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

Fecha de diligenciamiento: 01 | 04 | 2025

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

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

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

Unidad de Servicio sugerida: col fronteras de paz

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

Número de documento: 1122344113

Fecha nacimiento: 08 | 10 | 2022

Nombres: Allison

Apellidos: Vargas

Presenta discapacidad? ( ) Si (●) No

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

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

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

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

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

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

Departamento residencia: Putumayo

Municipio de residencia: San Miguel

Zona:

Barrio: Floresta

Vereda:

Sector:

Dirección: via al Colegio.

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

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

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

Número de documento: 1030 613565

Nombres: Dayana

Apellidos: Ramirez

Pais de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 26 | 05 | 1992

Correo electrónico:

Número de celular: 3219726656

Número de fijo:

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

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

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

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Leidy Calderon

Observaciones:

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO: Allison Dayanis Vargas Ramirez

N° DOCUMENTO: 1122344113 **TIPO DOCUMENTO:** RC X CC ___ OTRO ___

FECHA DE NACIMIENTO: 08-octubre-2022 **EDAD:** 2 años-5 m

LUGAR DE NACIMIENTO: Puerto Asis

NOMBRE DE LA UDS: CDI Fronteras de Paz
CODIGO UDS: 86751137386 **BARRIO/VEREDA:** B/la Floresta
FECHA DE INGRESO: 01-04-2025 **FECHA DE RETIRO:** ___

SISBEN: B-2 **EPS:** nueva eps **RÉGIMEN (C)** __ **(S)** X

DESPLAZADO: SI ___ **NO** X **DISCAPACIDAD: SI** ___ **NO** X **¿CUAL?** ___

GRUPO ETNICO: SI ___ **NO** X **¿CUAL?** ___

GRUPO AFROCOLOMBIANO: SI ___ **NO** X **¿CUAL?** ___

NOMBRE DE LA MADRE: Dayana Zoray Ramirez Angulo

N° CÉDULA: 1030613565 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Villagarzon

NOMBRE DEL PADRE: Cristian Alexander Vargas

N° CÉDULA: 1122339330 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Valle del Guamuez

N° DE CELULAR: ___

NOMBRE DEL ACUDIENTE: Dayana Zoray Ramirez

N° CÉDULA: 1030613565 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Villagarzon

DIRECCIÓN VIVIENDA: B/ Floresta **ZONA POBLACIONAL: (R)** X **(U)** ___

NUMERO DE CELULAR 3219726656

FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

leidy calderon
NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO
Número: **N** 2874753

NUIP 1.122.344.113

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
VARGAS RAMIREZ ALLISSON DAYANNIS

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)											Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año	2	0	2	2	Mes	O	C	T	Día	0	8	FEMENINO	A +

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

Fecha de Inscripción (Mes en letras)											Indicativo serial
Año	2	0	2	2	Mes	O	C	T	Día	2	0	0063693367

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
RAMIREZ ANGULO DAYANA ZULAY

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.030.613.565	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
VARGAS RIASCOS CRISTIAN ALEXANDER

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.122.339.330	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
VARGAS RIASCOS CRISTIAN ALEXANDER

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.122.339.330

Espacio para notas
VALIDO PARA TRAMITES LEGALES Y CIVILES

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

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

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)											Nombre y firma del funcionario
Año	2	0	2	2	Mes	O	C	T	Día	2	0	Carolina Sacanambuy JENNY CAROLINA SACANAMBUY GOMEZ...

Registrador del Estado Civil

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
Adhesivo Copia Registro Civil
30948254-3

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.030.613.565**

RAMIREZ ANGULO
APELLIDOS

DAYANA ZULAY
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **26-MAY-1992**

VILLAGARZON
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

27-AGO-2010 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-1500150-00259832 F-1030613565-20101011 **00243**54347A 1 35164308

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.122.339.330**
VARGAS RIASCOS

APELLIDOS
CRISTIAN ALEXANDER

NOMBRES
Cristian Alexander V

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **06-DIC-1990**
VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)
VALLE DEL GUAMUEZ (PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.74 ESTATURA | **A+** G.S. RH | **M** SEXO

11-DIC-2008 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-6401800-00156475-M-1122339330-20090517 0011507384A 1 25625173

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta:	26/03/2025
Ficha:	86757024477900000857

B2

GRUPO SISBÉN IV

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: **ALLISSON DAYANNIS**

Apellidos: **VARGAS RAMIREZ**

Tipo de documento: **Registro civil**

Número de documento: **1122344113**

Municipio: **San Miguel**

Departamento: **Putumayo**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:	26/07/2019
Última actualización ciudadano:	24/05/2023
Última actualización via registros administrativos:	25/11/2023

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

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

Contacto Oficina SISBEN

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

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

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

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1122344113
NOMBRES	ALLISSON DAYANNIS
APELLIDOS	VARGAS RAMIREZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	SAN MIGUEL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	01/11/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	12/05/2025 09:44:17	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...Sanos



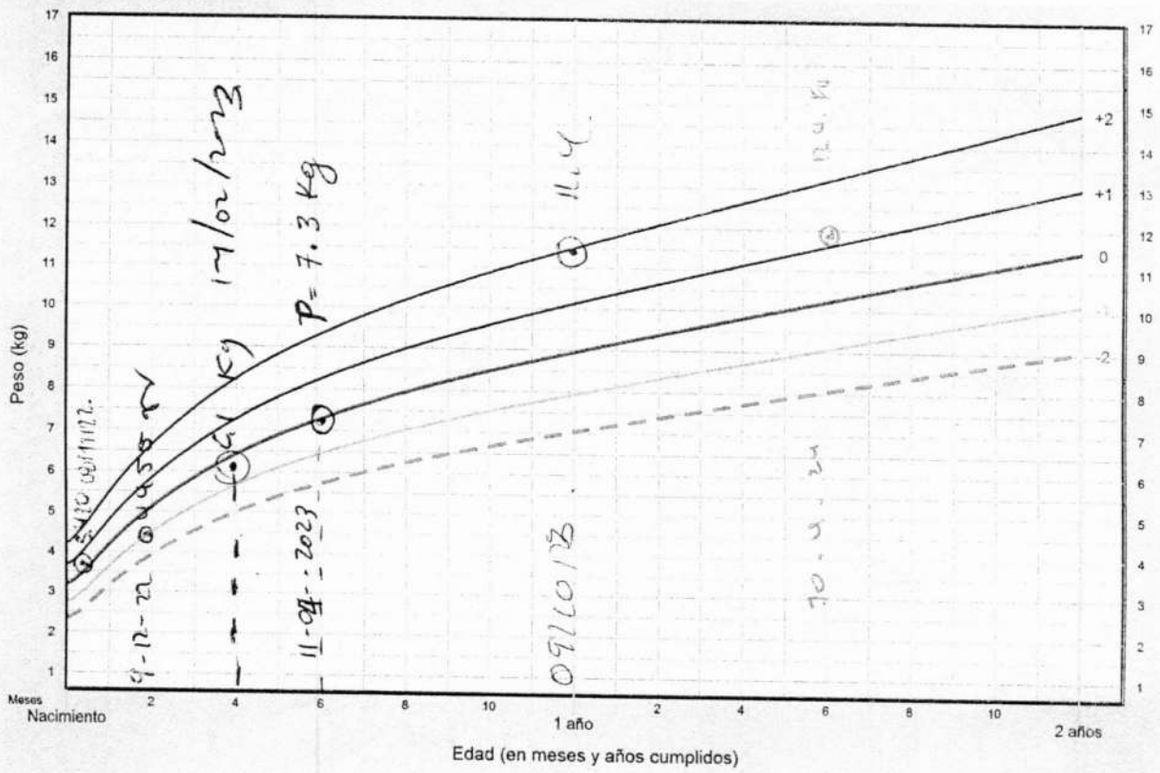
E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

Nombres: Allisson Dayannis	Apellidos: Vargas Ramirez
Fecha de nacimiento: 08 (DÍA) | 10 (MES) | 2022 (AÑO)	Historia Clínica:
Barrio/Vereda: Pto. Colón	Responsable del niño: Dayana Ramirez
Teléfono: 314 4368328 / 314 464 4223	EPS: Nueva EPS.

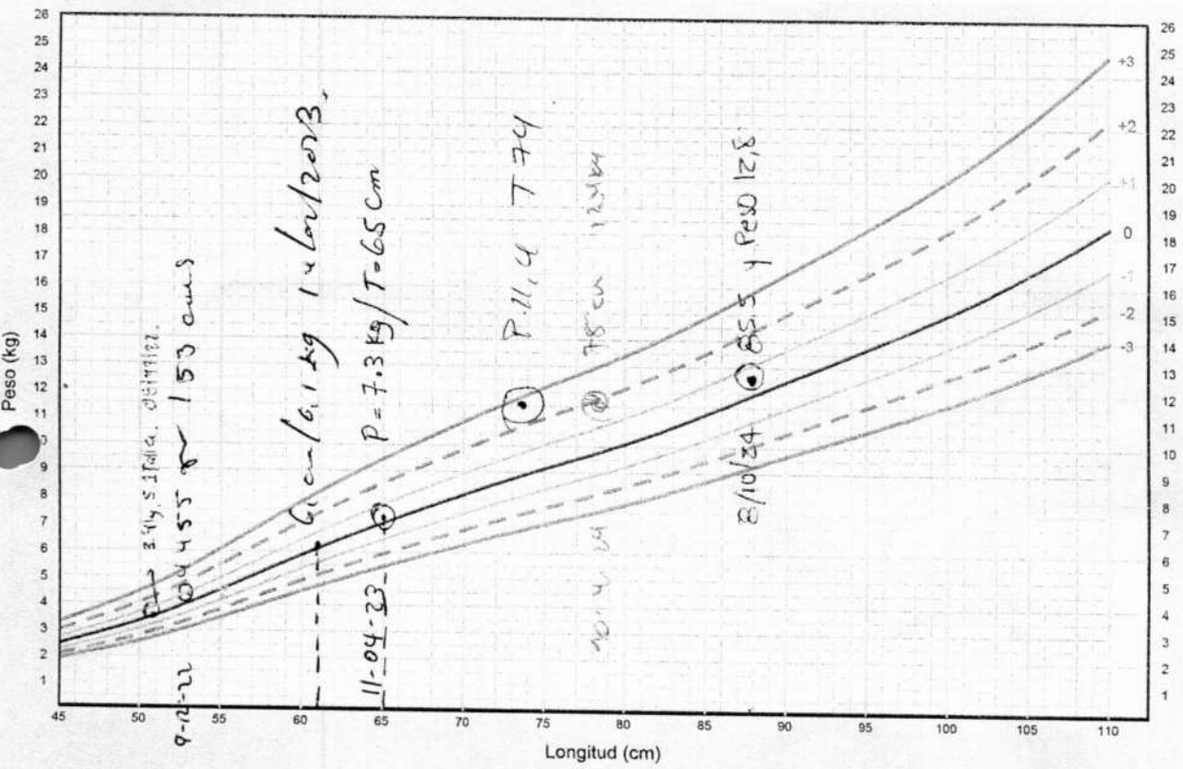
Peso para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



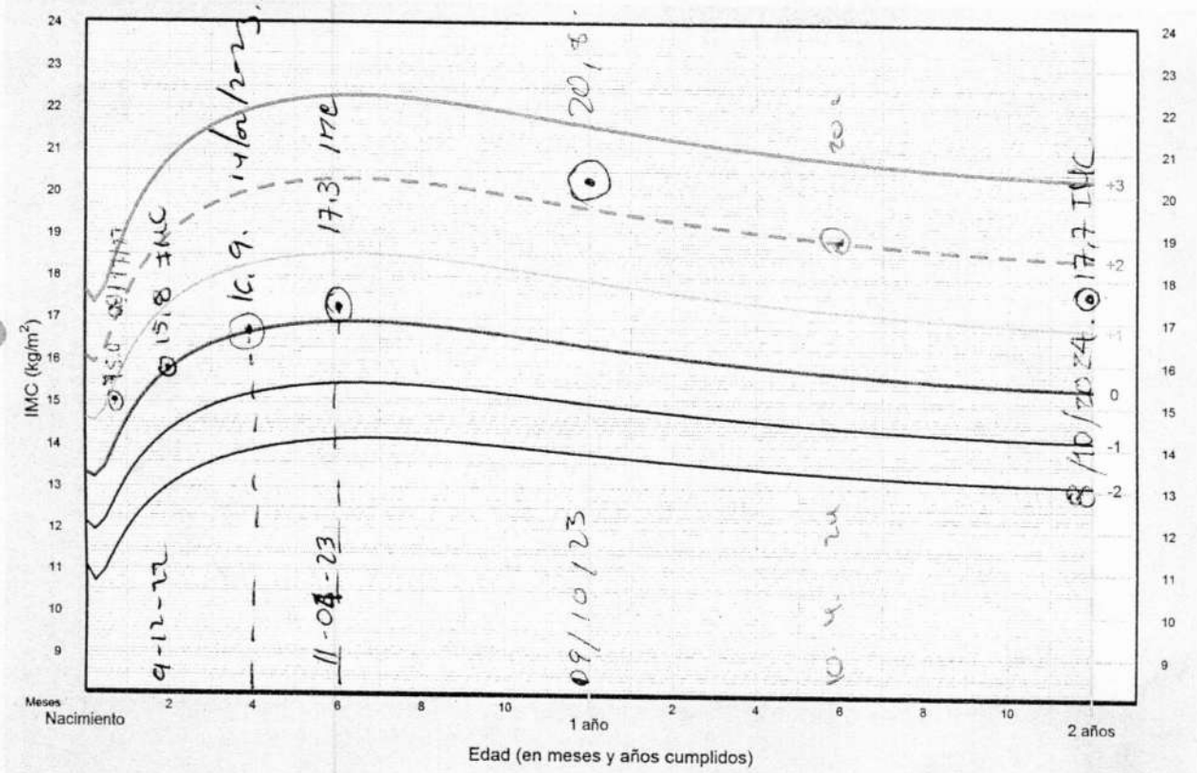
Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



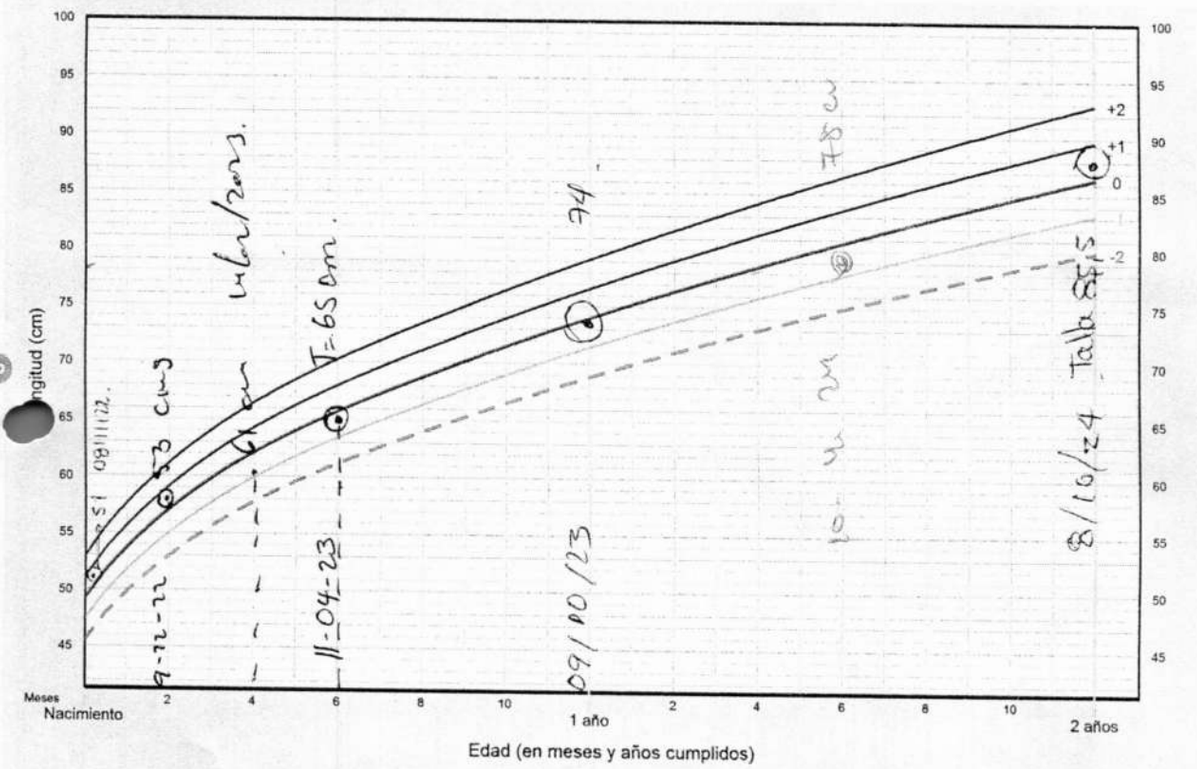
IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



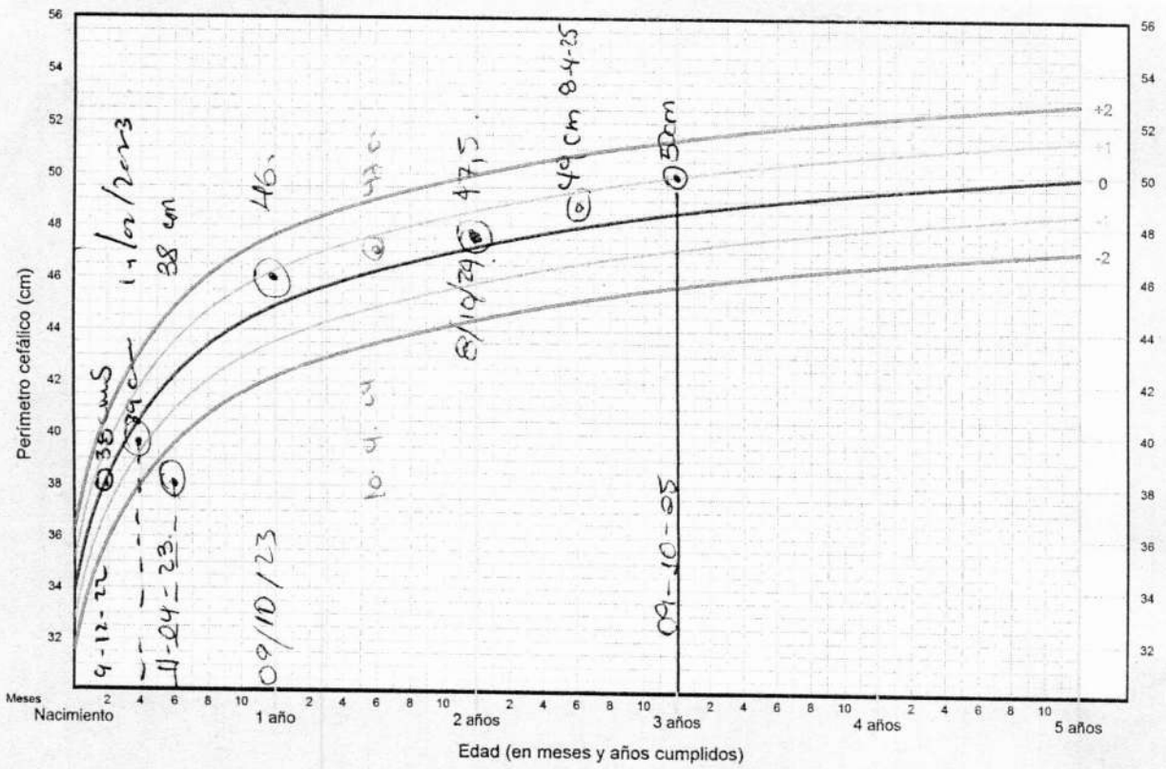
Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



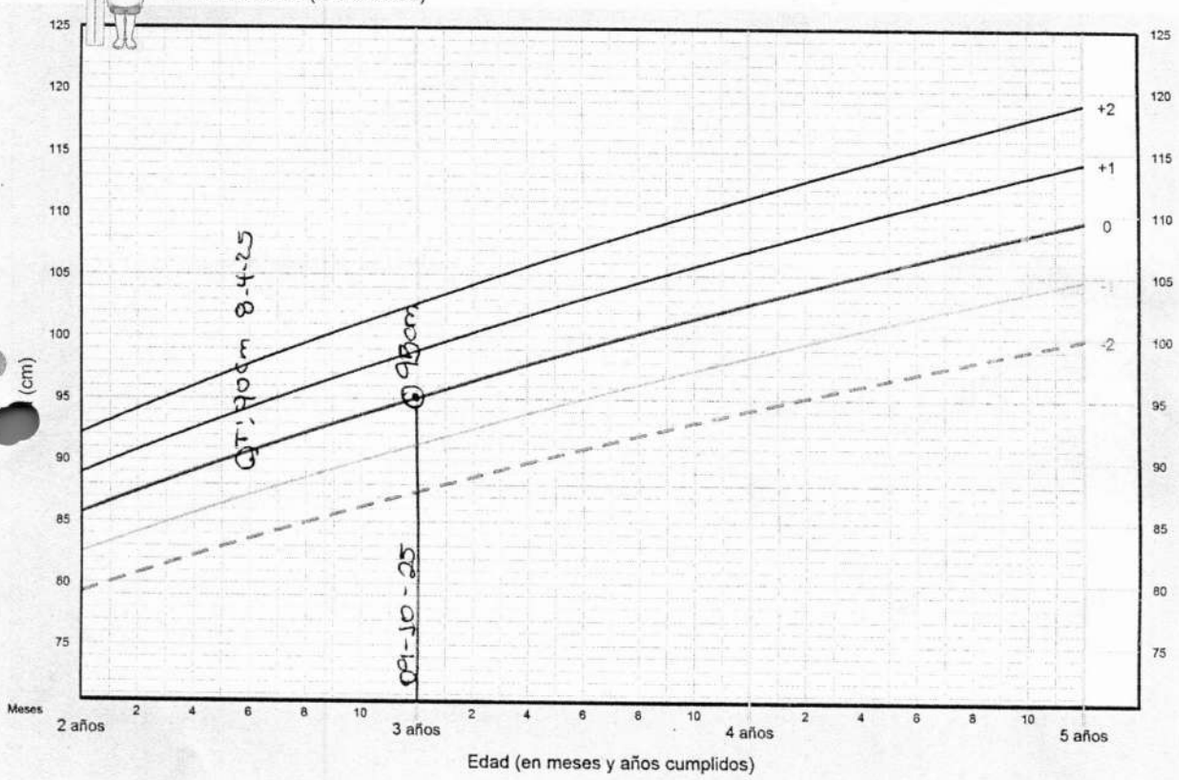
Perímetro Cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)



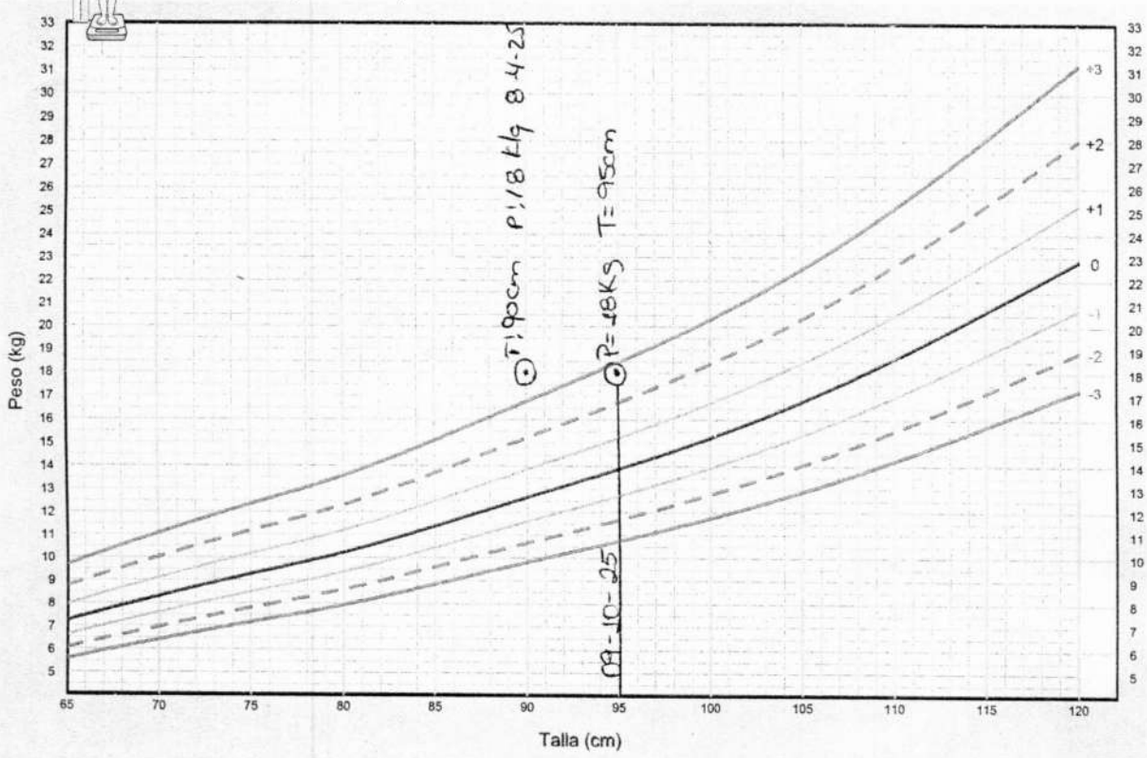
Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



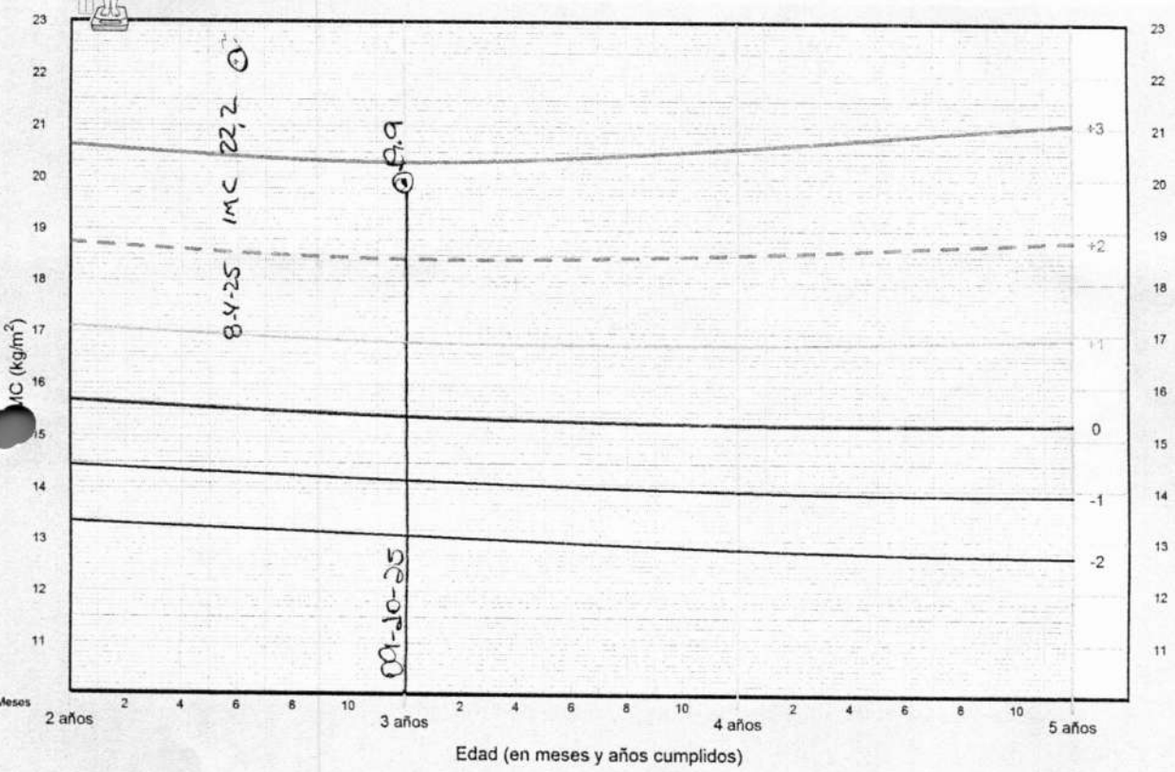
Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
09	12	22	Enfermera		
09	Febrero	2023	MEDICO		
10	04	2023.	ENF	Si	
08	OCTUBRE	2023	MEDICO	Si	
06	Abril.	2024	ENF.	Si	
8	Oct.	2024	Medico	Si	
8	Marzo	2025	Enfermera		
8	Abril	2025	Enfermera	SIC/	Si
08	10	2025	Medico	cita	
08	10	2026	Jefe		

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
08/11/22	3.9	51	35	— —	15.0	08/11/23	
9/11-22	4955	53	38	12	15.8	09/Feb/23	
14/02/2023	6,1	61	39	13	16,9	10/04/2023	
11-04-23	7.3	65	38	12	17,3	08-10-23	
09/10/23	11,4	74	46	14	20,8	08/04/24	
10/04/24	12.4	78	49	15	20	8/10/24	
8/10/24	12,8	85.5	47,5	16,9	17,7	8/10/24	
8-04-25	18	90	49	16	22.2	8-10-2025	
08-10-2025	18	95	50	19	19.9	08-10-2026	

Gloris M. Riascos C.
Medico general
USC
R.M. 1087204346

Nombres y Apellidos: [redacted] Tipo identificación: No. ID: [redacted]

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de Lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién nacido			Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐									
	Tubercolosis meningea (BCG)	Única	8	10	22	Serum	037 1MA03 1	H.A.C.P				[redacted]
	Hepatitis B	Recien nacido	8	10	22	Serum	032 1Q01 3D	H.A.C.P	8-	Dic	22	[redacted]
2 meses			Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐									
	Poliomielitis (VIP)	1.°	09	12	22	Biological	214101 4					Daniela Casanova Tec. Aux. en Enfermería CC No 1007728227
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (hib)	1.°	09	12	22	Serum	285140222A	HFID				
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.°	09	12	22	Serum	285140222A					
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.°	09	12	22	Serum	285140222A					
	Diarrea por rotavirus	1.°	09	12	22	GSK	FRCIDO5OAC					
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.°	09	12	22	GSK	FR4897					
4 meses			Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐						CITA!			
	Poliomielitis (VIP)	2.°	09	02	23	Biological	214101 4		09-	FEBRERO 2023		
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.°	09	02	23	Serum	285140222A	HFID				Paola C.
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.°	09	02	23	Serum	285140222A					
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.°	09	02	23	Serum	285140222A					
	Diarrea por rotavirus	2.°	09	02	23	GSK	FRCIDO5OAC					
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.°	09	02	23	GSK	FR4897					
6 meses			Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐						CITA:			
	Poliomielitis (VIP)	3.°	10	04	2023	Serum	210602		10-ABRIL 2023.			
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (hib)	3.°	10	04	2023		285140C	HFID				Kerly J.
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.°	10	04	2023	Serum	285140C					Hayala V.
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.°	10	04	2023		285140C					Kerly J.
	Influenza estacional	1.°	30	05	2023	Green	V250300201	HFID				
7 meses	Influenza estacional	2.°	30	06	2023	Green	V250523001	HFID				
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.°	09	10	23	Serum	013 2N0 48B		CITA:			Jeniffer-C
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	09	10	23	Pfizer	FR4895	HFID	8- OCT			
	Varicela	2.°	09	10	23	Merck	X006537		2023			
	Hepatitis A	Única	09	10	23	MSD	W027736	HFID				Jeniffer C
	Influenza estacional	Anual	26	04	24	BIANTAN	240049791100	HFID				Jeniffer C
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPd ☐)	1.° Refuerzo	12	04	24	Biolab	22 830 05	HFID				Jeniffer-C
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.° Refuerzo	12	04	24	Serum	285240UCPF	HFID				
	Fiebre amarilla	Única	09	10	23	Sanofi	W3D50	HFID	Cita: 10-04-24			
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPd ☐)	2. °Refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2. °Refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.°	12	04	24	Serum	013 2N0 48B	HFD.	CITA! 2 AÑOS CUMPLIDOS SR			Jeniffer C.
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.°										
		2.°										
		3.°										
Vacunas complementarias y otras dosis									CITA: A LOS 5 AÑOS CUMPLIDOS			

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir las niñas y los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan 2 años se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.

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

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

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

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

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1. entrega			
2. entrega			
3. entrega			

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1° entrega						
2° entrega						
3° entrega						
4° entrega						
5° entrega						

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

A partir de 6 cm			
1 año			
2 años			
3 años			
4 años			
5 años			

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL -AGUDEZA VISUAL

3 años					
4 años					
5 años					

*Menor o igual a 20 normal

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

Tuberculosis meníngea, hepatitis B, poliomielitis, meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus inflenzae tipo b, difteria, tosferina, tétanos, diarrea por rotavirus; neumonía, otitis, meningitis, bacteriemia causada por el virus de la influenza, sarampión, rubéola, parotiditis, varicela, hepatitis A, Fiebre amarilla y virus del papiloma humano.

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

0 meses

2 meses

4 meses

6 meses

7 meses

12 meses

18 meses

5 años



Ministerio de Salud y protección Social

Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Allisson Vargas Ramirez
Fecha de nacimiento: 8-10-2022
N° de certificado de nacido vivo:
Registro civil: 1.122.344.113.
Sexo: Femenino
Grupo sanguíneo: A+
Peso al nacer: 3440 Talla: 49
Dirección: Pin Colón / B. Floresta
Teléfono 1: 314 436 83 28
Teléfono 2: 314 464 42 23
Responsable: Dayana Zuley Ramirez
Municipio de residencia: San Miguel
Departamento: Putumayo
NUEVA EPS
CC: 1 030 613 565

Busca ya las vacunas
¡es gratis, hazlo de una!

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA
Servimos con amor

NIT. 846.002.309-8

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

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL

CIUDAD La Dorada San Miguel FECHA DIA 18 MES 03 AÑO 25 HORA 8:17 am

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA

NOMBRES Allisson Dayannis APELLIDOS Vargas Ramirez
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO 1122344113
FECHA DE NACIMIENTO: DÍA 18 MES 10 AÑO 2022 EDAD 1 AÑOS
NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Nueva EPS 3144644223

INFORMACIÓN PREVIA. La vacunación es una forma segura y eficaz de prevenir enfermedades y salvar muchas vidas. En la actualidad el país cuenta con vacunas para proteger contra 20 enfermedades entre ellas, la difteria, el tétanos, la tosferina, la poliomielitis, la hepatitis, el cáncer de útero y el sarampión. En conjunto, estas vacunas salvan cada año millones de vidas en el mundo. Con la aplicación de las vacunas las personas se protegen a sí mismas y a quienes las rodean.

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

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

Roto cuon
Bl chuso

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

Esto delicado de salud

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

EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD

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

Entiendo que la suscripción de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad y que NO tiene por objeto exonerar de responsabilidad a las autoridades sanitarias o a quien aplique la [illegible] de la vacuna contra el SARS-CoV-2/COVID-19 de brindar la atención en salud que requiera por [illegible] de los posibles efectos adversos serios no esperados.

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

JINA A. BELALCAZAR FLOREZ
Gerente

CARNET RIAS **PRIMERA INFANCIA**

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA
Servimos con amor



Nombres y apellidos: Allisson Dayanis Vargas

Doc. de identidad: 1122344113 EPS: Nueva EPS

Teléfono: 3144644223 Domicilio: Puerto Asís

		PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) Ó AÑOS (A)													
			5 DIAS	1 M	2-3 M	4-5 M	6-8 M	9-11 M	12-17 M	18-23 M	24-29 M	30-35 M	3 A	4 A	5 A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico									05-11-22				
		Atención en salud por medicina general									05-11-22				
		Atención en salud por enfermería									05-11-22				
		Atención en salud bucal por odontología							20-10-23		05-11-22				
		Promoción y apoyo de la lactancia manterna									05-11-22				
PROTECCIÓN ESPECÍFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de fluor							20-10-23		x	13-05-24	22-11-2025		
		Profilaxis y remoción de placa bacteriana							20-10-23		x	13-05-24	22-11-2025		
		Aplicación de sellantes (según criterio)							20-10-23	07-11-24			22-11-2025		
	V	Vacunación													

Liliana Andrade
ODONTOLOGA
RG. 1.084.361.390

Liliana Maribel Cordoba
HIGIENISTA ORAL
Res 00493 de 2017

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

Autorización – Uso de la imagen de menor de edad:

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad Allison Dayana Vargas Ramirez, identificado (a) con documento de identidad número 1122344113, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	✓	Audios	✓	Videos	✓	Otros datos personales	✓

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Dayana Ramirez Angulo, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1030613565, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	✓	Audios	✓	Videos	✓	Otros datos personales	✓

La autorización comprende:

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

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

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

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

Suscriben:

Firma: _____
Nombre: _____
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: _____
Fecha: 01-04-2025
Municipio: San Miguel

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

PACTO DE CONVIVENCIA MODALIDAD INSTITUCIONAL

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

DERECHOS Y DEBERES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

DERECHOS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

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

DEBERES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

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

DERECHOS Y DEBERES DE LOS PADRES DE FAMILIA

DERECHOS DE LOS PADRES DE FAMILIA

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

DEBERES DE LOS PADRES DE FAMILIA

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

(telefónico, mensajería y/o escrito).

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

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

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

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

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

PAOLA CHATES
Coordinadora pedagógica

EDDY PATRICIA LÓPEZ
Apoyo psicosocial

Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Leidy Calderon
Agente educativa

Huella del niño/niña

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

"Generamos Desarrollo con Energía"

Vigilado Superservicios

Código de Suscripción	SM 11799	Pago oportuno hasta:	INMEDIATA	Mes Facturado
Factura Nro.	2037034811	Suspensión a partir de:	INMEDIATA	FEBRERO 2025

1. Información General

Nombre:	MARIA ROJAS		11-ENE-2025	Último pago	$
Dirección:	LA FLORESTA	Tuve servicio de energía entre:	04-ENE-2025 - 02-FEB-2025 (29)		27-FEB-20

Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Área	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Tarifa	División Geopolítica
SM1	5301	750	1	RESIDENCIAL	RURAL	1	4	AEREA	EMPELSA	105	SAN MIGUEL - PUERTO COLON

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

2. Información Consumo Energía

Componentes del Costo (CU)* Generación 502.93 + Transmisión 56.03 + Distribución 249.01 + Comercialización 113.93 + Pérdidas 68.29 + Restricción 10.4 = CU ******* ($/KwH)

2A. Información Medidor

Marca	Serial	Factor Múltiple
ASH	10488739	1

2B. Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	7718	7713
Reactiva:		

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

2C. Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	5	
Consumo Reactiva KVarh:	0	
Costo del consumo $	5008.5	
Tarifa (hasta 173 Kwh):	402.74	
Subsidio: %	59.79	-2994.8
Contribución: %	0 $	0
Sub Total $	2013.7	

Meses en deuda: 2 % Tasa Interés Moratorio: .5

2D. Consumo Ultimos 6 Meses

Mes	Consumo
2025/Ene	2
2024/Dic	4
2024/Nov	4
2024/Oct	7
2024/Sep	4
2024/Ago	3

Promedio: 4

2E. Información Calidad del Servicio

TIPO TERMINACION 94415
Transformador SPC127 Grupo 32
DIUG 95.56 FIUG 36 Circuito C14
Cargo D 257.19 Dscto %I 20
CEC 2.00
DIU 107.84 FIU 100.00
HC 0.00 VC 2.00
Valor a compensar 103.06

3. Información de Créditos EEBP

Tipo de Plan	Capital Crédito	No. Cuotas	Saldo Capital	Cuotas Pagadas	Cuotas por Facturar

Gerente General

4. Detalle Conceptos del Servicio de Energía

Conceptos EEBP	Valor Liquidado	Saldo Anterior	Saldo a Favor o Anticipado	TOTAL
ACTIVA SENCILLA MONOMIA	5,098.50	295	0.00	5,394
SUBSIDIO	-2,994.60	0	0.00	-2,995
AJUSTE A SUBSIDIO	123.80	724	0.00	848
RECARGO POR MORA	4.05	0	0.00	4
AJUSTE A LA DECENA	-3.45	0	0.00	-3

AVISO DE SUSPENSION

5. Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP 3.254

6. Información Facturación Convenio Impuesto Alumbrado Público

Sujeto Activo	Operador A.P.	Convenio No.	Dirección PQR	Valor Periodo	Saldo Ant.	Valor Total
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL	MUNICIPIO SAN MIGUEL	ACUERDO 008 31/08/2023	Cra 4 Cll 7 Esquina	135	261	396

7. Información Facturación Convenio Aseo y Alcantarillado

Concepto	Empresa	Dirección PQR	USO	Valor Tarifa	Subsidio o Factor Solidario	Cargo Consumo o Variable	Valor Tasa Ambiental	Saldo Anterior	Ajustes/Otros	Valor Total
Alcantarillado				0	0	0	0	0	0	0
Aseo*	Alcaldia San Mi	Cra 4 Cll 7 Esq B/La Liberta		6,000	0	0	0	6,000	0	12,000

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

8. Información Facturación Otros Convenios

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

Total EEBP	+	Total Impuesto Alumbrado Público	+	Total Aseo y/o Alcantarillado	+	Total Otros Convenios	=	Debo pagar en Total
3,254		396		12,000		0		15,650

CUFE:

(415)7709998005532(8020)1700203703481117(3900)0000015650(96)20250321

0763a87bdb0443e6eab3b71effe52e31e71b7f0f48e68ae4a536d7a668a1f81e6

b3fdd6ad3ab1d807e41d0bc8452ba63f

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

www.eebpsa.com.co @eebpsaesp /eebpsa

Fac. Electrónica: EEBP 148681

Resolución de facturación electrónica DIAN No 18764083711901
de fecha: 20/11/2024 desde No. 1 Hasta No. 1000000
vigencia: 20/11/2024

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

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre 20 RIV

Ciudad Puerto Colon San Miguel

Nombre completo de la niña o niño Allison Dayannis Vargas Ramirez

Fecha de nacimiento 08 10 2022 **N° Documento de Identidad** 112234113

Sexo Masculino ● Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** 01 04 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Leidy Calderon

Fecha de registro cualitativo 03 07 2025

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

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

Observaciones generales Allison Vargas se encuentra en un perfil esperado teniendo en cuenta que ha cumplido con los items de las dimensiones fundamentales que se encuentran dentro de su rango de edad, en las cuales se ha evidenciado avances en comunicacion verbal y autoestima.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Leidy Calderon

Fecha de registro cualitativo 03 10 2025

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

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

Observaciones generales Allison se encuentra en un perfil esperado de acuerdo a su rango de edad, ella participa activamente en las actividades mantiene una actitud positiva y demuestra avances en sus aprendizajes. Además se relaciona de manera respetuosa y colaborativa con sus compañeros.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

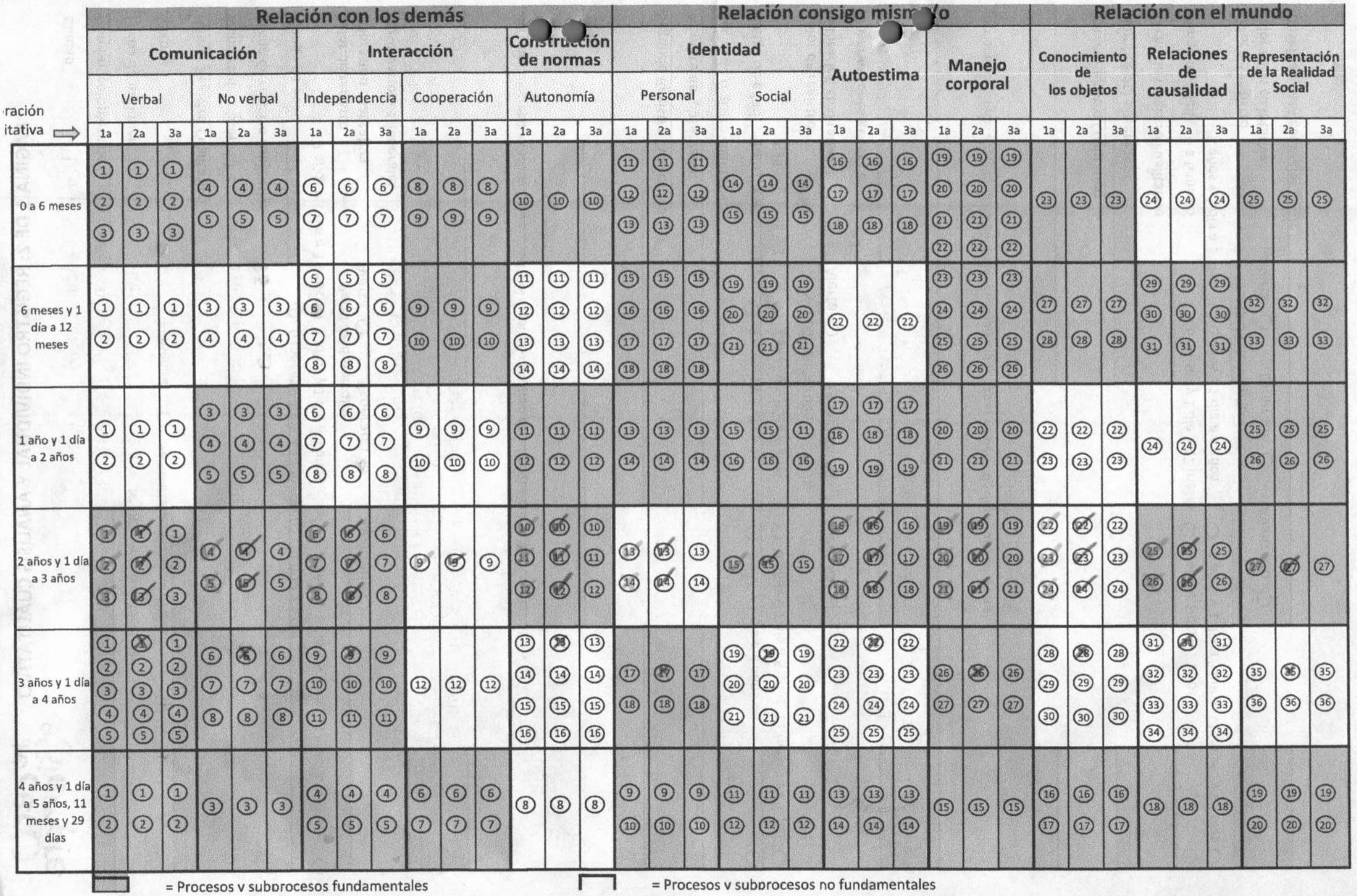
Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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

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

Observaciones generales

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



PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL

2
RV

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Allison Dayanis Vargas **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulos **AGENTE EDUCATIVO:** Leidy C.

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 01-04-2025

Clasificación de la Información:
CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
10-11-25	En horas de la mañana la madre se comunica via telefonica con la docente donde manifiesta que la niña amanecio con sintomas de gripa por lo tanto el dia de hoy la tendra en casa para darle remedios caseros.	Agente educativa agradece la informacion y le sugiere estar atenta por si presenta otros sintomas llevarla al centro medico.	Leidy calderon	

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
11-11-25	La niña ingresa a la unidad aparentemente bien de salud. Se cierra la novedad

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

22
RIV

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Allison Vargas **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulos **AGENTE EDUCATIVO:** Leidy C.

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 01-04-2025

Clasificación de la Información:
CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
01-10-2025	la niña tiene cita de control y desarrollo para el 8 octubre.	Agente educativa le recuerda a la madre que la niña tiene control, la cual ella refiere que apenas tenga tiempo le va a sacar la cita y hara llegar la fotocopia del documento.	Leidy Calderon	

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
07-10-2025	La madre manifiesta que le dieron la cita para el 09-10-2025 y que el dia martes en la tarde hace llegar la documentación.
10-10-2025	La madre hace llegar las fotocopias del carnet Se cierra la novedad.

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

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza
Salud mental, pedagogía y desarrollo social

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Allison Vargas **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulos **AGENTE EDUCATIVO:** Leidy C.

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 01-04-2025

Clasificación de la Información:
CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
22-08-2025	En horas de la mañana la madre informa que la niña no asistira al CDI por motivo de que amanecio con sintomas de gripa y presenta malestar general por la cual decidio manterla en casa para su cuidado.	Agente educativa recuerda a la madre la importancia de brindar los cuidados necesarios y en caso de que los sintomas Persistan o aumente acudir al centro de salud.	Leidy calderon	

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
25-08-2025	la niña ingresa a la unidad aparentemente bien de salud. se cierra la novedad.

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

24
RIV

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Allison Vargas **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulos **AGENTE EDUCATIVO:** leidy C.

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 01-04-2025

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	SEGUIMIENTO	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
03-04-25	En horas de la mañana la madre se comunica via telefonica manifestando lo siguiente "Profe buenos dias lo que sucede es que hoy no voy a mandar a la niña por que no tengo transporte para llevarla, mi esposo tuvo que madrugar y me dejo sin transporte	Agente educativa le recuerda la importancia de asistir todos los dias y le recuerda hacer llegar el permiso para justificar la inasistencia de la niña.	El 04-04-2025 la niña ingresa a la unidad para recibir la atencion. Se cierra la novedd	leidy calderon	
-	entonces hoy no asiste la niña gracias.				

25
RIV

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Allison Vargas **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulos **AGENTE EDUCATIVO:** Leidy C.

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 01-04-2025

Clasificación de la Información:
CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
10-06-2025	En horas de la mañana agente educativa realiza el llamado a lista y se confirma la inasistencia de la niña.	Agente educativa se comunica via telefonica con la madre y ella manifiesta lo siguiente " profe el dia de hoy no la mande por que no tuve transporte para llevarla al jardin." agente educativa le recuerda la importancia de la asistencia diaria al cdi y la necesidad de buscar soluciones ante estas situaciones, ya que la continuidad en el proceso educativo es fundamental para el desarrollo integral de la niña.	Leidy Calderon	

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	El 11-06-2025 la niña ingresa a la unidad a recibir atencion Se cierra la novedad

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Allison Dayanis Vargas **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulos **AGENTE EDUCATIVO:** Leidy C.

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 01-04-2025

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	SEGUIMIENTO	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
03-06-2025.	En horas de la mañana, la madre se comunica vía telefonica con la docente manifestando lo siguiente "profe hoy no la voy a mandar esta lloviendo muy duro y apenas se le esta pasando la gripa, ademas mas tarde voy a salir para la hormiga entonces voy a llevarmela entonces ya mañana la llevo"	Agente educativa le recuerda la importancia de asistir todos los dias y le solicita el permiso por escrito para justificar la inasistencia de la niña.	El 04-06-2025 la niña ingresa a la unidad a recibir la atencion. Se cierra la novedad	Leidy Calderon	

Fundación Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Allison Vargas **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulos **AGENTE EDUCATIVO:** Leidy C.

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 01-04-2025

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	SEGUIMIENTO	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
27-05-2025	En horas de la mañana la madre se comunica via telefonica con la docente donde manifiesta lo siguiente "buenos dias profe hoy mi niña no la voy a mandar porque tiene mocha gripita y voy a cuidarla en la casita, mañana o mas tarde le mando el permiso con mi esposo"	Agente educativa le recomienda tener los cuidados necesarios y reintegrar a la niña apenas este bien de salud.	El 28-05-2025 la niña ingresa a la unidad aparentemente bien de salud. Se cierra la novedad	Leidy Calderon.	
29-05-2025	En horas de la mañana la madre se comunica con la docente via telefonica y manifiesta lo siguiente "profe buenos dias para decirle que hoy no la voy a mandar porque esta lloviendo muy duro y todavia esta con la gripa entonces no quiero que se me enferme mas, voy a cuidarla en casa"	Agente educativa le recuerda la importancia de asistir todos los dias al cdi y de hacer llegar el permiso para justificar la inasistencia de la niña.	el 30-05-2025 la niña ingresa a la unidad a recibir la atencion. Se cierra la novedad	Leidy Calderon	