Fecha de diligenciamiento: 19 | 06 | 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: CDI 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: 1122344126

Fecha nacimiento: 11 | 11 | 2022

Nombres: Kenyi Samuel

Apellidos: Tapia

Presenta discapacidad? ( ) Si (●) No

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

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

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

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

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

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

Departamento residencia: Putumayo

Municipio de residencia: San Miguel

Zona: Rural

Barrio:

Vereda: Alto Sol

Sector:

Dirección: vía al Puente Internacional

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: 1124861923

Nombres: Jenny

Apellidos: Yela

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 8 | 04 | 1995

Correo electrónico:

Número de celular: 3175978864

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: Jenny Yela

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Leidy Calderon

Observaciones:

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

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:
Kenyi Samuel Tapia Yela

N° DOCUMENTO: 1122344126 **TIPO DOCUMENTO: RC** X **CC** ___ **OTRO** ___
FECHA DE NACIMIENTO: 11-noviembre-2022 **EDAD:** 2 años-7 meses
LUGAR DE NACIMIENTO: Puerto Asis

NOMBRE DE LA UDS: CDI Fronteras de Paz
CODIGO UDS: 86751137386 **BARRIO/VEREDA:** Floresta
FECHA DE INGRESO: 19-06-2025 **FECHA DE RETIRO:** ___

SISBEN: A-3 **EPS:** Emssanar **RÉGIMEN (C)**__ **(S)** X
DESPLAZADO: SI___ **NO** X **DISCAPACIDAD: SI**___ **NO** X **¿CUAL?** ___
GRUPO ETNICO: SI___ **NO** X **¿CUAL?** ___
GRUPO AFROCOLOMBIANO: SI___ **NO** X **¿CUAL?** ___
NOMBRE DE LA MADRE: Jenny Janneth Yela Pantoja
N° CÉDULA: 1124861923 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Dorada.
NOMBRE DEL PADRE: ___
N° CÉDULA: ___ **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** ___
N° DE CELULAR: ___
NOMBRE DEL ACUDIENTE: Jenny Janneth Yela Pantoja
N° CÉDULA: 1124861923 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Dorada.
DIRECCIÓN VIVIENDA: V/Pto Sol **ZONA POBLACIONAL: (R)** X **(U)**___
NUMERO DE CELULAR 3175978864

Yenny Yela
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** 2874769

NUIP 1.122.344.126

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
TAPIA YELA KENYI SAMUEL

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)			Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año 2022	Mes NOV	Día 11	MASCULINO	O +

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

Fecha de Inscripción (Mes en letras)			Indicativo serial
Año 2022	Mes NOV	Día 21	0063693381

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
YELA PANTOJA JENNY JANNETH

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.124.861.923	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
TAPIA MUTUMBAJOY HUBERT NEY

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.124.850.834	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
TAPIA MUTUMBAJOY HUBERT NEY

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.124.850.834

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 4

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)
Año 2022 Mes NOV Día 21

Adhesivo Copia Registro Civil
30948374-1

Nombre y firma del funcionario

ROY EDISON CALLE QUIRAMA
Registrador del Estado Civil

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.124.861.923**

YELA PANTOJA

APELLIDOS

JENNY JANNETH

NOMBRES

Yenny Yela

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-ABR-1995**

SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

10-ABR-2013 MOCOA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION Carlos Ariel Sánchez T.

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-6400100-00474158-F-1124861923-20130922 **00350**23803A 1 39804698

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 27/06/2025

Ficha: 86757017479400000031

A3

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: KENYI SAMUEL

Apellidos: TAPIA YELA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122344126

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 09/11/2017

Última actualización ciudadano: 07/12/2022

Última actualización via registros administrativos:

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

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

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	1122344126
NOMBRES	KENYI SAMUEL
APELLIDOS	TAPIA YELA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	SAN MIGUEL

Datos de afiliación :

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

Fecha de Impresión:	12/05/2025 09:49:31	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...Sanos



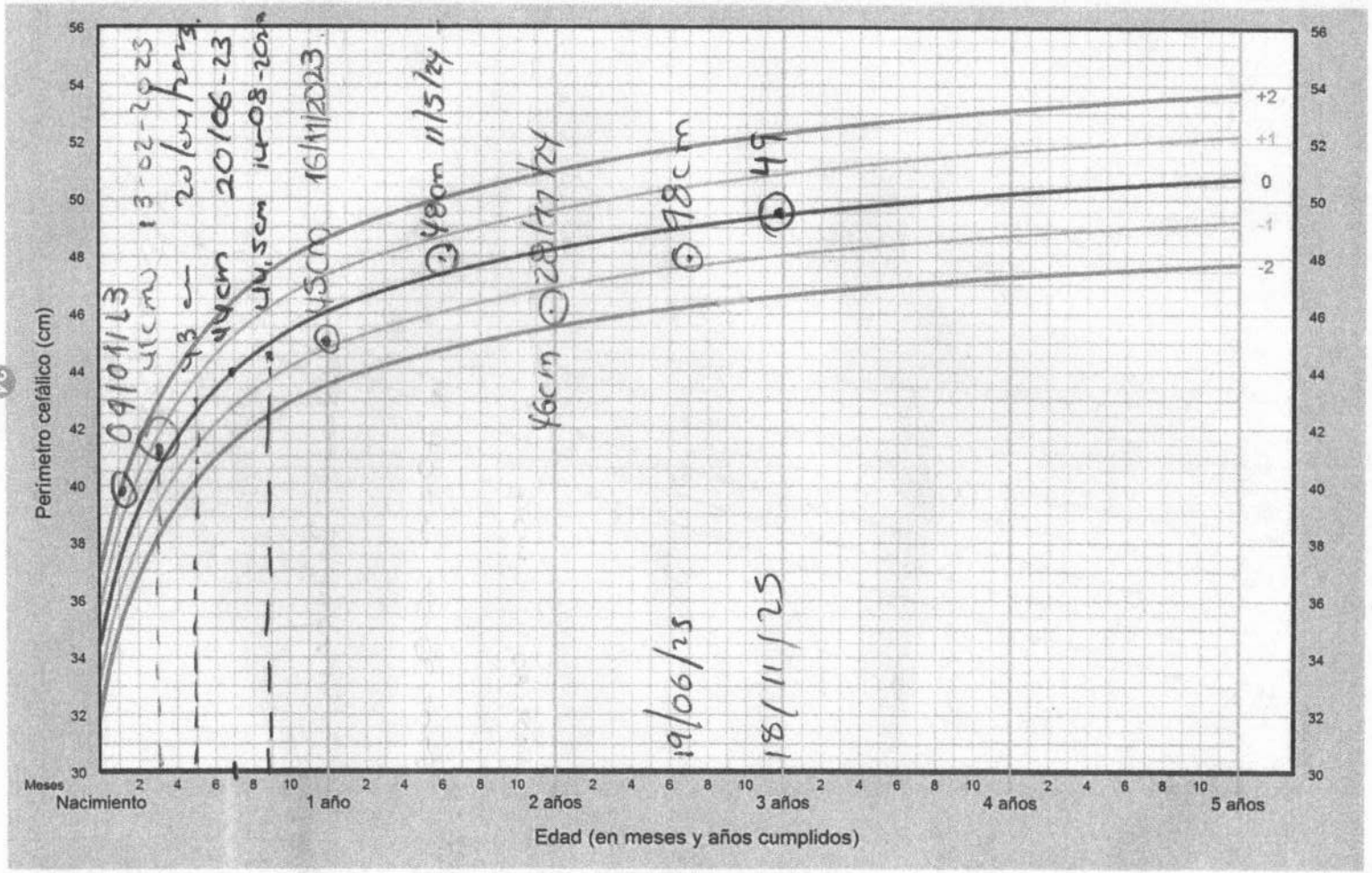
E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

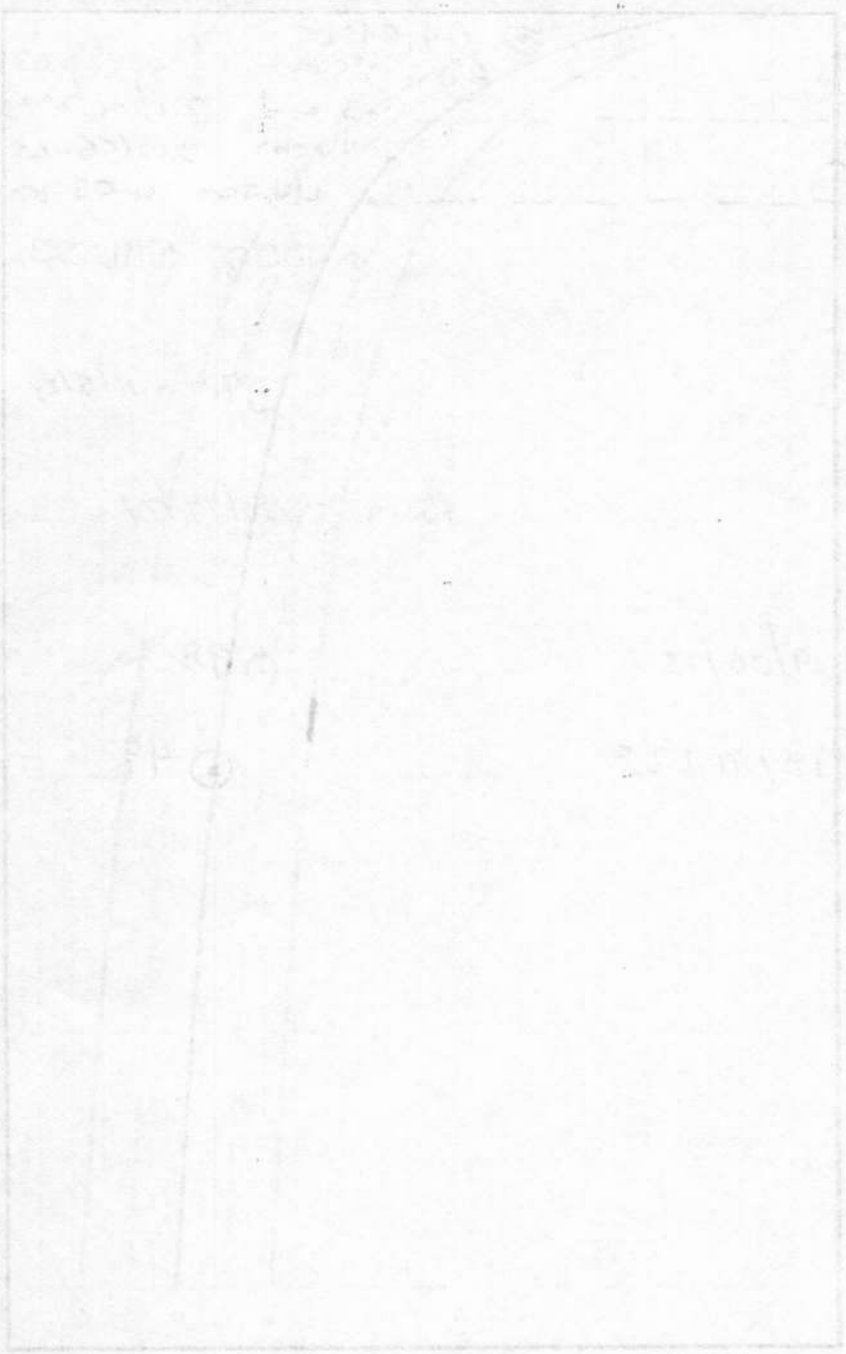
MIS DATOS

Nombres: KENYI SAMUEL	Apellidos: TAPIA YEIA
Fecha de nacimiento: 11 (DÍA) | 11 (MES) | 2022 (AÑO)	Historia Clínica: 1122344126
Barrio/Vereda: V/ PUENTO EL SOL	Responsable del niño: JENY YEIA
Teléfono:	EPS: 118

Perímetro Cefálico Niños

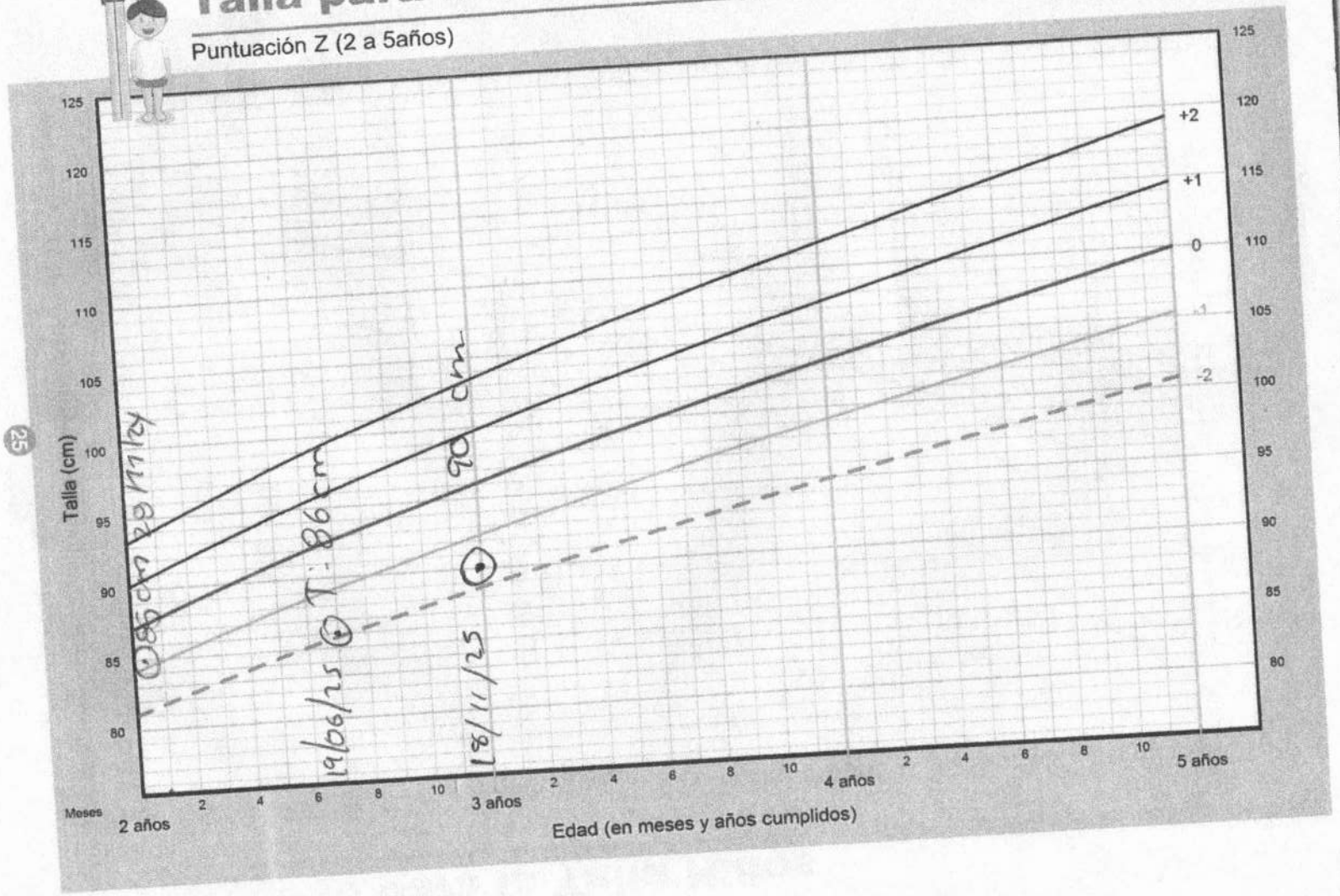
Puntuación Z (0 a 5 años)





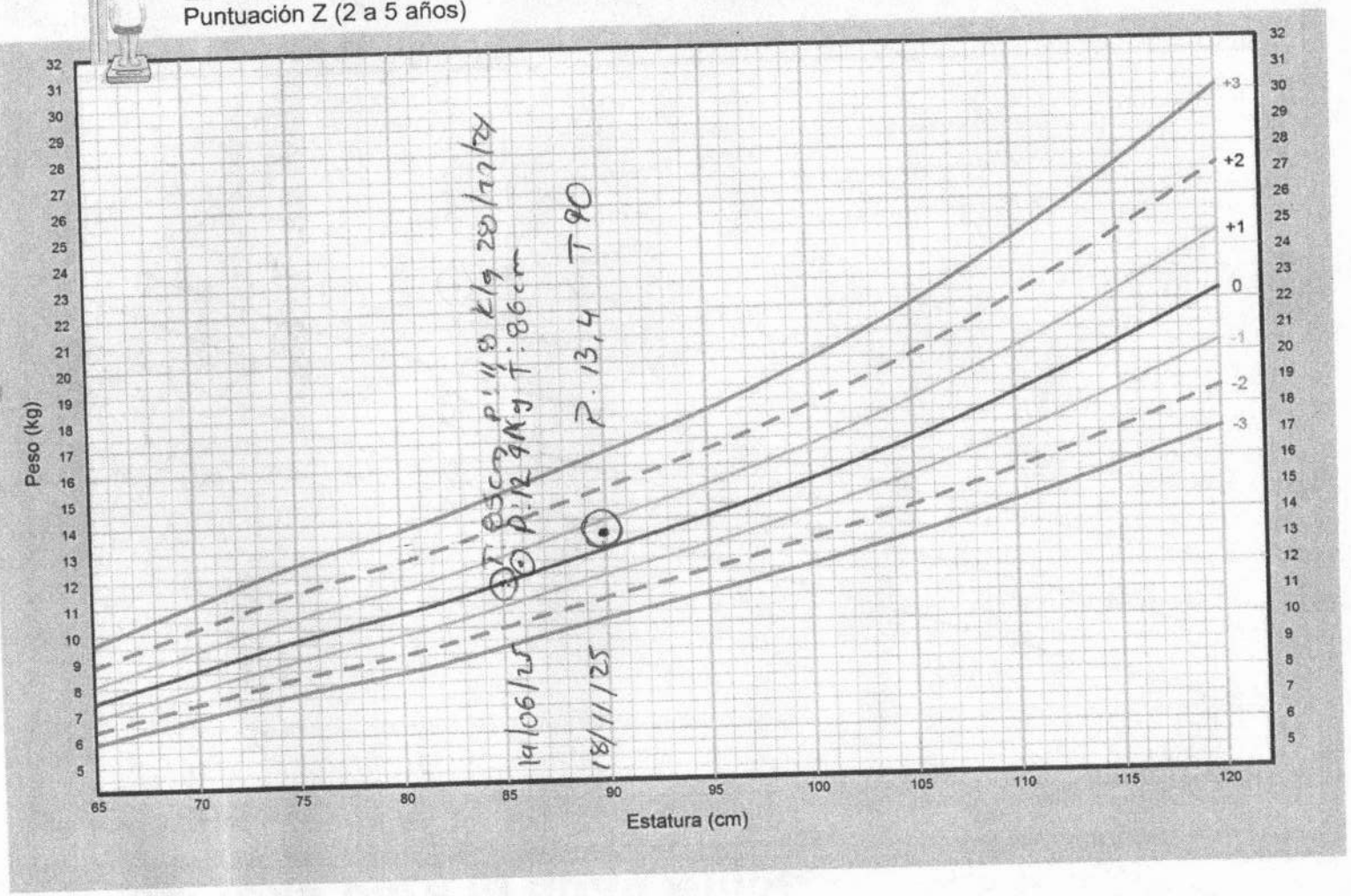
Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5años)



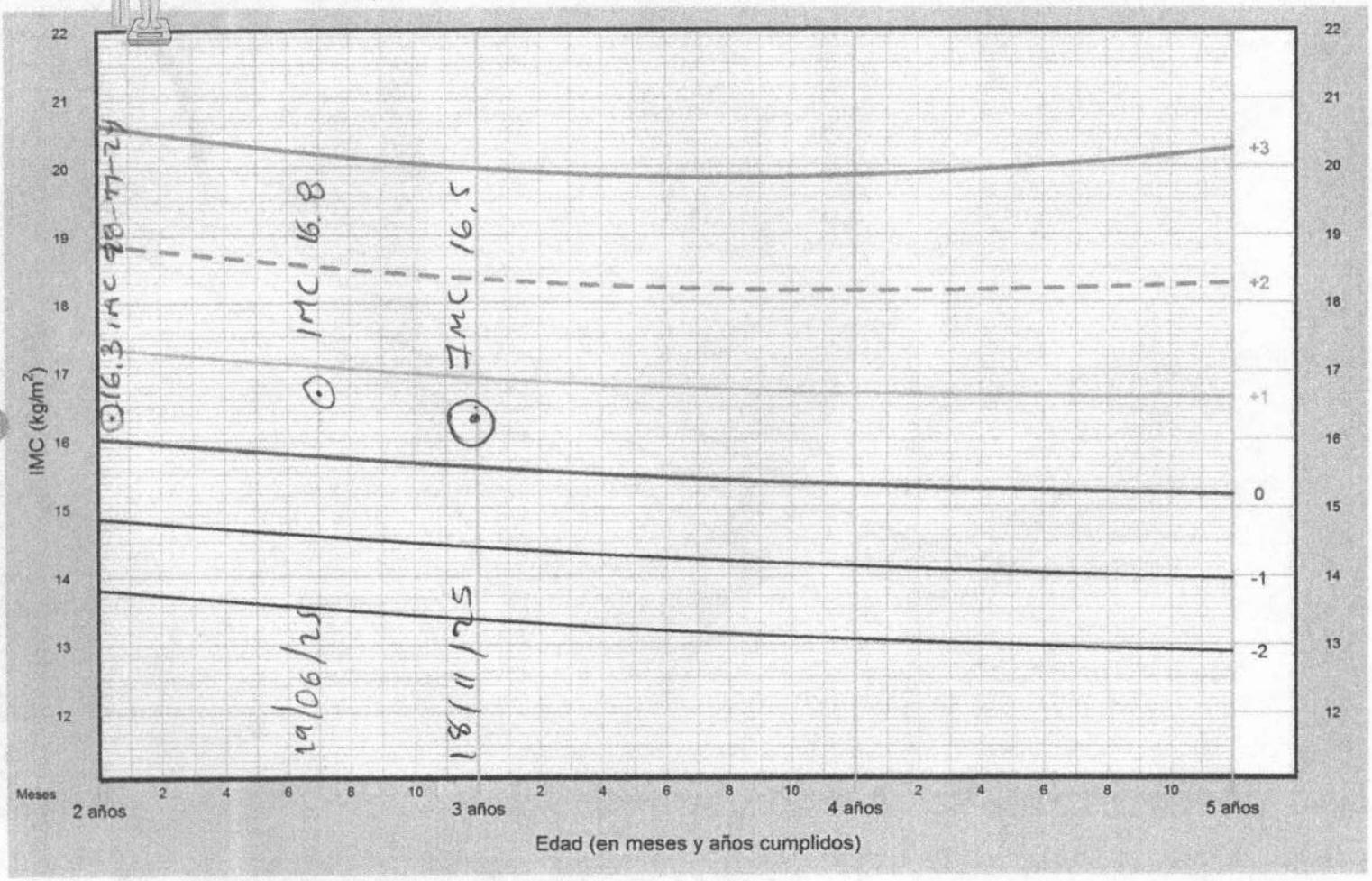
Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
04 01	Enero	2023	8:30	✓	
11	Febrero	Enfermera	Si ✓		
11	Abril	Medico			
11	05	2023			
20	06	2023		✓	
14	08	2023	Enfermera	1	
11	Nov	2023	Medico	Si/ Matilda	
11	Mayo	2024	Enfermera	S / Milena C—	
28	Nov	2024	Medico	Dr. Casco	
11	Mayo	2025	Enfer		
19	Junio	2025	Enf	Si	
18	Nov	2025	Med	Si	
18	Nov	2026	Enf		

Dra. Yajaira Cabrera
Médico General
RM 67027189-Univalle

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
13/02/2023	6,7	62	41	14	—	11-04-2023	
20/04/2023.	8,3	67	43	16.	18.5	11/05/2023	
20/06/2023	9kg	70cm	44 cm	18	18,4	11/08/2023	Lizeth J.
14/08/2023	9,7kg	71cm	44,5 cm	18	19,2	11/11/2023	Lizeth J.
16/11/2023	10,3kg	77cm	45cm	16cm	17,8	11/05/2024	Nayda
11/05/2024	10	78	48cm	16	16,4	11/11/2025	Milena C.
28-11-24	11,8	85	46	16	16,3	11-05-2025	Cuyes
19/06/25	12.4	86	48	18	16.8	11-11-25	
18/11/25	13,4	90	49	17	16,5.	18/11/26	

Dra. Magaly Cabrera
Médico General
R.M. 67827189 Univalle

14
RIV

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 ☐						
	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	11	NOV	22	Serum	03714A0731	HGcal				
	Hepatitis B	Recién nacido	11	NOV	22	Serum	0721Q0131	HGcal				
2 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Poliomielitis (VIP)	1.ª	12	01	22	Biclo	21410114					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	12	01	23		285 1Y0 22B		cita 12 marzo 2023			
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª	12	01	23	Serum	11111111					
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	1.ª	12	01	23							
	Diarrea por rotavirus	1.ª	12	01	23	Pfizer	7R4897	HFLD				
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	12	01	23	GSK	AR01C85 8AC					
4 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Poliomielitis (VIP)	2.ª	13	03	23	Biológico	2206012A					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	13	03	23	Serum	2SJ1X01A					
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª	13	03	23	Serum	2SJ1+U21A	HFLD				Kelly Jimenez
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	2.ª	13	03	23	Serum	2SJ1+U21A					
	Diarrea por rotavirus	2.ª	13	03	23	GSK	AR01D09 1AC					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	13	03	23	GSK	7R4897					
6 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐			CITA:			
	Poliomielitis (VIP)	3.ª	12	5	23	Serum	220060 8		14- MAYO 2023.			
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	12	5	23	Serum	2SSO4O38D	HFIP				Paula C
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª	12	5	23	Serum	2SSO4O38D					
	PENTAVALENTE Difteria , toeferina y tétano (DPT)	3.ª	12	5	23	Serum	2SSOYO38D					
	Influenza estacional	1.ª	29	06	23	Green	V5052301	HFID	cita.			Kelly J.
7 meses	Influenza estacional	2.ª	10	8	23	Green	V5052301	HFID	11/NOV/2023			Dacia C.
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	20	11	23	Serum	0137NO78B					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	20	11	23	Pfizer	F4QQ75	HFLD				
	Varicela	2.ª	20	11	23	Merck	X006537		CITA: 20-JULIO 2024.			Paula C
	Hepatitis A	Única	20	11	23	MSD	W0777736					
	Influenza estacional	Anual	21	05	24	Butanna	240097 9100	HFID				Eduard IB
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.er refuerzo	21	05	24	Biological E	223300 5	HFID				Eduard IB
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.er refuerzo	21	05	24	Serum	285 2Y0 11A	HFID				Eduard IB
	Fiebre amarilla	Única	20	11	23	Sanofi	W3D50	HFLD	CITA! 11-NOVI-2023			Paula C.
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.º	21	05	24	Serum	0182NO98B	4HD	Cita: 12-Mayo-2024.			Eduard IB
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.ª										
		2.ª										
		3.ª										
Vacunas complementarias y otras dosis									cita 2 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.

Busca las vacunas gratis

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

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

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.ª entrega	D	M	A
2.ª entrega	D	M	A
3.ª entrega	D	M	A

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

A partir de 6m	D	M	A
1 año	D	M	A
2 años	D	M	A
3 años	D	M	A
4 años	D	M	A
5 años	D	M	A

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega	D	M	A	D	M	A
2.ª entrega	D	M	A	D	M	A
3.ª entrega	D	M	A	D	M	A
4.ª entrega	D	M	A	D	M	A
5.ª entrega	D	M	A	D	M	A

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

3 años	D	M	A	AV*	AV**
4 años	D	M	A	AV*	AV**
5 años	D	M	A	AV*	AV**

*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 influenzae tipo b, difteria, tosferina, tétanos, diarrea por rotavirus; neúmonía, otitis, meningitis, bacteriemia causada por neumococo, enfermedad respiratoria 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:



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: Tapia Yela Kenyi

Fecha de nacimiento: 11 Noviembre 2022

Nº de certificado de nacido vivo:

Registro civil: 1122344726

Sexo: Masculino

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: 3650/41 Talla: 51

Dirección:

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Responsable: Yeny Yaneth

Municipio de residencia: Yela Pantoja

Departamento: Sucumbíos Putumayo

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

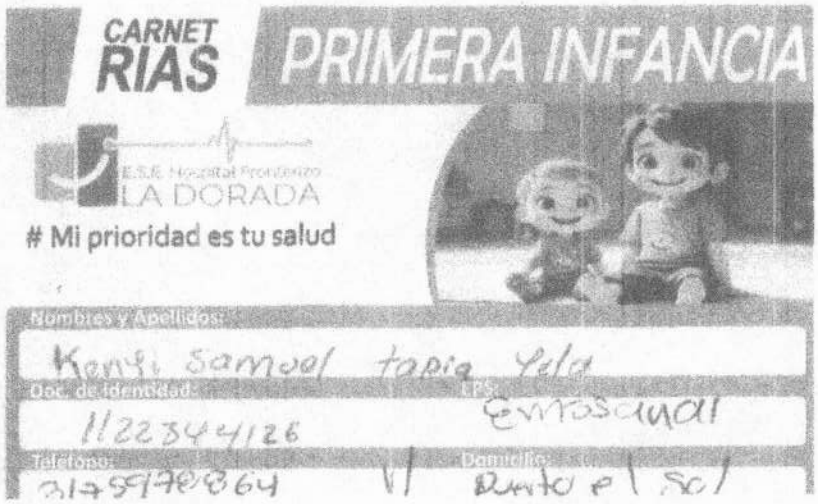
		PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) ó AÑOS (A)												
			5 DÍAS	1 M	2-3 M	4-5 M	6-8 M	9-11M	12-17M	18-23M	24-29M	30-35M	3 A	4 A	5 A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico													
		Atención en salud por medicina general													
		Atención en salud por enfermería													
		Atención en salud por Odontología													
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor									19-06-2025				
		Profilaxis y remoción de placa									04-12-2025				
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	V	Vacunación													

LILIANA MARISEL CORDOBA
AUX. EN SALUD ORAL
REG. 3000493-2011

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

Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

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



16
R/V

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

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

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL

La salud es de todos | Minsalud

CIUDAD San Miguel - Dorada FECHA: DÍA 27 MES 06 AÑO 2025 HORA:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Kenyi Samuel APELLIDOS Tapia Yela

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1122344126

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 11 MES: 11 AÑO: 2022 / EDAD: 2 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE

INFORMACIÓN PREVIA. La vacunación es una forma segura y eficaz de prevenir enfermedades y salvar muchas vidas. En la actualidad el país dispone de vacunas para proteger contra al menos 26 enfermedades, entre ellas, la difteria, el tétanos, la tosferina, la poliomielitis, la hepatitis, el cáncer de útero y el sarampión. En conjunto, estas vacunas salvan cada año millones de vidas en el mundo. Con la aplicación de las vacunas las personas se protegen a sí mismas y a quienes las rodean.

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

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

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

Miedo a la reacción

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

EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD

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

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

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

Firma de la persona: Yenny Yela

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

Nombres Yenny Yela Apellidos _____

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

Firma: _____

En caso de requerirse firma a ruego:

En virtud de que la persona a vacunar _____, identificado(a) con C.C. ☐ C.E. ☐

OTRO ☐ Número _____ de _____ no sabe o no puede firmar, a su ruego firma el(la) señor(a)

_____ identificado(a) con C.C ☐ C.E. ☐ OTRO ☐ número _____

de _____

Huella dactilar o plantar del Rogante

Firma del Rogado

C.C. N° _____

C.C. N° _____

Nombres y apellidos del vacunador:

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

Caely Martinez Tec. Aux. en Enfermería CC. No. 1122336822

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFID

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Atlantico MUNICIPIO: Sanmiguel

Nota: Cuanto se trate de menores entre 16 y 18 años, deberá firmar el menor junto con unos de sus padres o su representante legal.

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 Kenyi Samuel Tapia Yela, identificado (a) con documento de identidad número 1122344126, 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, Jenny Janneth Yela, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1124861923, 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 Fonavi, 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: Yenny Yela
Nombre: _____
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: _____
Fecha: 19-06-2025
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

Yonny Tela
Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Leidy Calderon
Agente educativa

Huella del niño/niña



Kenyi Tapia.

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 45967-6	Pago oportuno hasta:	INMEDIATA	Mes Facturado
Factura Nro	2037063339	Suspensión a partir de:	INMEDIATA	MARZO 2025

1.Información General

Nombre: OMAIRA GREFA CERDA — **Último pago** $ 51,430

Dirección: VDA PUERTO EL SOL CABILDO JUAN CRISTOBAL — **Tuve servicio de energía entre:** 13-FEB-2025 - 13-MAR-2025 (28)

Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Área	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Código Tarifa	División Geopolítica
SM3	S304	51	1	RESIDENCIAL	RURAL	1	.24	AEREA	EMPRESA	105	SAN MIGUEL - PUERTO EL SOL

Tipo de Documento	Fecha y hora de Emisión	Fecha y hora de Generación	Medio de Pago	Forma de Pago	Factura Electrónica de Venta
FACTURA DE VENTA	25/03/25	26-MAR-25	PAGO EN EFECTIVO	CONTADO	EEBP - 180453 0

2.Información Consumo Energía

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

2A.Información Medidor

Marca	Serial	Factor Múltiplo
APP	4604848896	1

2B.Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	3590	3513
Reactiva:		

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

2C.Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	77		
Consumo Reactiva KVarh:	0		
Costo del consumo $	79933.7		
Tarifa (hasta 173 Kwh):	415.24		
Subsidio: % 60	$	-47960.22	
Contribución: % 0	$	0	
Sub Total $	31973.48		

Meses en deuda: 2 — % Tasa Interés Moratorio: 0.5

2D.Consumo Últimos 6 Meses

	Mes	Activa	Reactiva
2024	SEPTIEMBRE	97	0
2024	OCTUBRE	101	0
2024	NOVIEMBRE	117	0
2024	DICIEMBRE	90	0
2025	ENERO	113	0
2025	FEBRERO	93	0
	PROMEDIO	102	0

2E.Información Calidad del Servicio

Tel. O.R EEBP: 01 8000 942415
Transformador: SPS141 Grupo: 32
DIUG: 95.56 FIUG: 36 Circuito: C14
Cargo D: 249.0104 Dscto %t: 20
CEC: 97.62
DIU: 191.74 FIU: 103
HC: 15.43 VC: 11
Valor a Compensar:

3.Información de Créditos EEBP

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

Gerente General

AVISO DE SUSPENSION

4.Detalle Conceptos del Servicio de Energía

Conceptos EEBP	Valor Liquidado	Saldo Anterior	Saldo a Favor o Anticipado	Total
ACTIVA SENCILLA MONOMIA	79,933.70	31,629.80	.00	111,563.50
SUBSIDIO	-47,960.22	.00	.00	-47,960.22
AJUSTE A SUBSIDIO	2,048.20	2,048.20	.00	4,096.40
RECARGO POR MORA	168.39	.00	.00	168.39
AJUSTE A LA DECENA	-2.07	.00	.00	-2.07

5.Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP — 67,866

6.Información Facturación Convenio Impuesto Alumbrado Públi

Sujeto Activo	Operador A.P.	Convenio No.	Dirección PQR	Valor Periodo	Saldo Ant.	Valor Total
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL	MUNICIPIO SAN MIGUEL	ACUERDO 008 31/08/2023	Cra 4 Cll 7 Esquina	7,602	7602	15,204

7.Información Facturación Convenio Aseo y Alcantarillad

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

Total EEBP	+ Total Impuesto Alumbrado público	+ Total Aseo y/o Alcantarillado	+ Total Otros Convenios	= Debo pagar en Total
67,866	15,204	12,000	0	$ 95,070

CUFE: c12581a3d8fbdfb96d10b78a5730c5f167996fd4e4a9483126e4b81c8ef04c670377179d154ceb16dee6c3468d8de4c2

(415)7709998005532(8020)1000203706333922(3900)0000095070(96)20250421

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

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

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad Pto Colon San Migoel

Nombre completo de la niña o niño Kenyi Samoel Tapia Yela

Fecha de nacimiento Día 11 Mes 11 2022 **N° Documento de Identidad** 1122344126

Sexo Masculino ● Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** Día 19 06 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador leidy Calderon

Fecha de registro cualitativo 26 09 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 Kenyi Tapia se encuentra en un perfil esperado teniendo en cuenta que cumple con los items de las dimensiones fondamentales que se encuentran dentro de su rango de edad. en los cuales se ha evidenciado avances en comunicacion no 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

Fecha de registro cualitativo Día Mes Año

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

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

Observaciones generales

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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

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

Observaciones generales

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

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

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Kenyi Tapia Yela **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulos **AGENTE EDUCATIVO:** Leidy G

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** _____

Clasificación de la Información:
CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
01-12-2025	En horas de la mañana la madre se comunica con la docente donde manifiesta que el niño esta agripado por tal razon lo va atener en casa para darles remedios caseros.	Agente educativa agradece la información y le recuerda que si el niño sigue o presenta otros sintomas llevarlo al hospital.	Leidy Calderon	Yenny Yela

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
02-12-2025	El niño 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: Kenyi Tapia **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulos **AGENTE EDUCATIVO:** Leidy C.

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 19-06-25

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	El niño tiene control el 11-11-25	Agente educativa le recuerda a la madre para que le saque la cita y ella se compromete a llevar al niño al control y desarrollo.	Leidy Calderon	Yenny Yela
12-11-25	La madre manifiesta que ya escribio para agendar la cita pero todavia no tiene respuesta.	Agente educativa recomienda seguir insistiendo, si ya no hay respuesta presentarse directamente en el hospital para que agende la cita.		

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
14-11-25	la madre manifiesta que para la proxima semana agenda, que para esta ya estaba llena, y que apenas le confirmen para cuando la cita ya le informa a la docente.
18-11-25	la madre ingresa con el niño y hace entrega de la documentación. Se cierra la novedad.

23
RIU

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Kenui Samuel Tapia **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulos **AGENTE EDUCATIVO:** Leidy C.

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** _____

Clasificación de la Información:
CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
14-11-2025	En horas de la mañana la madre se comunica via telefonica con la docente donde manifiesta que pide permiso por el dia de hoy ya que amanecio congestionado con gripa y lo va a tener en casa para darle remedios caseros.	Agente educativa agradece la informacion y le recuerda a la madre estar atenta por si presenta otros sintomas y mantenerlo abrigado e hidratado	Leidy calderon	Yenny Vela

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
18-11-2025	El niño ingresa a la unidad, la madre manifiesta que todavia tiene un poquito de gripa que no le ha quitado del todo y que si depronte la niña manifiesta algun malestar la llame, agente educativa agradece la informacion. Se cierra la novedad.

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

24
RV

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Kenyi Yela **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulos **AGENTE EDUCATIVO:** Leidy C.

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 19-06-2025

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)
20-08-2025	En horao de la mañana la madre se comunica via telefonica con la docente manifestando lo siguiente "profe hoy no voy a mandar al niño tiene gripita y esta el clima frio entonces lo voy a tener en casa para darle remedios caseros"	Agente educativa agradece la informacion sugiere continuar con los cuidados en casa y recomienda acudir al centro de salud si los sintomas persisten.	Leidy Calderon	Yenny Yela

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
21-08-25	El niño ingresa a la unidad aparentemente bien de salud. Se cierra la novedad.

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

25
RN

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: Kenyi Samuel **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulos **AGENTE EDUCATIVO:** Leidy

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** _____

Clasificación de la Información:
CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
09-09-2025	En horas de la mañana la madre se comunica via telefonica con la docente donde manifiesta que el dia de hoy el niño no asistira por que el dia de hoy ella esta de descanso y quiere salir con el niño a comprarle cosas.	Agente educativa agradece la informacion y le recuerda la importancia de que el niño asista todos los dias al cdi	Leidy Calderon	Yenny Vela

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
10-09-2025	El niño ingresa a la unidad a recibir la 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: Kenyi Samuel Tapia **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulos **AGENTE EDUCATIVO:** Leidy C

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 10-06-2025

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)
22-07-2025	En horas de la mañana la madre se comunica via telefonica con la docente donde manifiesta que tuvo que madrugar a una cita con el hijo mayor y por lo tanto tuvo que llevarse consigo el niño pequeño ya que no contaba quien se lo llevara al jardin.	Agente educativa agradece la informacion y comprende la situacion familiar. se le recuerda la importancia de la asistencia continua al CDI e invita a la madre en la medida de lo posible, a prever alternativas familiares o de apoyo para garantizar la asistencia del niño.	Leidy Calderon	Yenny Yela

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
23-07-2025	El niño ingreoa a la oniolaol para recibir la atencion Se cierra la novedaol

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Kenyi Samuel Tapia **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulos **AGENTE EDUCATIVO:** Leidy C.

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 19-06-2025

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)
04-09-2025	En la mañana la madre se comunica via telefonica informando lo siguiente "para informarle que mi hijo no asistira, mi esposo madrugo a trabajar en el carro, y me dejo la moto, pero no tengo capa para proteger al niño de la lluvia, entonces prefiero tenerlo en casa para evitar que se moje y se enferme ya que esta lloviendo mucho!"	Agente educativa agradece la informacion y le recuerda la importancia de cuidar la salud del niño en estas circunstancias, asi como la necesidad de buscar alternativas para que pueda asistir al cdi con regularidad.	Leidy calderon	Yenny Yela

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
07-09-2025	El niño ingresa a la unidad para recibir la atención en la unidad. Se cierra la novedad.

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

28
RN

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Kenyi Yela **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulos **AGENTE EDUCATIVO:** Leidy C.

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 19-06-2025

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)
03-07-2025	En horas de la mañana el niño ingresa al cdi y se evidencia un chichon en la frente.	la agente educativa pregunta a la madre y manifiesta que ayer en horas de la tarde el niño estaba jugando con una volqueta y al coger impulso se golpeo, manifiesta que no ha presentado ninguna reaccion debido al golpe.	Leidy calderon	Yenny Yela

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
03-07-2025	Se hizo llamada al número 3175978864, responde la madre del menor a quien se indaga sobre el golpe en la frente que es evidente en el niño, el cual refiere que el día de ayer en la tarde, estando en casa, el niño inicio a jugar con unas motos, carros y volquetas de juguetes, que al coger impulso con la volqueta para correr, se tropieza y cae de frente contra el piso y recibio en la frente el golpe, que para el dolor le dio acetaminofen, para disminuir el impacto del golpe le aplico hielo. Se recomienda la madre brindar espacios de seguridad y más cuidado sobre el niño, que a pesar de no haber tenido reacción posterior al golpe, llevarlo a asistencia medica con el objetivo de prevenir acontecimientos hacia futuro por negligencia. La madre refiere sacar el tiempo para cumplir compromisos respecto a la atención en salud para el niño y prestar más atención en los espacios de juego del menor. Lina Pereira Psicosocial.