . . . . . NO

**HISTORIA CLINICA**

<b>PACIENTE:</b> MUÑOZ MONCAYO ANDRES FELIPE	<b>E.CIVIL:</b> Soltero	Fecha Ingreso: 09/03/2020 09:08:00 a.m.
<b>No HISTORIA:</b> 1080903871	<b>EDAD ACTUAL:</b> 5 Años 5 Meses 13 Dias	Fecha Egreso: 18/10/2021 08:20:00 p.m.
<b>IDENTIFIC:</b> RC1080903871	<b>SEXO:</b> Masculino	<b>ATENCION:</b> URGENCIAS
<b>EMPRESA:</b> EMSSANAR EPS S.A.S	<b>FEC. NAC:</b> 08/02/2020	<b>TELEFONO:</b> 3107865646
<b>DIRECCION:</b> VILLANUEVA		<b>MUNICIPIO:</b> COLON GENOVA N
<b>DIAGNOSTICO:</b> .		

LETARGICO O COMATOSO: . . . . .No  
 OJOS HUNDIDOS: . . . . .No  
 BEBE MAL O NO PUEDE BEBER: . . . .No  
 PLIEGUE CUTÁNEO MUY LENTO: . . . .No  
 INTRANQUILO IRRITABLE: . . . . .No  
 LENTO (2 SEG. O MENOR): . . . . .No

**REVISION POR SISTEMA:**

GENERAL: . . . . . No Refiere  
 CABEZA: . . . . . No Refiere  
 OJOS: . . . . . No Refiere  
 NARIZ: . . . . . No Refiere  
 OIDOS: . . . . . No Refiere  
 OROFAFINGE: . . . . . No Refiere  
 CUELLO: . . . . . No Refiere  
 RESPIRATORIO: . . . . . No Refiere  
 NEUROLOGICO: . . . . . No Refiere  
 ENDOCRINO: . . . . . No Refiere  
 MUSCULO (ESQUELETICO): . . . . . No Refiere  
 HEMATOPOYETICO: . . . . . No Refiere  
 LINFORRETICULAR: . . . . . No Refiere  
 PSIQUIATRICOS: . . . . . No Refiere  
 PIEL Y FANERAS: . . . . . No Refiere  
 ARTICULAR: . . . . . No Refiere  
 CARDIOVASCULAR: . . . . . No Refiere  
 GASTRO - INTESTINAL: . . . . . No Refiere  
 GINECOLOGICO: . . . . . No Refiere  
 UROLOGICO: . . . . . No Refiere  
 OTROS: . . . . . No Refiere

**TIENE FIEBRE?**

DIAGNOSTICO: . . . . .NO TIENE DENGUE  
 FIEBRE +5 DIAS TODOS LOS DIAS .No  
 FIEBRE MAS DE 39 C. . . . .No  
 VIVE/VISITO LOS ULT 15 DIAS . .No  
 RIGIDEZ DE NUCA . . . . .No  
 APARIENCIA ENFERMO GRAVE. . . .No  
 RESPUESTA SOCIAL: . . . . .Normal  
 ERUPCION CUTANEA: . . . . .No  
 POSTRACION. . . . .No  
 ASPECTO TOXICO. . . . .No  
 MANIFESTACION CON SANGRADO. . .No

**TIENE PROBLEMA DE OIDO?**

DIAGNOSTICO: . . . . .NO TIENE OTITIS MEDIA  
 TIENE DOLOR DE OIDO. . . . .No  
 NUMERO DE EPISODIOS PREVIOS. . . . .No  
 TIMPANO ROJO Y ABOMBADO. . . . .No  
 TUMEFACCION DOLOROSA AL TACTO, DETRAS DE LA OREJA.No

**TIENE PROBLEMA DE GARGANT**

DIAGNOSTICO: NO TIENE FARINGOAMIGDALITIS  
 Tiene dolor de Garganta.....[No]  
 Ganglios del cuerpo crecidos y dolorosos...[No]  
 Exudado Blanco - Eritema.....[No]

**FACTORES DE RIESGO S.M.**

SOSPECHA DE MALTRATO FISICO: . . . . . No refiere  
 SOSPECHA DE VIOLENCIA SEXUAL. . . . . No refiere  
 SOSPECHA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR: . . . . No refiere  
 CONDUCTA AGRESIVA O VIOLENTA: . . . . . No refiere  
 SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA: . . . . . No refiere  
 SINTOMATOLOGIA DE ANSIEDAD: . . . . . No refiere  
 IDEAS O INTENTO DE SUICIDA: . . . . . No refiere  
 CONSUMO DE ALCOHOL SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: No refiere  
 PENSAMIENTOS O IDEAS INCOHERENTES: . . . . . No refiere

**HISTORIA CLINICA**

<b>PACIENTE:</b> MUÑOZ MONCAYO ANDRES FELIPE	<b>E.CIVIL:</b> Soltero	Fecha Ingreso: 09/03/2020 09:08:00 a.m.
<b>No HISTORIA:</b> 1080903871	<b>EDAD ACTUAL:</b> 5 Años 5 Meses 13 Días	Fecha Egreso: 18/10/2021 08:20:00 p.m.
<b>IDENTIFIC:</b> RCI080903871	<b>SEXO:</b> Masculino	<b>ATENCION:</b> URGENCIAS
<b>EMPRESA:</b> EMSSANAR EPS S.A.S	<b>FEC. NAC:</b> 08/02/2020	<b>TELEFONO:</b> 3107865646
<b>DIRECCION:</b> VILLANUEVA		<b>MUNICIPIO:</b> COLON GENOVA N
<b>DIAGNOSTICO:</b> .		

VICTIMA DE DESPLAZAMIENTO . . . . . No refiere

**VERIFICAR SALUD BUCAL**

DIAGNOSTICO: . . . . .BAJO RIESGO DE ENFERMEDAD BUCAL  
 TIENE DOLOR EN ALGUN DIENTE? . . . . .NO  
 TIENE DOLOR EN LA BOCA? . . . . .NO  
 TRAUMA EN LA CARA O BOCA ? . . . . .NO  
 TIENE PADRES O HERMANOS CON CARIES . . . . .NO  
 QUIEN CEPILLA LOS DIENTES DEL NIÑO: . . . . .LIMPIEZA DE ENCIAS CON GASAS DOS VECES AL DÍA  
 UTILIZA SEDA DENTAL. . . . .NO  
 INFLAMACION DOLOROSA DEL LABIO EXUDADO PURULENTO EN ENCIA.No  
 ENROJESIMIENTO INFLAMACION LOCALIZADA/DEFORMIDAD EN ENCIA.No  
 CARIES CAVITACIONALES. . . . .No  
 VESICULAS. . . . .No  
 ULCERAS. . . . .No  
 MANCHAS BLANCAS. . . . .No  
 MANCHAS CAFES. . . . .No  
 TRAUMA . . . . .No  
 FRACTURA . . . . .No  
 CONTUSION. . . . .No  
 SUBLUXACION. . . . .No  
 LUXACION . . . . .No  
 EDEMA Y ERITEMA ENCIA. . . . .No  
 AVULSON DIENTE . . . . .No  
 TEMPORAL . . . . .No  
 USA BIBERON. . . . .No

**VERIFICAR DESNUTRICION**

DIAGNOSTICO: . . . . .ADECUADO CRECIMIENTO  
 SIGNOS DE EMACIACION VISIBLE .NO  
 APARIENCIA DEL NIÑO: . . . . .NORMAL  
 EDEMA EN AMBOS PIES: . . . . .NO  
 PESO PARA LA EDAD DE: . . . . .PESO NORMAL  
 TALLA PARA LA EDAD DE: . . . . .TALLA NORMAL  
 PESO PARA LA TALLA: . . . . .PESO PARA LA TALLA NORMAL  
 IMC/EDAD: . . . . .IMC NORMAL  
 TENDENCIA DE PESO: . . . . .ASCENDENTE  
 OBSERVACIONES: . . . . .NO

**EXAMEN MENTAL:**

APARIENCIA GENERAL: . Normal  
 ACTITUD: . . . . . Normal  
 ATENCION: . . . . . Normal  
 CONCIENCIA: . . . . . Normal  
 ORIENTACION: . . . . . normal  
 LENGUAJE: . . . . . normal  
 AFECTO: . . . . . Normal  
 MEMORIA: . . . . . normal  
 PENSAMIENTO: . . . . . normal  
 HABITO: . . . . . Normal  
 SUEÑO: . . . . . Normal  
 ALIMENTACION: . . . . . Normal  
 INTELIGENCIA: . . . . . Normal  
 RETARDO MENTAL: . . . . . NO  
 INTROSPECCION: . . . . . Normal  
 PROSPECCION: . . . . . Normal  
 SOMATIZACIONES: . . . . . NO  
 OBSERVACIONES: . . . . . NO

**VERIFICAR ANEMIA**

DIAGNOSTICO: NO TIENE ANEMIA  
 A RECIBIDO HIERRO EN LOS ULITMOS SEIS MESES . . . . .NO  
 CUANDO? . . . . . CUANTO TIEMPO? . . . .  
 PALIDEZ PARLMAR: .No  
 PALIDEZ CONJUNTIVAL .No

**VERIFICAR MALTRATO**

**HISTORIA CLINICA**

<b>PACIENTE:</b> MUÑOZ MONCAYO ANDRES FELIPE	<b>E.CIVIL:</b> Soltero	Fecha Ingreso: 09/03/2020 09:08:00 a.m.
<b>No HISTORIA:</b> 1080903871	<b>EDAD ACTUAL</b> 5 Años 5 Meses 13 Días	Fecha Egreso: 18/10/2021 08:20:00 p.m.
<b>IDENTIFIC:</b> RC1080903871	<b>SEXO:</b> Masculino	<b>ATENCION:</b> URGENCIAS
<b>EMPRESA:</b> EMSSANAR EPS S.A.S	<b>FEC. NAC:</b> 08/02/2020	<b>TELEFONO:</b> 3107865646
<b>DIRECCION:</b> VILLANUEVA		<b>MUNICIPIO:</b> COLON GENOVA N
<b>DIAGNOSTICO:</b>		

DIAGNOSTICO: . . . . .NO HAY SOSPECHA DE MALTRATO  
 VIVE EN SITUACION DE CALLE ? . . . . .No  
 LESION FISICA SUGESTIVA DE MALTRATO ? . . . . .No  
 PRESENTA LESIONES EN GENITALES O ANO O INFECCION ? . . . . .No  
 EXISTE DISCREPANCIA ENTRE LA HISTORIA/DESARROLLO Y LESIONES .No  
 EXPRESIONES DE ACTIVIDAD SEXUAL INAPROPIADAS PARA LA EDAD: .No  
 ALTERACIONES EN EL COMPORTAMIENTO DE LOS CUIDADORES ? . . . . .No

**EVALUAR DESARROLLO**

DIAGNOSTICO: DESARROLLO NORMAL  
 TIENE ALGUN ANTECEDENTE IMPORTANTE PARA EL DESARROLLO ? .NO  
 AUSENCIA DE 1 2 3 4 CONDICIONES PARA LA EDAD: . . . . .NO  
 PERIMETRO CEFALICO: . . . . .40  
 TIENE ALGUN FACTOR DE RIESGO: . . . . .NO  
 OBSERVACIONES: . . . . .NO

**VERIFICAR VACUNACION**

BCG: . . . . . RECIEN NACIDO  
 HEPATITIS B. . . . . RECIEN NACIDO, 1a Dosis  
 VOP: . . . . . 1a Dosis  
 HAEMOPHILUS INFLUENZA TIPO B: . 1a Dosis  
 ROTAVIRUS: . . . . . 1a Dosis  
 STREPTOCOCO NEUMONIAE: . . . . . 1a Dosis  
 DPT: . . . . . 1a Dosis  
 EDAD PROXIMA VACUNA: . . . . . 4 MESES, ESQUEMA DE VACUNAS COMPLETO PARA LA EDAD  
 CUAL ES LA PROXIMA VACUNA: . . HEPATITIS B, H. INFLUENZA B, DPT, POLIO, NEUMOCOCO Y ROTAVIRUS

**EVALUAR ALIMENTACION**

PROBLEMA DE ALIMENTACION DETECTADO: . . . . . NO  
 RECIBE LECHE MATERNA ? . . . . . SI  
 CUANTAS VECES EN 24 HORAS ? . . . . . A LIBRE DEMANDA  
 RECIBE PECHO EN LA NOCHE ? . . . . . A LIBRE DEMANDA  
 RRECIBE EL MENOR DE 6 MESES OTRA LECHE O ALIMENTOS ? SI  
 CUALES ? . . . . . NAN 1  
 CUANTAS VECES : . . . . . 1 VEZ AL DÍA  
 QUE USA PARA DAR DE COMER ? . . . . . TETERO  
 QUIEN LE DA DE COMER: . . . . . MAMÁ  
 UTILIZA BIBERON: . . . . . SI, UNA VEZ AL DÍA

**EVALUAR EPILEPSIA:**

- DIAGNOSTICO: . . . . . NO TIENE EPILEPSIA

**EVALUAR TUBERCULOSIS:**

DIAGNOSTICO: . . . . . NO TIENE TUBERCULOSIS

**EVALUAR CANCER INFANTIL:**

- DIAGNOSTICO: . . . . . NO HAY SOSPECHA DE CANCER INFANTIL

**HABITOS SALUDABLES:**

SUEÑO: . . . . . NORMAL, 9 HORAS  
 BAÑO. . . . . DIARIO  
 CAMBIO DE PAÑAL . . . . . CADA QUE ESTA SUCIO  
 LAVADO DE MANOS: . . . . . SI  
 CUIDADOR: . . . . . MAMÁ  
 CUIDADO BUCAL Y CEPILLADO DE DIENTES: LIMPIEZA DE ENCIAS CON GASAS DOS VECES AL DÍA  
 FOTOPROTECCION: . . . . . NO  
 EVOLUCION DE CONTROL DE ESFINTERES: . SI  
 LIMPIEZA DEL AREA PERINEAL: . . . . . SI  
 JUEGO CON MOVIMIENTOS ACTIVOS: . . . . . SI

**CRIANZA Y CUIDADO:**

FORMAS DE COMUNICACION CON EL NIÑO: . . . . . VERBAL Y JUEGO  
 ACTIVIDADES PARA ESTIMULAR EL DESARROLLO: . . . . . JUEGO  
 RELACION CON LA FAMILIA: . . . . . BUENA RELACIÓN FAMILIAR  
 CREENCIA PRACTICAS SOBRE LA DISCIPLICA PARA CORREGIR: SI  
 VIVENCIA DE VIOLENCIA EN EL HOGAR: . . . . . NO  
 PREVENCION DE ACCIDENTES: . . . . . SI

**HISTORIA CLINICA**

<b>PACIENTE:</b> MUÑOZ MONCAYO ANDRES FELIPE	<b>E.CIVIL:</b> Soltero	<b>Fecha Ingreso:</b> 09/03/2020 09:08:00 a.m.
<b>No HISTORIA:</b> 1080903871	<b>EDAD ACTUAL</b> 5 Años 5 Meses 13 Días	<b>Fecha Egreso:</b> 18/10/2021 08:20:00 p.m.
<b>IDENTIFIC:</b> RC1080903871	<b>SEXO:</b> Masculino	<b>ATENCION:</b> URGENCIAS
<b>EMPRESA:</b> EMSSANAR EPS S.A.S	<b>FEC. NAC:</b> 08/02/2020	<b>TELEFONO:</b> 3107865646
<b>DIRECCION:</b> VILLANUEVA		<b>MUNICIPIO:</b> COLON GENOVA N
<b>DIAGNOSTICO:</b> .		

**PLAN DE CUIDADO:**

- Lactancia materna exclusiva y a libre demanda hasta los 6 meses de edad y luego complementaria hasta los 2 años de edad.
- Continuar con esquema de vacunación según plan establecido de inmunizaciones.
- Asistir cumplidamente a citas de control de crecimiento y desarrollo programadas.
- Nunca dejar al bebe solo.
- No permitir sueños muy prolongados (mayores de 3 horas).
- No exponer al niño al humo de leña.
- No consumir alcohol, tabaco o sustancias psicoactivas en el entorno del niño.
- Evitar contacto con personas que tengan gripe o usar tapabocas.
- Baño diario corto con agua tibia en un lugar sin corrientes de aire y abrigado.
- Lavado frecuente y adecuado de manos antes y después de manipulación del niño.
- Se brinda educación a madre, padre y cuidadores sobre: prácticas de crianza adecuadas y protectoras basadas en derechos, medidas de buen trato (tratar con cariño y amor, expresar afecto por el niño), puericultura básica, no usar castigos físicos o psicológicos, manejo adecuado de rabietas (usar refuerzos positivos), evitar violencias, prevención de accidentes en el hogar que puedan afectar al niño, importancia de un núcleo familiar sano, adecuada distribución de tareas en el hogar para dedicar el tiempo adecuado para la correcta crianza del niño, planear y ajustar el tiempo adecuado para el regreso a las actividades laborales de la madre, importancia de mantener adecuado estado de higiene en el niño, importancia de la adecuada manipulación y cocción de alimentos para prevenir enfermedades transmitidas por alimentos en el hogar, importancia de mantener aseo y limpieza adecuados en el hogar, establecer normas en el hogar para mantener un ambiente no ruidoso y tranquilo, importancia del adecuado lavado de manos, fortalecimiento de vínculos afectivos del niño con madre, padre y cuidadores, importancia de la estimulación temprana para el crecimiento y el desarrollo infantil saludable, derechos del niño y derecho a la salud.
- Asistir a controles con odontología a partir de los 6 meses de edad.
- Asistir a controles de higiene oral a partir de los 12 meses de edad.
- Se educa en signos y síntomas de alarma, fomento de aseo diario e higiene personal y bucal, asistir cumplidamente a las citas programadas de vacunación y control de crecimiento y desarrollo. No castigo físico, brindar cariño, amor comprensión y dialogo. Se educa en alimentación complementaria saludable de acuerdo a la edad, que tipos de alimentos dar, como y cuando. Mantener la higiene de manos y utensilios para prevenir infecciones gástricas. Se brinda recomendaciones generales y cuidados en casa, signos y síntomas de alarma para consultar por urgencias

**RECOMENDACIONES:**

- CUANDO VOLVER DE INMEDIATO AL SERVICIO (Signos de Alarma). NO COME NADA, VOMITA TODO, LETÁRGICO O INCONCIENTE, FIEBRE ALTA, CONVULSIONES, RESPIRA RÁPIDO, SE LE "HUNDEN LA COSTILLAS" AL RESPIRAR, SE "PONE MORADO", LE "SALE PUS" POR EL OIDO, DIARREA CON SANGRE O MOCO, DIARREA PERSISTENTE
- CUANDO VOLVER A CONSULTA DE CONTROL. ? . . . 4 meses control por Médico
- REFERIDO A CONSULTA DE: . . . . . NO
- MEDIDAS PREVENTIVAS ESPECIFICAS: . . . . . higiene personal general, baño diario, prevención de accidentes en el hogar, Evitar contacto con fumadores, Evitar contacto con personas con gripa, Lavado de manos, Al estornudar o toser taparse nariz y boca con pañuelo, Mantener al niño en la casa , Ventilador adecuadamente la casa y la habitación , Aislar al niño del resto de la familia mínimo un metro.
- RECOMENDACIONES DE BUEN TRATO: . . . . . brindar: amor, cariño, comprensión, NO castigo físico por repercusiones a futuro, educación en pautas de crianza
- RECIBIO VITAMINA EN LOS ULTIMOS 6 MESES . . . No
- RECIBIO ALBENDAZOL EN LOS ULTIMOS 6 MESES . . . No
- RECIBIO HIERRO EN LOS ULTIMOS 6 MESES . . . No

**INTERVENCION MED FLIAR:**

- Lactancia materna exclusiva y a libre demanda hasta los 6 meses de edad y luego complementaria hasta los 2 años de edad.
- Continuar con esquema de vacunación según plan establecido de inmunizaciones.
- Asistir cumplidamente a citas de control de crecimiento y desarrollo programadas.
- Nunca dejar al bebe solo.
- No permitir sueños muy prolongados (mayores de 3 horas).
- No exponer al niño al humo de leña.
- No consumir alcohol, tabaco o sustancias psicoactivas en el entorno del niño.
- Evitar contacto con personas que tengan gripe o usar tapabocas.
- Baño diario corto con agua tibia en un lugar sin corrientes de aire y abrigado.
- Lavado frecuente y adecuado de manos antes y después de manipulación del niño.
- Se brinda educación a madre, padre y cuidadores sobre: prácticas de crianza adecuadas y protectoras basadas en derechos, medidas de buen trato (tratar con cariño y amor, expresar afecto por el niño), puericultura básica, no usar castigos físicos o psicológicos, manejo adecuado de rabietas (usar refuerzos positivos), evitar violencias, prevención de accidentes en el hogar que puedan afectar al niño, importancia de un núcleo familiar

**HISTORIA CLINICA**

<b>PACIENTE:</b> MUÑOZ MONCAYO ANDRES FELIPE	<b>E.CIVIL:</b> Soltero	<b>Fecha Ingreso:</b> 09/03/2020 09:08:00 a.m.
<b>No HISTORIA:</b> 1080903871	<b>EDAD ACTUAL</b> 5 Años 5 Meses 13 Días	<b>Fecha Egreso:</b> 18/10/2021 08:20:00 p.m.
<b>IDENTIFIC:</b> RC1080903871	<b>SEXO:</b> Masculino	<b>ATENCIÓN:</b> URGENCIAS
<b>EMPRESA:</b> EMSSANAR EPS S.A.S	<b>FEC. NAC:</b> 08/02/2020	<b>TELÉFONO:</b> 3107865646
<b>DIRECCIÓN:</b> VILLANUEVA		<b>MUNICIPIO:</b> COLON GENOVA N
<b>DIAGNÓSTICO:</b> .		

sano, adecuada distribución de tareas en el hogar para dedicar el tiempo adecuado para la correcta crianza del niño, planear y ajustar el tiempo adecuado para el regreso a las actividades laborales de la madre, importancia de mantener adecuado estado de higiene en el niño, importancia de la adecuada manipulación y cocción de alimentos para prevenir enfermedades transmitidas por alimentos en el hogar, importancia de mantener aseo y limpieza adecuados en el hogar, establecer normas en el hogar para mantener un ambiente no ruidoso y tranquilo, importancia del adecuado lavado de manos, fortalecimiento de vínculos afectivos del niño con madre, padre y cuidadores, importancia de la estimulación temprana para el crecimiento y el desarrollo infantil saludable, derechos del niño y derecho a la salud.

-Asistir a controles con odontología a partir de los 6 meses de edad.  
-Asistir a controles de higiene oral a partir de los 12 meses de edad.  
-Se educa en signos y síntomas de alarma, fomento de aseo diario e higiene personal y bucal, asistir cumplidamente a las citas programadas de vacunación y control de crecimiento y desarrollo. No castigo físico, brindar cariño, amor comprensión y dialogo. Se educa en alimentación complementaria saludable de acuerdo a la edad, que tipos de alimentos dar, como y cuando. Mantener la higiene de manos y utensilios para prevenir infecciones gástricas. Se brinda recomendaciones generales y cuidados en casa, signos y síntomas de alarma para consultar por urgencias

**DIAGNÓSTICO.:**

Z001: CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO

<b>No Folio:</b> 169450	<b>Fecha:</b> 08/04/2020 08:38:00a.n
<b>Medico:</b> GIL ROLDAN LADY TATIANA	 Lady Tatiana Gil Roldan ENFERMERA C.C. 1 948 348 627 Reg. 22643
<b>Especialidad:</b> ENFERMERA PROFESIONAL	
<b>Reg Medico:</b> 1088348627	

**HISTORIA CLINICA AIEPI**

**MOTIVO DE CONSULTA/ENF:**

NIÑA(O) QUE ES TRAIDA AL CONTROL EN EL MOMENTO DE LA CONSULTA NO PRESENTA ALTERACIONES ASINTOMATICA(O)

**SIGNOS VITALES:**

FRECUENCIA CARDIACA: . . . 135  
 FRECUENCIA RESPIRATORIA: . 42  
 TEMPERATURA: . . . . . 36  
 TENSIÓN ARTERIAL. . . . . 00/00  
 SATURACIÓN DE OXÍGENO . . . 91

**ANTECEDENTES PERSONALES:**

COMO FUE EMBARAZO CUANTO DURO: . 39,4 SEMANAS  
 COMO FUE EL PARTO? . . . . . si  
 CUANTO PESO AL NACER? . . . . . 2900  
 CUANTO MIDIO? . . . . . 52  
 PROBLEMA DESPUES DEL NACIMIENTO NO  
 QUE ENFERMEDADES HA TENIDO? . . No Refiere  
 TRAUMATICOS: . . . . . No Refiere  
 QUIRURGICOS: . . . . . No Refiere  
 INMUNOLOGICOS: . . . . . No Refiere  
 ALERGICOS: . . . . . No Refiere  
 FARMACOLOGICOS: . . . . . No Refiere  
 TOXICOS: . . . . . No Refiere  
 MEDICOS: . . . . . No Refiere  
 HOSPITALIZACIÓN: . . . . . No Refiere  
 TRANSFUSIONALES: . . . . . No Refiere  
 COMPORTAMIENTO GENERAL: . . . . No Refiere  
 RELACIONES INTERPERSONALES: . . No Refiere  
 OTROS ANTECEDENTES: . . . . . No Refiere  
 OBSERVACIONES: . . . . . NO

**EXAMEN FÍSICO:**

ASPECTO GENERAL: . . . . . ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, ALERTA ORIENTADO AFEBRIL, HIDRATADO, COLABORA

**HISTORIA CLINICA**

<b>PACIENTE:</b> MUÑOZ MONCAYO ANDRES FELIPE	<b>E.CIVIL:</b> Soltero	Fecha Ingreso: 09/03/2020 09:08:00 a.m.
<b>No HISTORIA:</b> 1080903871	<b>EDAD ACTUAL</b> 5 Años 5 Meses 13 Días	Fecha Egreso: 18/10/2021 08:20:00 p.m.
<b>IDENTIFIC:</b> RC1080903871	<b>SEXO:</b> Masculino	<b>ATENCIÓN:</b> URGENCIAS
<b>EMPRESA:</b> EMSSANAR EPS S.A.S	<b>FEC. NAC:</b> 08/02/2020	<b>TELÉFONO:</b> 3107865646
<b>DIRECCION:</b> VILLANUEVA		<b>MUNICIPIO:</b> COLON GENOVA N
<b>DIAGNOSTICO:</b> .		

PARA LA REALIZACION DE EXAMEN FISICO

PESO: . . . . . 4  
TALLA: . . . . . 55  
IMC: . . . . . 13,2  
SINTOMATICO DE PIEL: . . . . . No  
SINTOMATICO RESPIRATORIO: . . . . . No  
SINDROME FEBRIL: . . . . . NO  
SINTOMATICO NERV. PERIF.: . . . . . NO REFIERE  
CABEZA: . . . . . NORMOCEFALO, FONTANELA NORMOTENSA, NO DOLOR A LA PALPACION.  
OJOS: . . . . . PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIAS A LA LUZ  
OIDOS: . . . . . PABELLON AURICULAR NORMAL, CONDUCTO AURICULAR PERMEABLE  
NARIZ: . . . . . PERMEABLE, CENTRADA, NO SE EVIDENCIA DEFORMIDADES  
BOCA: . . . . . MUCOSAS HUMEDAS, HIDRATADAS  
SISTEMA GENITOURINARIO: . . . . . GENITALES EXTERNOS NORMOCONFIGURADOS, NO FLUJO VAGINAL, NO OTRAS ALTERACIONES.  
CUELLO: . . . . . SIMETRICO, MOVIL, NO ADENOPATIAS.  
TORAX: . . . . . NORMOEXPANSIBLE, NO TIRAJES  
PULMONAR: . . . . . BIEN VENTILADOS, NO RUIDOS SOBREGREGADOS  
CARDIOVASCULAR: . . . . . CORAZON RITMICO, NO SOPLOS, NO S3, NI S4.  
ABDOMEN: . . . . . ABDOMEN BLANDO, PERISTALTISMO POSITIVO, NO DOLOROSO A LA PALPACION, UTERO GRAVIDO, NO REACTIVO, AU 28 CM, FCF 140X', CEFALICO, DORSO DERECHO, LONGITUDINAL, MOVIMIENTOS FETALES POSITIVOS.  
EXTREMIDADES: . . . . . MOVILES, SIMETRICAS, NO EDEMA, PULSOS DISTALES PRESENTES, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS.FUERZA Y SENSIBILIDAD CONSERVADA, NO LESIONES, NO VARICES  
COLUMNA: . . . . . Normal  
SISTEMA MUSCULOESQUELETICO: Musculos Normales  
PIEL: . . . . . No se observan manchas , no petequias , no cicatrices

**SIGNOS DE PELIGRO GRAL:**

Puede beber o tomar de pecho:[Si] Letargico o Inconsciente:[No]  
Vomita Todo: . . . . . [No] Convulciones: . . . . . [No]

**ANTECEDENTES PERINATALES:**

PARTO INSTITUCIONAL: . . SI  
MODALIDAD DEL PARTO: . . VAGINAL  
PRESENTACION CEFALICA: . SI  
PRODUCTO UNICO: . . . . SI  
ESTUVO EN ENCUBADORA: . NO  
RECIBIO FOTOTERAPIA: . . NO  
LAC. MATERNA 1A HORA. . SI  
OBSERVACIONES: . . . . NO

**TOS O DIFICULTAD RESPIR:**

DIAGNOSTICO: . . . . . .NO TIENE DIFICULTAD PARA RESPIRAR  
PRIMER EPISODIO SIBILANCIA. . .No  
SIBILANCIAS RECURRENTES . . .No  
CUADRO GRIPAL PREVIO. . . . .No  
ANTECEDENTES PREMATUREZ . . .No  
TIRAJE SUBCOSTAL. . . . . .No  
ESTRIDOR. . . . . . .No  
APNEA: . . . . . . .No  
RESPIRACION RAPIDA . . . . .No  
SAO2<92%(90% ALTURA >2500MSNM):No  
SIBILANCIAS: . . . . . .No

**ANTECEDENTES FAMILIARES:**

GENERALES: . . . . . . . No Refiere  
PATOLOGICOS: . . . . . . . No Refiere  
TOXICOS: . . . . . . . No Refiere  
FARMACOLOGICOS: . . . . . . No Refiere  
ALERGICOS: . . . . . . . No Refiere  
OBSTETRICOS: . . . . . . . No Refiere  
GINECOLOGICOS: . . . . . . No Refiere  
ANTECEDENES DE SALUD MENTAL PADRES: . . . . . No Refiere  
TRASTORNOS MENTALES: . . . . . No Refiere  
MALTRATO INFANTIL: . . . . . NO  
MATONEO: . . . . . . . NO  
ABANDONO: . . . . . . . NO

**HISTORIA CLINICA**

<b>PACIENTE:</b> MUÑOZ MONCAYO ANDRES FELIPE	<b>E.CIVIL:</b> Soltero	<b>Fecha Ingreso:</b> 09/03/2020 09:08:00 a.m.
<b>No HISTORIA:</b> 1080903871	<b>EDAD ACTUAL:</b> 5 Años 5 Meses 13 Dias	<b>Fecha Egreso:</b> 18/10/2021 08:20:00 p.m.
<b>IDENTIFIC:</b> RC1080903871	<b>SEXO:</b> Masculino	<b>ATENCION:</b> URGENCIAS
<b>EMPRESA:</b> EMSSANAR EPS S.A.S	<b>FEC. NAC:</b> 08/02/2020	<b>TELEFONO:</b> 3107865646
<b>DIRECCION:</b> VILLANUEVA		<b>MUNICIPIO:</b> COLON GENOVA N
<b>DIAGNOSTICO:</b> .		

DUELO O MUERTE DE PERSONAS: . . . . . NO  
 DIVORCION DE LOS PADRES: . . . . . NO  
 PROBLEMAS EN LA RELACION DE LOS PROGENITORES: NO  
 VIOLENCIA DE GENERO: . . . . . NO  
 VIOLENCIA INTERPERSONAL: . . . . . NO

**TIENE DIARREA?**

DIAGNOSTICO: . . . . . NO TIENE DIARREA  
 HAY SANGRE EN LAS HECEs: . . . . . No  
 TIENE VOMITO: . . . . . No  
 LETARGICO O COMATOSO. . . . . No  
 OJOS HUNDIDOS: . . . . . No  
 BEBE MAL O NO PUEDE BEBER: . . . . . No  
 PLIEGUE CUTÁNEO MUY LENTO: . . . . . No  
 INTRANQUILO IRRITABLE: . . . . . No  
 LENTO (2 SEG. O MENOR): . . . . . No

**REVISION POR SISTEMA:**

GENERAL: . . . . . No Refiere  
 CABEZA: . . . . . No Refiere  
 OJOS: . . . . . No Refiere  
 NARIZ: . . . . . No Refiere  
 OIDOS: . . . . . No Refiere  
 OROFAINGE: . . . . . No Refiere  
 CUELLO: . . . . . No Refiere  
 RESPIRATORIO: . . . . . No Refiere  
 NEUROLOGICO: . . . . . No Refiere  
 ENDOCRINO: . . . . . No Refiere  
 MUSCULO (ESQUELETICO): . . . . . No Refiere  
 HEMATOPOYETICO: . . . . . No Refiere  
 LINFORRETICULAR: . . . . . No Refiere  
 PSIQUIATRICOS: . . . . . No Refiere  
 PIEL Y FANERAS: . . . . . No Refiere  
 ARTICULAR: . . . . . No Refiere  
 CARDIOVASCULAR: . . . . . No Refiere  
 GASTRO - INTESTINAL: . . . . . No Refiere  
 GINECOLOGICO: . . . . . No Refiere  
 UROLOGICO: . . . . . No Refiere  
 OTROS: . . . . . No Refiere

**TIENE FIEBRE?**

DIAGNOSTICO: . . . . . NO TIENE DENGUE  
 FIEBRE +5 DIAS TODOS LOS DIAS .No  
 FIEBRE MAS DE 39 C. . . . . No  
 VIVE/VISITO LOS ULT 15 DIAS . .No  
 RIGIDEZ DE NUCA . . . . . No  
 APARIENCIA ENFERMO GRAVE. . . .No  
 RESPUESTA SOCIAL: . . . . . Normal  
 ERUPCION CUTANEA: . . . . . No  
 POSTRACION. . . . . No  
 ASPECTO TOXICO. . . . . No  
 MANIFESTACION CON SANGRADO. . .No

**TIENE PROBLEMA DE OIDO?**

DIAGNOSTICO: . . . . . NO TIENE OTITIS MEDIA  
 TIENE DOLOR DE OIDO. . . . . No  
 NUMERO DE EPISODIOS PREVIOS. . . . . No  
 TIMPANO ROJO Y ABOMBADO. . . . . No  
 TUMEFACCION DOLOROSA AL TACTO, DETRAS DE LA OREJA.No

**TIENE PROBLEMA DE GARGANT**

DIAGNOSTICO: NO TIENE FARINGOAMIGDALITIS  
 Tiene dolor de Garganta.....[No]  
 Ganglios del cuerpo crecidos y dolorosos...[No]  
 Exudado Blanco - Eritema.....[No]

**FACTORES DE RIESGO S.M.**

**HISTORIA CLINICA**

<b>PACIENTE:</b> MUÑOZ MONCAYO ANDRES FELIPE	<b>E.CIVIL:</b> Soltero	Fecha Ingreso: 09/03/2020 09:08:00 a.m.
<b>No HISTORIA:</b> 1080903871	<b>EDAD ACTUAL:</b> 5 Años 5 Meses 13 Días	Fecha Egreso: 18/10/2021 08:20:00 p.m.
<b>IDENTIFIC:</b> RC1080903871	<b>SEXO:</b> Masculino	<b>ATENCION:</b> URGENCIAS
<b>EMPRESA:</b> EMSSANAR EPS S.A.S	<b>FEC. NAC:</b> 08/02/2020	<b>TELEFONO:</b> 3107865646
<b>DIRECCION:</b> VILLANUEVA		<b>MUNICIPIO:</b> COLON GENOVA N
<b>DIAGNOSTICO:</b> .		

SOSPECHA DE MALTRATO FISICO: . . . . . No refiere  
 SOSPECHA DE VIOLENCIA SEXUAL. . . . . No refiere  
 SOSPECHA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR: . . . . . No refiere  
 CONDUCTA AGRESIVA O VIOLENTA: . . . . . No refiere  
 SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA: . . . . . No refiere  
 SINTOMATOLOGIA DE ANSIEDAD: . . . . . No refiere  
 IDEAS O INTENTO DE SUICIDA: . . . . . No refiere  
 CONSUMO DE ALCOHOL SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: No refiere  
 PENSAMIENTOS O IDEAS INCOHERENTES: . . . . . No refiere  
 VICTIMA DE DESPLAZAMIENTO . . . . . No refiere

**VERIFICAR SALUD BUCAL**

DIAGNOSTICO: . . . . .BAJO RIESGO DE ENFERMEDAD BUCAL  
 TIENE DOLOR EN ALGUN DIENTE? . . . . .No  
 TIENE DOLOR EN LA BOCA? . . . . .No  
 TRAUMA EN LA CARA O BOCA ? . . . . .No  
 TIENE PADRES O HERMANOS CON CARIES . . . . .No  
 UTILIZA SEDA DENTAL. . . . .Si  
 INFLAMACION DOLOROSA DEL LABIO EXUDADO PURULENTO EN ENCIA.No  
 ENROJESIMIENTO INFLAMACION LOCALIZADA/DEFORMIDAD EN ENCIA.No  
 CARIES CAVITACIONALES. . . . .No  
 VESICULAS. . . . .No  
 ULCERAS. . . . .No  
 MANCHAS BLANCAS. . . . .No  
 MANCHAS CAFES. . . . .No  
 TRAUMA . . . . .No  
 FRACTURA . . . . .No  
 CONTUSION. . . . .No  
 SUBLUXACION. . . . .No  
 LUXACION . . . . .No  
 EDEMA Y ERITEMA ENCIA. . . . .No  
 AVULSON DIENTE . . . . .No  
 TEMPORAL . . . . .No  
 USA BIBERON. . . . .No

**VERIFICAR DESNUTRICION**

DIAGNOSTICO: . . . . .ADECUADO CRECIMIENTO  
 SIGNOS DE EMACIACION VISIBLE .No  
 EDEMA EN AMBOS PIES: . . . . .No

**EXAMEN MENTAL:**

APARIENCIA GENERAL:.. Normal  
 ACTITUD: . . . . . Normal  
 ATENCION:.. . . . Normal  
 CONCIENCIA:.. . . . Normal  
 ORIENTACION: . . . . normal  
 LENGUAJE:.. . . . normal  
 AFECTO:.. . . . Normal  
 MEMORIA: . . . . . normal  
 PENSAMIENTO: . . . . normal  
 HABITO:.. . . . Normal  
 SUEÑO: . . . . . Normal  
 ALIMENTACION:.. . . Normal  
 INTELIGENCIA:.. . . Normal  
 RETARDO MENTAL:.. . . NO  
 INTROSPECCION: . . . Normal  
 PROSPECCION: . . . . Normal  
 SOMATIZACIONES:.. . . NO  
 OBSERVACIONES: . . . . NO

**VERIFICAR ANEMIA**

DIAGNOSTICO: NO TIENE ANEMIA  
 A RECIBIDO HIERRO EN LOS ULTIMOS SEIS MESES . . . . .Si  
 CUANDO? . . . . . CUANTO TIEMPO? . . . . .  
 PALIDEZ PARLMAR: .No PALIDEZ CONJUNTIVAL .No

**HISTORIA CLINICA**

<b>PACIENTE:</b> MUÑOZ MONCAYO ANDRES FELIPE	<b>E.CIVIL:</b> Soltero	Fecha Ingreso: 09/03/2020 09:08:00 a.m.
<b>No HISTORIA:</b> 1080903871	<b>EDAD ACTUAL</b> 5 Años 5 Meses 13 Dias	Fecha Egreso: 18/10/2021 08:20:00 p.m.
<b>IDENTIFIC:</b> RC1080903871	<b>SEXO:</b> Masculino	<b>ATENCIÓN:</b> URGENCIAS
<b>EMPRESA:</b> EMSSANAR EPS S.A.S	<b>FEC. NAC:</b> 08/02/2020	<b>TELEFONO:</b> 3107865646
<b>DIRECCION:</b> VILLANUEVA		<b>MUNICIPIO:</b> COLON GENOVA N
<b>DIAGNOSTICO:</b> .		

**VERIFICAR MALTRATO**

DIAGNOSTICO: . . . . . NO HAY SOSPECHA DE MALTRATO  
 VIVE EN SITUACION DE CALLE ? . . . . . No  
 LESION FISICA SUGESTIVA DE MALTRATO ? . . . . . No  
 PRESENTA LESIONES EN GENITALES O ANO O INFECCION ? . . . . . No  
 EXISTE DISCREPANCIA ENTRE LA HISTORIA/DESARROLLO Y LESIONES .No  
 EXPRESIONES DE ACTIVIDAD SEXUAL INAPROPIADAS PARA LA EDAD: .No  
 ALTERACIONES EN EL COMPORTAMIENTO DE LOS CUIDADORES ? . . . . . No NO HAY SOSPECHA DE DE MALTRATO.

**EVALUAR DESARROLLO**

DIAGNOSTICO: DESARROLLO NORMAL  
 TIENE ALGUN ANTECEDENTE IMPORTANTE PARA EL DESARROLLO ? .No  
 AUSENCIA DE 1 2 3 4 CONDICIONES PARA LA EDAD: . . . . . No  
 PERIMETRO CEFALICO: . . . . .  
 TIENE ALGUN FACTOR DE RIESGO: . . . . .

**EVALUAR ALIMENTACION**

PROBLEMA DE ALIMENTACION DETECTADO: . . . . . no  
 RECIBE LECHE MATERNA ? . . . . . SI  
 CUANTAS VECES EN 24 HORAS ? . . . . . 10  
 RECIBE PECHO EN LA NOCHE ? . . . . . SI

**EVALUAR EPILEPSIA:**

- DIAGNOSTICO: . . . . . NO TIENE EPILEPSIA

**EVALUAR TUBERCULOSIS:**

NO TIENE TUBERCULOSIS.

**EVALUAR CANCER INFANTIL:**

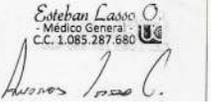
POCA PROBABILIDAD DE CANCER.

**RECOMENDACIONES:**

RECIBIO VITAMINA EN LOS ULTIMOS 6 MESES . . No  
 RECIBIO ALBENDAZOL EN LOS ULTIMOS 6 MESES . No  
 RECIBIO HIERRO EN LOS ULTIMOS 6 MESES . . . No

**DIAGNOSTICO.:**

Z001: CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO

<b>No Folio:</b> 166229	<b>Fecha:</b> 09/03/2020 09:08:00a.n	
<b>Medico:</b> LASSO ORTEGA ESTEBAN ANDRES		
<b>Especialidad:</b> MEDICO GENERAL		
<b>Reg Medico:</b> 1085287680		

Fecha y hora de ingreso	Responsable	Paciente	Documento	Ox	Médico que remite	Fecha y hora llegada	Destino	Novedad	Médico que recibe	Responsable	Fecha y hora salida	P.D.
28-09-21	Lucía Berra	Recepi a do. Consulta. ginecología							Recepi Prescritos.		29-09-21 14:00	001 707
29-09-21 09:30	con. Gilmo. Aux. Lucía	Dilán José. Aullon Gutierrez	10800351N 5923-5830	S930- S923-5830	Dr. Alejandra Calvarache	29-09-21 01+10	HILA	sin novedad		con. Gilmo	29-09-21 01:00 PM	001 707
30-09-2021	Cond: Luchó Aux: Mouna	Maria Grazia Muñoz	42149886	LD22-NK3X.	Paola Ortega		Clinica Promosalud.			Aux: Archa Cond: Luchó	30-09-21 08+30	000- 642
30-09-2021 10:30	Cond: Yancina Aux: Maritza	Deyu Marina. Brenda Urbano.	21151585	R800 R857.	Paola Bolanos	1+10-21 00+24	Clinica. Promosalud	sin novedad	Promosalud S.A. Ortodoncia y Maxilofacial C.C. 18830703	Aux: Maritza Cond: Yancina	01-10-21	005 642
24-10-2021 14:30	Aux: Sandra Paz Cond: Luchó Berra	Brenda Estren Urbano	1080903226	S826. S930	Paola Bolanos	04-10-21 20:00	H. E. S	sin novedad Regresamos con paciente		Aux: Sandra Díaz Cond: Luchó Berra	10-2021 23:30	005 642
06-10-21	Aux: Yeni Cond: Luchó	Manuela Alejandro Raúlpe Navira	1080902050	58999	Daniela Bolanos	06-10-21 14:40	H. E. S	sin novedad		Aux: Yeni Cond: Luchó	06-10-21 22+05	005 642
09-10-21 15:45	Aux: Sandra Cond: Gilmo.	Rebeca Alexis. Oscar Berra.	108948148	S631. S665	Adrián Bolanos	09-10-21 19:00	H.E.S.	sin novedad	Aten. Damián Guzmán Medicina Pediatría	Aux: Sandra Cond: Gilmo	09-10-21 14:30	005 642
09-10-21 15:45	Aux: Yenny Cond: Gilmo	Clemencia Muñoz	21153001	S422	Paola Ortega	16+20	H. E. S	sin novedad	Diana M. Prado 108903689	Aux: Yenny Cond: Gilmo	09-10-21 14+58	005 642
12-10-21	Aux: Yenny Cond: Luchó	Veronica Muñoz	82152801	697X-110X-110X	Nelissa Lopez	15+20	Hospital Departamental	sin novedad		Aux: Yenny Cond: Luchó	12-10-21 00+01	005 642
16-10-2021 14:50	Aux: Rudi Cond: Luchó	Tito Ferozan Gonzalo Berrón	1080903194	S930 S934	Andrés Bolanos	16-10-21 16+30	H.E.S.	sin novedad		Aux: Rudi Cond: Luchó	16-10-21 19:16	005 642
18-10-2021	Cond: Luchó	Andrés Felipe Muñoz	1080903871	1159	Paola Ortega	18-10-21 22:00	H.E.S.	sin novedad		Cond: Luchó	19-10-21 01+30	005 642
20-10-2021 02+30	Cond: Alejandra Aux: Rudi Cond: Gilmo.	Alice Stepanov Muñoz Graze.	1080903016	5099.	Daniela Bolanos	20-10-21 6+10	HILA	sin novedad.		Hd: Alejandra Aux: Rudi Cond: Gilmo	20-10-21 10+30	005 642



**JESÚS ALVARO UNIGARRO GARZÓN**  
*Abogado - Administrador de Empresas*  
*Esp. Contratación Estatal*  
*Esp. Derecho de Daño Responsabilidad Pública y Privada*

---

Pasto, 25 de julio de 2025.

Señores:

**JUZGADO SEGUNDO ADMINISTRATIVO DE PASTO**

E.S.D.

**RADICACIÓN:** 52001-33-33-002-2023-00260-00

**MEDIO DE CONTROL:** REPARACIÓN DIRECTA

**DEMANDANTE:** HUGO ALEXANDER MUÑOZ MUÑOZ Y OTROS

**DEMANDADO:** HOSPITAL EDUARDO SANTOS E.S.E. DE LA UNIÓN (N), CENTRO DE SALUD LA BUENA ESPERANZA Y OTROS.

Actuación: Llamamiento en garantía

JESÚS ÁLVARO UNIGARRO GARZÓN, mayor de edad, identificado con la C.C. No. 87.453.859 de Samaniego (N), portador de la T. P No. 218.653 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderado del Centro de Salud La Buena Esperanza E.S.E, comparezco ante su despacho a fin de formular LLAMAMIENTO EN GARANTIA dentro del proceso de la referencia frente a la siguiente persona jurídica:

- A LA ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, identificada con Nit. 860524654-6, con domicilio principal en la calle 100 No. 9 A – 45 piso 12 de Bogotá, dirección email notificación judicial [notificaciones@solidaria.com.co](mailto:notificaciones@solidaria.com.co)

FUNDAMENTOS FÁCTICOS EN LOS QUE SE FUNDAMENTA EL LLAMAMIENTO

1. El Centro de Salud Policarpa E.S.E., suscribió contrato de seguro con la empresa o compañía de seguros a quien se llama en garantía, en virtud de la Póliza No. 4361564265 de 27 de enero de 2021, con vigencia desde el 26 de enero de 2021, hasta el 26 de enero de 2022.
2. La Póliza antes referida fue adquirida y vigente, amparando daños bajo la responsabilidad civil clínicas y centros médicos.

**CARRERA 24 No. 20-14 OFICINA 302, CELULAR**  
**3172234394-3113777799, PASTO**

---



**JESÚS ALVARO UNIGARRO GARZÓN**  
*Abogado - Administrador de Empresas*  
*Esp. Contratación Estatal*  
*Esp. Derecho de Daño Responsabilidad Pública y Privada*

3. Ante una eventual sentencia condenatoria en contra del Centro de Salud La Buena Esperanza E.S.E., deberá asumir el pago de las condenas correspondientes, en virtud del aseguramiento contratado.

FUNDAMENTOS JURÍDICOS

Invoco los; el artículo 2341 del Código Civil, relativo a la responsabilidad civil extracontractual; los artículos 2344 y 2347 del Código Civil, relativo a la responsabilidad por el hecho ajeno, y demás normas concordantes.

PRUEBAS Y ANEXOS:

Solicito se tengan en cuenta los siguientes medios probatorios:

1. Copia de la Póliza de Responsabilidad Civil No. No. 4361564265 de 27 de enero de 2021, con vigencia desde el 26 de enero de 2021, hasta el 26 de enero de 2022., otorgada por la Empresa LLAMADA EN GARANTÍA.
2. Certificado de la existencia y Representación legal de la LLAMADA EN GARANTÍA, expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá.

NOTIFICACIONES

La entidad llamada en garantía puede ser notificada en la calle 100 No. 9 A – 45 piso 12 de Bogotá, dirección email notificación judicial [notificaciones@solidaria.com.co](mailto:notificaciones@solidaria.com.co)

El suscrito en la carrera 24 No. 20-14 Oficina 302 Edificio Plazuela Santo Domingo de la ciudad de Pasto (N), celular 3113777799, correo electrónico [jesus.unigarro@gmail.com](mailto:jesus.unigarro@gmail.com)

Atentamente,

**JESUS ALVARO UNIGARRO GARZÓN**

C.C. 87.453.859 de Samaniego (Nariño)

T.P No. 218.653 del Consejo Superior de la Judicatura

***CARRERA 24 No. 20-14 OFICINA 302, CELULAR***  
***3172234394-3113777799, PASTO***

---

**NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS**  
**4361564265**

**PÓLIZA No: 436 -88 - 994000000098 ANEXO:0**

AGENCIA EXPEDIDORA: <b>PASTO</b>	COD. AGE: 436	RAMO: 88	PAP:
DIA: 27 MES: 01 AÑO: 2021	DIA: 26 MES: 01 AÑO: 2021 HORAS: 23:59	DIA: 26 MES: 01 AÑO: 2022 HORAS: 23:59	DIA: 17 MES: 12 AÑO: 2024
FECHA DE EXPEDICIÓN	VIGENCIA DESDE A LAS	VIGENCIA HASTA A LAS DIAS	FECHA DE IMPRESIÓN
MODALIDAD FACTURACIÓN: <b>ANUAL</b>	TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION		

TIPO DE MOVIMIENTO: <b>EXPEDICION</b>	DIA: 26 MES: 01 AÑO: 2021 HORAS: 23:59	DIA: 26 MES: 01 AÑO: 2022 HORAS: 23:59
VIGENCIA DEL ANEXO	VIGENCIA DESDE A LAS	VIGENCIA HASTA A LAS

**DATOS DEL TOMADOR**

NOMBRE: **CENTRO DE SALUD LA BUENA ESPERANZA E.S.E** IDENTIFICACIÓN: NIT **900.136.920-0**

DIRECCIÓN: **BARRIO LA PAZ COLON GENOVA** CIUDAD: **COLÓN, NARIÑO** TELÉFONO: **3145500336**

**DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO**

ASEGURADO: **CENTRO DE SALUD LA BUENA ESPERANZA E.S.E** IDENTIFICACIÓN: NIT **900.136.920-0**

DIRECCIÓN: **BARRIO LA PAZ COLON GENOVA** CIUDAD: **COLÓN, NARIÑO** TELÉFONO: **3145500336**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

**DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS**

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **NARIÑO** CIUDAD: **COLÓN**

DIRECCION: **CALLE 0 No. 0-0 BARRIO LA PAZ**

ACTIVIDAD: **INSTITUCION MEDICA**

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO		\$ 360,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL		360,000,000.00	
TRANSPORTE EN AMBULANCIA		360,000,000.00	0.00
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO		360,000,000.00	0.00
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA		360,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		360,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		30,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 10,000,000.00 \$ en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL/TRANSPORTE EN AMBULANCIA/RESPONSABILIDAD CIVIL DEL DIRECTOR MEDICO/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO O DE TERAPEUTICA/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

BENEFICIARIOS  
NIT 900136920 - CENTRO DE SALUD LA BUENA ESPERANZA E.S.E  
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

OBJETO DEL SEGURO:  
=====

OTORGAR LA COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA A LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS, EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE SEGURO, LAS CUALES SE INCORPORAN AL CONTRATO DE SEGUROS PARA TODOS LOS EFECTOS Y, AL PAGO DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE, HASTA POR LOS LÍMITES Y SUBLÍMITES ASEGURADOS ESTIPULADOS PARA CADA AMPARO, TAL COMO SE DESCRIBEN EN LAS SIGUIENTES CONDICIONES.

CONDICIONES GENERALES:  
=====

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ <b>***360,000,000.00</b>	VALOR PRIMA: \$ <b>*****8,820,000</b>	GASTOS EXPEDICION: \$ <b>****15,000.00</b>	IVA: \$ <b>****1,678,650</b>	TOTAL A PAGAR: \$ <b>*****10,513,650</b>
---	--	---	---------------------------------	---

INTERMEDIARIO			COASEGURO CEDIDO		
NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO
SILVIO URIEL VIVEROS OJEDA	8846	100.00			

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDA CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

**FIRMA ASEGURADOR** (415)7701861000019(8020)00000000007000436156426

**FIRMA TOMADOR**

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá

CADB26790A09F87C59

CLIENTE

CGAMBOA 0

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Ahor Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93.- REGIMEN COMUN.- ACTIVIDAD ECONOMICA 6601.- ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

Compañía de Seguros

## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

## DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: PASTO

COD. AGENCIA: 436

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000098 ANEXO: 0

## DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: CENTRO DE SALUD LA BUENA ESPERANZA E.S.E

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.136.920-0

ASEGURADO: CENTRO DE SALUD LA BUENA ESPERANZA E.S.E

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.136.920-0

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

## TEXTO ITEM 1

TEXTOS SEGÚN CLAUSULADO ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA FORMA 21/08/2020-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-38-D001 Y 21/08/2020-1502-NT-P-06-P210820MGG17G170

MODALIDAD DE COBERTURA:  
=====

LA PÓLIZA OPERA BAJO EL SISTEMA DE ASEGURAMIENTO BASE RECLAMACIÓN CLAIMS-MADE, DONDE SE ENTIENDE POR CLAIMS-MADE LA COBERTURA A LAS INDEMNIZACIONES QUE EL ASEGURADO DEBE PAGAR EN VIRTUD DE LAS RECLAMACIONES, CONOCIDAS POR PRIMERA VEZ Y REPORTADAS DURANTE EL PERIODO DEL SEGURO, COMO CONSECUENCIA DE LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES CAUSADOS POR ALGUNA CAUSA CUBIERTA BAJO LOS AMPAROS DE LA PÓLIZA EN SUS AMPAROS GENERALES Y PARTICULARES, POR HECHOS OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O DESDE LA FECHA DE RETROACTIVIDAD OTORGADA.

FECHA DE PERIODO DE RETROACTIVIDAD:  
=====

LA FECHA DE PERIODO DE RETROACTIVIDAD QUE SE OTORGA ES A PARTIR DEL 27 DE ENERO DE 2020 PÓLIZA EMITIDA POR PREVISORA SEGUROS, EN CUANTO AL MOMENTO EN QUE SE PRESENTE EL SINIESTRO, SIEMPRE Y CUANDO EL ASEGURADO NO TUVIERA CONOCIMIENTO DE UNA RECLAMACIÓN POTENCIAL.

NO EXISTIRÁ RESPONSABILIDAD CON RESPECTO A CUALQUIER RECLAMACIÓN QUE SEA OCASIONADA O ESTÉ CONECTADA A CUALQUIER CIRCUNSTANCIA O HECHO QUE SE HAYA NOTIFICADO A LA ASEGURADORA EN CUALQUIER OTRA PÓLIZA DE SEGURO REALIZADA PREVIAMENTE AL INICIO DE ESTA PÓLIZA; Y/O QUE SURJA O ESTÉ EN CONEXIÓN CON CUALQUIER CIRCUNSTANCIA O HECHO CONOCIDO POR EL ASEGURADO ANTERIORMENTE AL INICIO DE ESTA PÓLIZA.

AMPARO BÁSICO:  
=====

\* RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA: LÍMITE DEL 100% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR EVENTO Y VIGENCIA, EN MODALIDAD CLAIMS-MADE.

\* RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL: LÍMITE DEL 100% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR EVENTO Y VIGENCIA, EN MODALIDAD "OCURRENCIA", POR LOS SIGUIENTES EVENTOS:

- o PROPIEDAD, ARRENDAMIENTO USO O USUFRUCTO DE LOS PREDIOS EN LOS QUE DESARROLLAN SUS ACTIVIDADES MÉDICAS.
- o POSESIÓN Y EL USO DE APARATOS Y EQUIPOS MÉDICOS CON FINES DE DIAGNÓSTICO O DE TERAPÉUTICA.
- o SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS.
- o SUMINISTRO A PACIENTES DE COMIDAS, BEBIDAS Y PRODUCTOS O MATERIALES MÉDICOS, QUIRÚRGICOS O DENTALES.

\* HONORARIOS DE DEFENSA: LA ASEGURADORA INDEMNIZARA AL ASEGURADO, LOS GASTOS DE DEFENSA EN QUE INCURRA HASTA POR EL MONTO ESTABLECIDO, Y QUE HAYAN SIDO CAUSADOS EN LA DEFENSA DE CUALQUIER PROCEDIMIENTO LEGAL EN SU CONTRA Y EN LO QUE SE PRETENDA DEMOSTRAR SU RESPONSABILIDAD SIEMPRE Y CUANDO LOS HECHOS POR LOS QUE SE LE DEMANDA O SE RECLAMAN SE ENCUENTREN AMPARADOS BAJO LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE ESTE SEGURO.

SUBLÍMITE DEL 15% DEL VALOR ASEGURADO TOTAL DE LA PÓLIZA, DISTRIBUIDO, ASÍ:

- o POR PROCESO: COP \$10.000.000.
- o POR EVENTO: COP \$30.000.000.

\* COSTOS PARA LA CONSTITUCIÓN DE CAUCIONES JUDICIALES: SUBLÍMITE DE COP \$10.000.000 POR EVENTO / VIGENCIA.

\* COSTAS DEL PROCESO: SEGÚN FALLO JUDICIAL, LIMITADO SEGÚN TEXTO CLAUSULADO GENERAL ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA.

AMPAROS ADICIONALES:  
=====

ENTENDIDOS COMO CONTRATADOS SUJETOS AL RESPECTIVO PAGO DE PRIMA Y CONSIGNACIÓN EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA.

\* EXTENSIÓN DEL PERÍODO DE RECLAMACIONES, SEGÚN CONDICIONES GENERALES (CLAUSULADO) DE LA PÓLIZA: BAJO EL PRESENTE AMPARO SE OTORGA EN CASO DE REVOCACIÓN O NO RENOVACIÓN POR PARTE DE ASEGURADORA SOLIDARIA Y SIEMPRE QUE LA PÓLIZA NO SEA REEMPLAZADA POR OTRA DE LA MISMA NATURALEZA CON OTRA ASEGURADORA, EL DERECHO DE EXTENDER, HASTA POR UN PERÍODO DOCE (12) MESES, LA COBERTURA PARA LAS RECLAMACIONES INICIADAS EN SU CONTRA DE LAS QUE CONOZCA, O DEBIERA CONOCER HABRÍAN DE SER INICIADAS, POR PRIMERA VEZ CON POSTERIORIDAD A LA EXPIRACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, SIEMPRE Y CUANDO TALES RECLAMACIONES SE FUNDAMENTEN EN ACTOS OCURRIDOS EXCLUSIVAMENTE DURANTE LA ÚLTIMA VIGENCIA DE LA PÓLIZA. ESTA EXTENSIÓN DE COBERTURA DARÁ LUGAR AL ASEGURADOR AL COBRO DE PRIMA ADICIONAL DEL 50% DE LA PRIMA ANUAL COBRADA INICIALMENTE.

\* RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA CAUSADA POR PERSONAL MÉDICO AUXILIAR FUERA DE LAS INSTALACIONES DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS

\* POSESIÓN Y UTILIZACIÓN DE EQUIPOS ESPECIALES: SUBLÍMITE DEL 50% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR EVENTO, Y DEL 100% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR VIGENCIA.

PARA QUE SE OTORQUE ESTE AMPARO ES NECESARIO QUE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS:

a) INCLUYAN LA DESCRIPCIÓN E IDENTIFICACIÓN DE LOS EQUIPOS EN CARATULA DE LA PÓLIZA O EN LA SOLICITUD DE SEGURO.

b) MANTENGAN EN PERFECTAS CONDICIONES LOS EQUIPOS, INCLUYENDO LA REALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO DE ACUERDO CON LAS ESTIPULACIONES DE LOS FABRICANTES

CLIENTE

## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

## DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: PASTO

COD. AGENCIA: 436

RAMO: 88

No PÓLIZA: 99400000098 ANEXO: 0

## DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: CENTRO DE SALUD LA BUENA ESPERANZA E.S.E

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.136.920-0

ASEGURADO: CENTRO DE SALUD LA BUENA ESPERANZA E.S.E

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.136.920-0

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

## TEXTO ITEM 1

c) EJERZAN UN ESTRICTO CONTROL SOBRE EL USO DE LOS EQUIPOS Y MATERIAS, INCLUYENDO LAS MEDIDAS NECESARIAS DE SEGURIDAD ESTE AMPARO SERÁ PROCEDENTE CUANDO EL HECHO GENERADOR DE LOS DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES CORPORALES HAYA OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.

SE CUBREN TAMBIÉN MEDIANTE ESTE AMPARO, HASTA EL LÍMITE INDICADO EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA, LOS COSTOS Y GASTOS DEL PROCESO PREVISTOS EN EL NUMERAL 1.3.1. CUANDO TAL PROCESO SE ADELANTE POR RESPONSABILIDAD DERIVADA DE LA POSESIÓN, USO Y APLICACIÓN A PACIENTES DE LOS EQUIPOS.

\* SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS CUYA UNIÓN, MEZCLA Y/O TRANSFORMACIÓN HAYA SIDO REALIZADA POR LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS.

\* RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL INDIRECTA DE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS

\* AMPARO DE GASTOS MÉDICOS INMEDIATOS: SUBLÍMITE DEL 5% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR EVENTO, Y DEL 10% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR VIGENCIA.

\* COBERTURA A PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES: SUBLÍMITE DEL 100% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR EVENTO / VIGENCIA. SE INCLUYE COMO PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES LOS OCASIONADOS A UN TERCERO, DERIVADOS DIRECTAMENTE DE UNA LESIÓN PERSONAL O DAÑO MATERIAL AMPARADOS POR LA PÓLIZA, TASADOS EN SENTENCIAS JUDICIALES O LAUDOS ARBITRALES, O ACUERDOS DE CONCILIACIÓN AVALADOS POR LA ASEGURADORA. EN DAÑOS MORALES SE INCLUYEN AMPARADOS LOS PERJUICIOS FISIOLÓGICOS Y LOS DAÑOS A LA VIDA EN RELACIÓN. DENTRO DEL MISMO SUBLÍMITE SE INCLUYE EL LUCRO CESANTE.

ANEXOS DE COBERTURA, CONDICIONES Y DEMAS CLAUSULAS:

=====

\* CLÁUSULA DE REVOCACIÓN: TREINTA (30) DÍAS.

\* AVISO DE SINIESTRO: TREINTA (30) DÍAS.

\* NO SE OTORGA RESTABLECIMIENTO DEL VALOR ASEGURADO POR PAGO DE SINIESTRO.

\* DESIGNACIÓN DE AJUSTADORES: SEGÚN LISTADO DE LA COMPAÑÍA.

\* ANTICIPO DE INDEMNIZACIÓN DEL 50%: UNA VEZ DEMOSTRADA LA OCURRENCIA Y CUANTÍA DE LA PÉRDIDA, Y LA RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA EN INDEMNIZAR.

\* DEFINICIÓN DE SUBLÍMITE: INCLUIDO DENTRO DEL VALOR ASEGURADO, ESTO QUIERE DECIR QUE EN CASO DE PÉRDIDA TOTAL NO CONSTITUYE UN VALOR ADICIONAL DE INDEMNIZACIÓN.

\* CLÁUSULA DE ARBITRAMENTO: LAS DIFERENCIAS QUE SURJAN ENTRE LAS PARTES DEL CONTRATO, SERÁN SOMETIDAS A UN TRIBUNAL DE ARBITRAMENTO QUE ESTARÁ INTEGRADO POR TRES ÁRBITROS NOMBRADOS POR CADA UNA DE LAS PARTES, LOS DOS PRIMEROS, Y UN TERCERO NOMBRADO POR UN CENTRO DE CONCILIACIÓN O JUZGADO EN BOGOTÁ.

\* CLÁUSULA DE NO RENOVACIÓN TÁCITA O AUTOMÁTICA: MEDIANTE LA PRESENTE CLAUSULA SE DEJA CLARIDAD QUE EL ASEGURADOR SE RESERVA EL DERECHO DE RENOVAR LA PÓLIZA EN LOS MISMOS TÉRMINOS Y CONDICIONES. EN TODOS LOS CASOS EL TOMADOR DEBERÁ APORTAR LA INFORMACIÓN QUE EL ASEGURADOR SOLICITE PARA DECIDIR SOBRE LA RENOVACIÓN, PREVIAMENTE AL VENCIMIENTO DE LA COBERTURA.

\* DECLARACIONES INEXACTAS O RETICENTES: LA EMPRESA TOMADORA ESTÁ OBLIGADA A DECLARAR SINCERAMENTE LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE DETERMINAN EL ESTADO DE RIESGO. LA RETICENCIA O INEXACTITUD SOBRE HECHOS O CIRCUNSTANCIAS RELACIONADAS CON ÉSTE PRODUCEN LOS EFECTOS PREVISTOS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO.

\* TODAS LAS MODIFICACIONES, ALTERACIONES Y/O EXTENSIONES DEBERÁN SER ACORDADAS CON ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA.

\* TODOS LOS AMPAROS Y ANEXOS HACEN PARTE DEL LÍMITE AGREGADO DE RESPONSABILIDAD Y NO SON EN ADICIÓN A ESTE.

EXCLUSIONES:

=====

SIN PERJUICIO DE LAS CONSAGRADAS EN EL TEXTO DE LAS CONDICIONES GENERALES (CLAUSULADO) DEL SEGURO, SE EXCLUYEN ADEMÁS LAS SIGUIENTES:

\* ASEGURADO CONTRA ASEGURADO.

\* RECLAMACIONES POR ACTOS MÉDICOS ELECTIVOS PARA LA REDUCCIÓN DE PESO, O MEDIANTE RECETA DE MEDICAMENTOS QUE CONTENGAN BARBITÚRICOS, SUS COMPONENTES O DERIVADOS.

\* RECLAMACIONES POR CIRUGÍA BARIÁTRICA, SALVO PARA PACIENTES DIAGNOSTICADOS CLÍNICAMENTE CON OBESIDAD MÓRBIDA O SUPER-OBESIDAD Y CON MASA CORPORAL SUPERIOR A 35 KILOGRAMOS POR METRO CUADRADO.

\* RECLAMACIONES POR CUALQUIER OFENSA SEXUAL, CUALQUIERA QUE SEA SU CAUSA Y/U ORIGEN.

\* RECLAMACIONES POR REINTEGRO DE HONORARIOS PROFESIONALES O SUMAS ABONADAS AL ASEGURADO O A SU REPRESENTANTE.

\* RECLAMACIONES POR TODA RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL, TALES COMO: RC PATRONAL, RC DIRECTORES Y OFICIALES (D&O), RC DE PROFESIONALES NO MÉDICOS (E&O), RC SERVIDORES PÚBLICOS, Y RC AUTOMOTORES.

\* RECLAMACIONES PRESENTADAS Y/O DEMANDAS ENTABLADAS / FORMULADAS Y/O SENTENCIAS FUERA DEL PAÍS DE DOMICILIO DEL ASEGURADO, INCLUYENDO AQUELLAS DONDE SE CONCEDE EL ESTADO DE EXQUATUR EN COLOMBIA.

\* RESPONSABILIDAD CIVIL PROVENIENTE DE LOS ERRORES Y OMISIONES O LA FALTA DE GESTIÓN DEL DIRECTOR MÉDICO Y EL PERSONAL ADMINISTRATIVO DE LA INSTITUCIÓN ASEGURADA.

\* SE EXCLUYE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL DE CADA PROFESIONAL DE LA SALUD AL SERVICIO DEL ASEGURADO.

\* SE EXCLUYE CUALQUIER PÉRDIDA, RECLAMO, DEMANDA O COSTOS Y GASTOS QUE SE DERIVEN O TENGAN RELACIÓN CON EL RESULTADO FINAL DE CUALQUIER PROCEDIMIENTO DE ESTÉTICA O EMBELLECIMIENTO, ESTÉTICA DENTAL O DISEÑOS DE SONRISA, O CIRUGÍA MAXILOFACIAL CON FINES ESTÉTICOS.

\* RECLAMACIONES PROVENIENTES DEL USO, ARRENDAMIENTO, Y/O MANTENIMIENTO DE VEHÍCULOS TERRESTRES, AÉREOS Y/O ACUÁTICOS, INCLUYENDO AMBULANCIAS DE PROPIEDAD DEL ASEGURADO. SE CUBRIRÁN RECLAMOS ÚNICAMENTE POR ACCIONES Y/O OMISIONES MÉDICAS QUE CAUSEN DAÑOS FÍSICOS A UNA PERSONA DURANTE SU TRANSPORTE EN UNA AMBULANCIA COMO PACIENTE DEL ASEGURADO.

## POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

## DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: PASTO

COD. AGENCIA: 436

RAMO: 88

No PÓLIZA: 994000000098 ANEXO: 0

## DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: CENTRO DE SALUD LA BUENA ESPERANZA E.S.E

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.136.920-0

ASEGURADO: CENTRO DE SALUD LA BUENA ESPERANZA E.S.E

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.136.920-0

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

## TEXTO ITEM 1

\* ESTA PÓLIZA NO CUBRE NINGÚN DAÑOS Y/O COSTOS ORIGINADOS EN, BASADOS EN O ATRIBUIBLES A RECLAMACIONES, GENERADAS POR O RESULTANTES DE, DIRECTA O INDIRECTAMENTE, TOTAL O PARCIALMENTE DE TRANSMISIÓN DE ENFERMEDADES Y/O CUALQUIER TIPO DE CORONAVIRUS (INCLUYENDO PERO NO LIMITADO A COVID-19), Y/O CUALQUIER VIRUS O BACTERIA (INCLUYENDO PERO NO LIMITADO A: ÉBOLA, BIRD FLU, SARS, MERS, SWINE FLU, ETC.), Y/O SUS AGENTES PATÓGENOS Y/O CUALQUIER ENFERMEDAD DE CUALQUIER NATURALEZA QUE SE CONSIDERE EPIDÉMICA Y/O QUE SE CONSIDERE PANDEMICA, O QUE HAYA SIDO DECLARADA EN CUALQUIER FORMA YA SEA POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD Y/O GOBIERNO DE UN PAÍS Y/O CUALQUIER OTRA ENTIDAD OFICIAL O NO COMO EPIDEMIA

EXCLUSIONES PARA GASTOS DE DEFENSA:  
 =====

SUJETO A LOS DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE ESTA PÓLIZA, QUEDA ACORDADO Y CONVENIDO QUE ESTA COBERTURA NO SE EXTIENDE PARA AMPARAR RECLAMACIONES DE GASTOS DE DEFENSA, DERIVADAS DE:

\* SI LA RESPONSABILIDAD QUE SE PRETENDE DEMOSTRAR PROVIENE DE DOLO O ESTÁ EXPRESAMENTE EXCLUIDA DE LA PÓLIZA.  
 \* SI EL ASEGURADO AFRONTA EL PROCESO CONTRA ORDEN EXPRESA DEL ASEGURADOR.

AMBITO TERRITORIAL:  
 =====

\* JURISDICCIÓN Y LEGISLACIÓN APLICABLE: COLOMBIANA.

GARANTIAS:  
 =====

PARA LOS EFECTOS Y CON EL ALCANCE DEL ARTÍCULO 1061 DEL CÓDIGO DE COMERCIO COLOMBIANO, QUEDA EXPRESAMENTE DECLARADO Y CONVENIDO QUE ESTE SEGURO SE REALIZA EN VIRTUD DEL COMPROMISO QUE ADQUIERE EL ASEGURADO, QUE DURANTE SU VIGENCIA CUMPLIRÁ CON LAS GARANTÍAS ESTIPULADAS EN EL NUMERAL 3. GARANTIAS DEL CLAUSULADO GENERAL DE LA PÓLIZA.  
 EL INCUMPLIMIENTO DE ESTE COMPROMISO O GARANTÍA DA LUGAR A LAS SANCIONES QUE ESTABLECE EL ARTÍCULO MENCIONADO.

DEDUCIBLES:  
 =====

\* GASTOS MÉDICOS: SIN APLICACIÓN DE DEDUCIBLE.  
 \* GASTOS DE DEFENSA, CAUCIONES JUDICIALES Y COSTAS DEL PROCESO: SIN APLICACIÓN DE DEDUCIBLE  
 \* DEMÁS EVENTOS: 10% DEL VALOR DE LA PÉRDIDA, MÍNIMO 10 SMLLV

RELACION DE ASEGURADOS:  
 =====

1. CC 1053798874 BOLAÑOS ALBORNOZ ANDREA ELIZABETH - medico
2. CC 5340678 BOLAÑOS MUÑOZ HARNOL ALCIBIADES - medico
3. CC 1087408540 MORA CAICEDO JHONATHAN - medico
4. CC 1089484461 ZAMBRANO RASMUSEN JUAN CARLOS - medico
5. CC 1064436887 QUIJANO CONSTAIN JUAN SEBASTIAN - medico
6. CC 1089482660 PATIÑO ORTEGA JESSICA NATALIA - medico
7. CC 1053838084 LOPEZ REYES MELISSA ALEJANDRA - medico
8. CC 52589670 BERNAL ERAZO MARIA ELENA - odontologo



La validez de este documento puede verificarse en la página [www.superfinanciera.gov.co](http://www.superfinanciera.gov.co) con el número de PIN

**Certificado Generado con el Pin No: 9090273886315176**

Generado el 24 de julio de 2025 a las 16:13:14

## ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN

### EL SECRETARIO GENERAL

En ejercicio de las facultades y, en especial, de la prevista en el artículo 11.2.1.4.59 numeral 10 del decreto 2555 de 2010, modificado por el artículo 3 del decreto 1848 de 2016.

### CERTIFICA

**RAZÓN SOCIAL: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**

**NIT: 860524654-6**

**NATURALEZA JURÍDICA:** Entidad aseguradora dedicada a los seguros generales, organizada como cooperativa, que tiene el carácter de institución auxiliar del cooperativismo, sin ánimo de lucro Entidad sometida al control y vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia.

**CONSTITUCIÓN Y REFORMAS:** Escritura Pública No 0064 del 18 de enero de 1985 de la Notaría 32 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Bajo la denominación de SEGUROS UCONAL LIMITADA.

Escritura Pública No 3098 del 31 de julio de 1989 de la Notaría 18 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Cambió su razón social por la de SEGUROS UCONAL SOCIEDAD COOPERATIVA LTDA.

Escritura Pública No 4201 del 17 de octubre de 1991 de la Notaría 20 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Cambió su razón social por la de SEGUROS UCONAL.

Escritura Pública No 3296 del 16 de noviembre de 1993 de la Notaría 41 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Cambió su razón social por la de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA. ENTIDAD COOPERATIVA "SOLIDARIA"

Escritura Pública No 1628 del 19 de julio de 2004 de la Notaría 43 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). El domicilio principal será en Bogotá D.C.

Escritura Pública No 420 del 09 de marzo de 2007 de la Notaría 43 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Es una institución auxiliar del cooperativismo, de carácter Nacional, especializada en la actividad aseguradora, sin ánimo de lucro, de responsabilidad limitada, de número de ley, con patrimonio variable e ilimitado.

Escritura Pública No 01779 del 24 de julio de 2013 de la Notaría 43 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). El domicilio principal de SOLIDARIA es Bogotá Distrito Capital, República de Colombia, sin perjuicio de constituir Agencias y Sucursales dentro y fuera del país Es una entidad aseguradora dedicada a los seguros generales, organizada como cooperativa, que tiene el carácter de institución auxiliar del cooperativismo, sin ánimo de lucro , modifica su razón social de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA. ENTIDAD COOPERATIVA por la de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA

**AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO:** Resolución S.B. 2402 del 30 de junio de 1988

**REPRESENTACIÓN LEGAL:** El Presidente Ejecutivo de SOLIDARIA, además de Representante Legal, será el Primer Ejecutivo de SOLIDARIA, será el ejecutor de las decisiones de la Junta de Directores y de la Asamblea General, y el responsable directo de la administración de SOLIDARIA. FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES DEL PRESIDENTE EJECUTIVO. Las funciones y responsabilidades del Presidente Ejecutivo de SOLIDARIA son las siguientes: 1. Planear, organizar, ejecutar y controlar la administración de SOLIDARIA, así como supervisar y controlar todos los negocios y operaciones de SOLIDARIA. 2. Ejercer la Representación Legal de SOLIDARIA y, en tal virtud, celebrar los contratos y operaciones propias de su objeto social y que se relacionen directamente con la existencia y funcionamiento de SOLIDARIA, y llevar la Representación Judicial y



La validez de este documento puede verificarse en la página [www.superfinanciera.gov.co](http://www.superfinanciera.gov.co) con el número de PIN

**Certificado Generado con el Pin No: 9090273886315176**

Generado el 24 de julio de 2025 a las 16:13:14

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD  
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN**

Extrajudicial de SOLIDARIA. 3. Autorizar el desembolso de fondos de acuerdo con los negocios propios de la actividad aseguradora. 4. Ordenar los gastos y desembolsos de recursos, de acuerdo con el presupuesto aprobado por la Junta de Directores. 5. Nombrar la planta de empleados que conforma la estructura administrativa de SOLIDARIA aprobada por la Junta de Directores, asignar las funciones y fijar las remuneraciones, de acuerdo con la escala salarial. 6. Representación judicial y extrajudicial a SOLIDARIA, y conferir poderes especiales y generales. 7. Informar mensualmente a la Junta de Directores sobre el estado de SOLIDARIA. 8. Solicitar la convocatoria extraordinaria de la Junta de Directores, cuando lo juzgue necesario. 9. Solicitar la convocatoria extraordinaria de la Junta de Directores, cuando lo juzgue necesario; 10. Preparar el informe de gestión para presentar a la Asamblea General. 11. Autorizar la apertura de las cuentas bancarias y de ahorros. 12. Todas las demás que se deriven de su cargo o que le sean asignadas por la Junta de Directores. REPRESENTACIÓN LEGAL. En adición al Presidente Ejecutivo, la Representación Legal de SOLIDARIA estará en cabeza de los demás Representantes Legales que designe la Junta de Directores. PARÁGRAFO. Para asuntos Judiciales la Representación Legal de SOLIDARIA la tendrán además de los Representantes Legales, los Representantes Legales Judiciales que designe la Junta de Directores, quienes tendrán funciones de representar a la compañía en actuaciones judiciales y audiencias que se surtan ante las autoridades jurisdiccionales, administrativas, policivas y entidades del sector central descentralizadas del estaso. Especialmente, los representantes legales judiciales tendrán las facultades de constituir apoderados judiciales, representar a la compañía en las audiencias de conciliaciones judiciales, extrajudiciales, para absolver interrogatorios de parte, para recibir notificaciones, tanto ante autoridades jurisdiccionales, administrativas, policiva, así como entidades del sector central y descentralizadas. (Escritura Pública 01779 del 24 de julio de 2013 Notaria 43 de Bogotá D.C.). REGLAMENTO DE ATRIBUCIONES DE LOS REPRESENTANTES LEGALES: ARTICULO SEGUNDO: los demás Representantes Legales, de que trata el artículo primero de éste reglamento, cuentan con las mismas atribuciones de representación legal que las del Presidente Ejecutivo de Aseguradora Solidaria de Colombia, Entidad Cooperativa; señaladas en el artículo 66 del actual cuerpo estatutario. (oficio 2013092496 del 21 de octubre de 2013 )

Que ejercen la representación legal de la entidad y han sido registradas las siguientes personas:

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Francisco Andrés Rojas Aguirre Fecha de inicio del cargo: 01/11/2021	CC - 79152694	Presidente Ejecutivo
José Iván Bonilla Pérez Fecha de inicio del cargo: 17/01/2019	CC - 79520827	Representante Legal
Nancy Leandra Velásquez Rodríguez Fecha de inicio del cargo: 12/03/2020	CC - 52032034	Representante Legal
Claudia Patricia Palacio Arango Fecha de inicio del cargo: 01/09/2022	CC - 42897931	Representante Legal
Juan Pablo Rueda Serrano Fecha de inicio del cargo: 28/07/2011	CC - 79445028	Representante Legal Judicial

**RAMOS:** Resolución S.B. No 5148 del 31 de diciembre de 1991 Automóviles, Corriente débil, Estabilidad y calidad de la vivienda nueva, Incendio, Manejo, Vidrios, Terremoto, Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, Sustracción y Cooperativo de vida



La validez de este documento puede verificarse en la página [www.superfinanciera.gov.co](http://www.superfinanciera.gov.co) con el número de PIN

**Certificado Generado con el Pin No: 9090273886315176**

Generado el 24 de julio de 2025 a las 16:13:14

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD  
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN**

Resolución S.B. No 1335 del 29 de abril de 1993 Responsabilidad civil  
Resolución S.B. No 868 del 09 de mayo de 1994 Cumplimiento  
Resolución S.B. No 1893 del 02 de septiembre de 1994 Transporte  
Resolución S.B. No 2565 del 23 de noviembre de 1994 Montaje y rotura de maquinaria, Todo riesgo contratista, Accidentes personales  
Resolución S.B. No 2127 del 01 de octubre de 1998 Salud  
Resolución S.B. No 636 del 13 de junio de 2002 Exequias  
Resolución S.B. No 1067 del 19 de septiembre de 2002 Enfermedades de Alto Costo  
Resolución S.B. No 1408 del 09 de diciembre de 2002 cancela el ramo de SOAT  
Resolución S.B. No 230 del 11 de marzo de 2003 Vida grupo  
Resolución S.F.C. No 0794 del 11 de mayo de 2006 Lucro Cesante  
Resolución S.F.C. No 1458 del 30 de agosto de 2011 se revoca la autorización concedida a Aseguradora Solidaria de Colombia Ltda. Entidad Cooperativa para operar el ramo de seguros de Enfermedades de alto costo  
Resolución S.F.C. No 1194 del 28 de junio de 2013 Seguros de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito SOAT  
Resolución S.F.C. No 1577 del 23 de agosto de 2013 autorizado para operar el ramo de Seguro de Desempleo  
Resolución S.F.C. No 0842 del 03 de julio de 2019 autoriza para operar el ramo de seguro de Navegación y Casco  
Oficio No 2022116107-005 del 29 de junio de 2022 autoriza para operar el ramo de Seguro Decenal

  
9090273886315176

**NASLY JENNIFER RUIZ GONZALEZ  
SECRETARIA GENERAL**

"De conformidad con el artículo 12 del Decreto 2150 de 1995, la firma mecánica que aparece en este texto tiene plena validez para todos los efectos legales."