Fundación Alma de Vida
Fortaleciendo caminos de esperanza

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:
Breiner Sebastian Guevara Simbaña

N° DOCUMENTO: 1126144562 **TIPO DOCUMENTO:** RC X CC ___ OTRO ___

FECHA DE NACIMIENTO: 07-Diciembre-2021 **EDAD:** 3 años-3 m

LUGAR DE NACIMIENTO: Ecuador

NOMBRE DE LA UDS: CDI Frontera de Paz
CODIGO UDS: 8675711373 66 **BARRIO/VEREDA:** B/ Floresta
FECHA DE INGRESO: 01-04-2025 **FECHA DE RETIRO:** _____

SISBEN: A-4 **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: Mayerli Karina Simbaña

N° CÉDULA: 1126446187 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Valle del Guamuez

NOMBRE DEL PADRE: _____

N° CÉDULA: _____ **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** _____

N° DE CELULAR: _____

NOMBRE DEL ACUDIENTE: Mayerli Karina Simbaña

N° CÉDULA: 1126446187 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Valle del Guamuez

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

NUMERO DE CELULAR 3202046758

Mayerli Simbaña
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

leidy Calderon
NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO

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: [ ] [ ] [ ]

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: 1126141153 62

Fecha nacimiento: 07 | 12 | 2021

Nombres: Breiner Sebastian

Apellidos: Goevara S.

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: Urbana

Barrio: El chorro

Vereda:

Sector:

Dirección: Diagonal a la drogueria super Salud Familiar

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: 1126416187

Nombres: Mayerli Karina

Apellidos: Simbaña

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 09 | 04 | 2005

Correo electrónico:

Número de celular: 3202046758

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: Mayerli S.

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Leidy Calderon

Observaciones:

3

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1126144562

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 64354911

* 64354911 *

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
☐	☐	☐☐	X	☐	☐	Y 4 Z

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
ECUADOR , SUCUMBIOS , NUEVA LOJA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
GUEVARA	SIMBAÑA

Nombre(s)
BREINER SEBASTIAN

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2021 Mes DIC Día 07	MASCULINO	O	+

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
ECUADOR , SUCUMBIOS , LAGO AGRIO, NUEVA LOJA

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
REGISTRO DE NACIMIENTO EXTRANJERO	2150717516

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

Apellidos y nombres completos
GUEVARA MUÑOZ BREINER ESTEBIN

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1130884119	COLOMBIANA

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

Apellidos y nombres completos
SIMBAÑA NARVAEZ MAYERLI KARINA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1126446187	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
SIMBAÑA NARVAEZ MAYERLI KARINA

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1126446187	Mayerli Simbaña

Datos Primer testigo

Apellidos y nombres completos
XXXXXXXXXXXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
XXXXXXXXXXXXXXXX	SIN FIRMA

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos
XXXXXXXXXXXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
XXXXXXXXXXXXXXXX	SIN FIRMA

Fecha de inscripción	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2023 Mes SEP Día 25	MAURA MERCEDES CAMACHO TORRES Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
BREINER ESTEBIN GUEVARA MUÑOZ Breiner Firma	MAURA MERCEDES CAMACHO TORRES Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Fiel copia del original expedida el 2023/09/25 por MAURA MERCEDES CAMACHO TORRES, CONSUL en el Consulado de Colombia

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.126.446.187



Apellidos
SIMBAÑA NARVAEZ

Nombres
MAYERLI KARINA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.62	F

Fecha de nacimiento
09 ABR 2005

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
VALLE DEL GUAMUEZ
(LA HORMIGA)(PUTUMAYO)

Fecha y lugar de expedición
10 MAYO 2023, SAN MIGUEL(LA DORADA)

Fecha de expiración
10 MAYO 2033

Firma
Mayerli Simbaña

.CO

023063343

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL023063343664018<<<<<<<<<<<
0504092F3305108COL1126446187<3
SIMBANA<NARVAEZ<<MAYERLI<KARIN

5

Sisbén
Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: **20/11/2025**

Ficha: **86757674952700007899**

A4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: **BREINER SEBASTIAN**

Apellidos: **GUEVARA SIMBAÑA**

Tipo de documento: **Registro civil**

Número de documento: **1126144562**

Municipio: **San Miguel**

Departamento: **Putumayo**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **25/04/2024**

Última actualización ciudadano: **25/04/2024**

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**

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:

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

ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1126144562
NOMBRES	BREINER SEBASTIAN
APELLIDOS	GUEVARA SIMBAÑA
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	22/05/2024	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	12/05/2025 10:09:43	**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



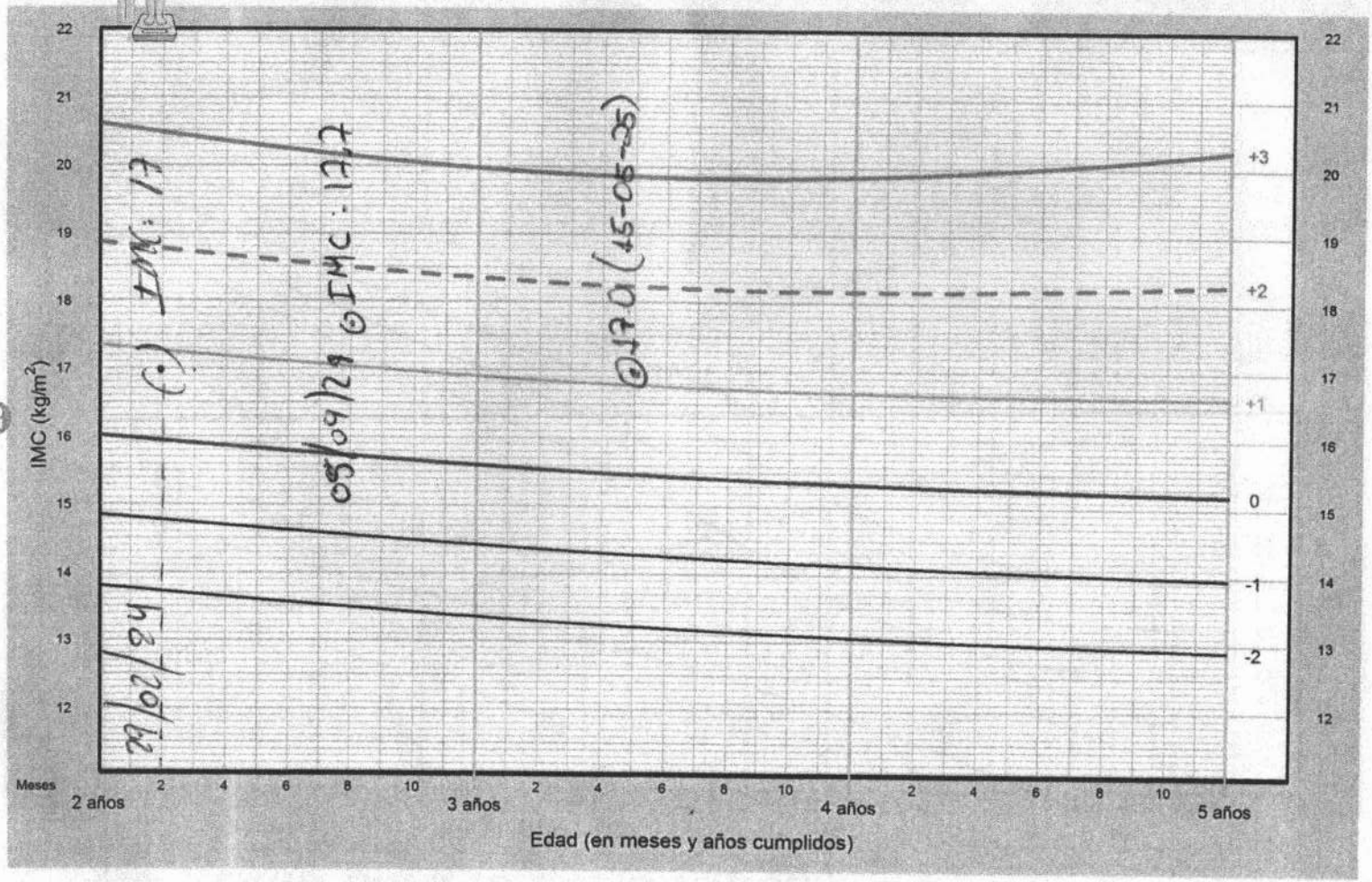
E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

Nombres: BREINER SEBASTIAN	Apellidos: MUÑOS SIMBAÑA
Fecha de nacimiento: 07 (DÍA) | 12 (MES) | 2021 (AÑO)	Historia Clínica: 21507175116
Barrio/Vereda:	Responsable del niño:
Teléfono:	EPS:

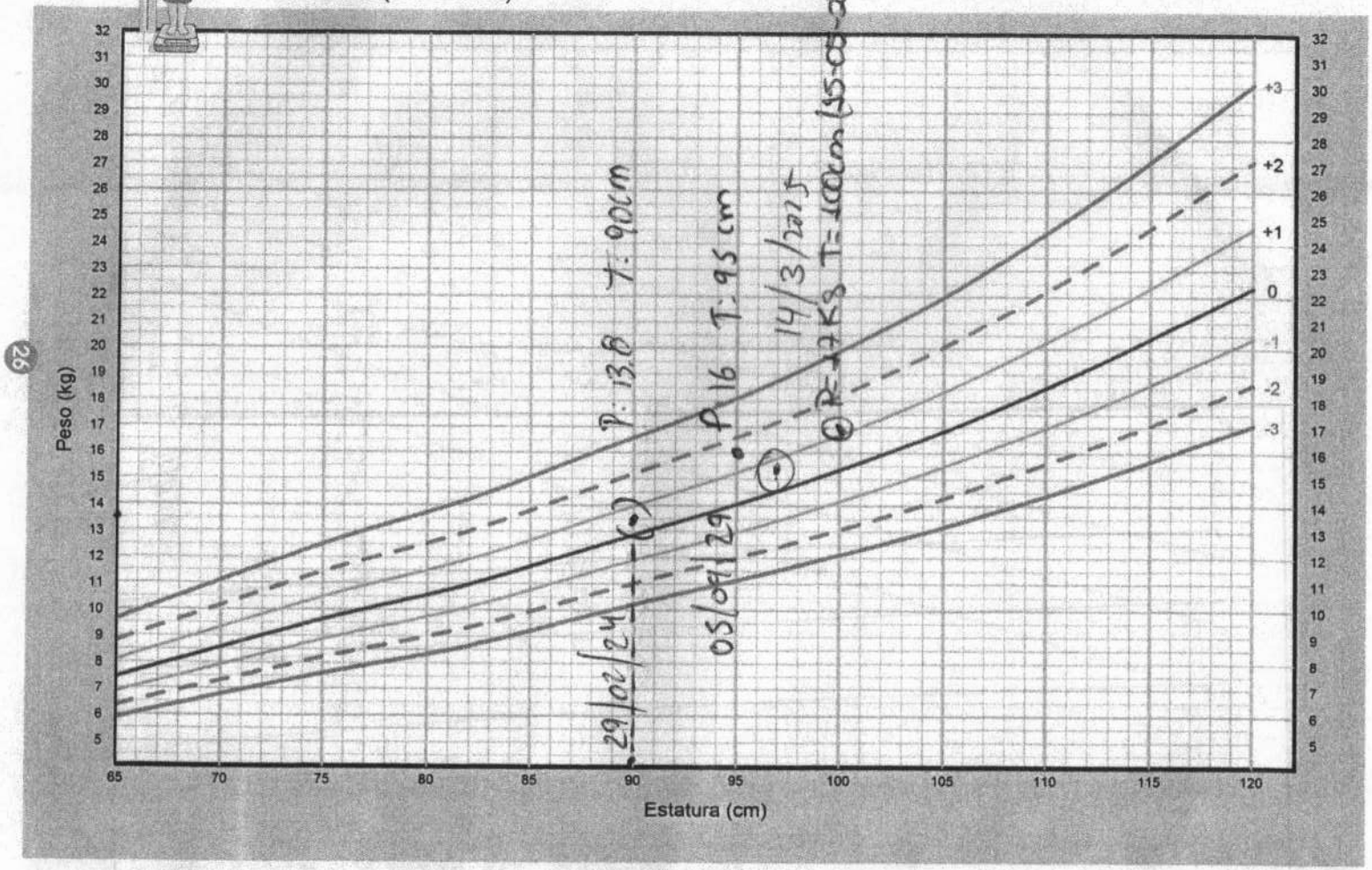
IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



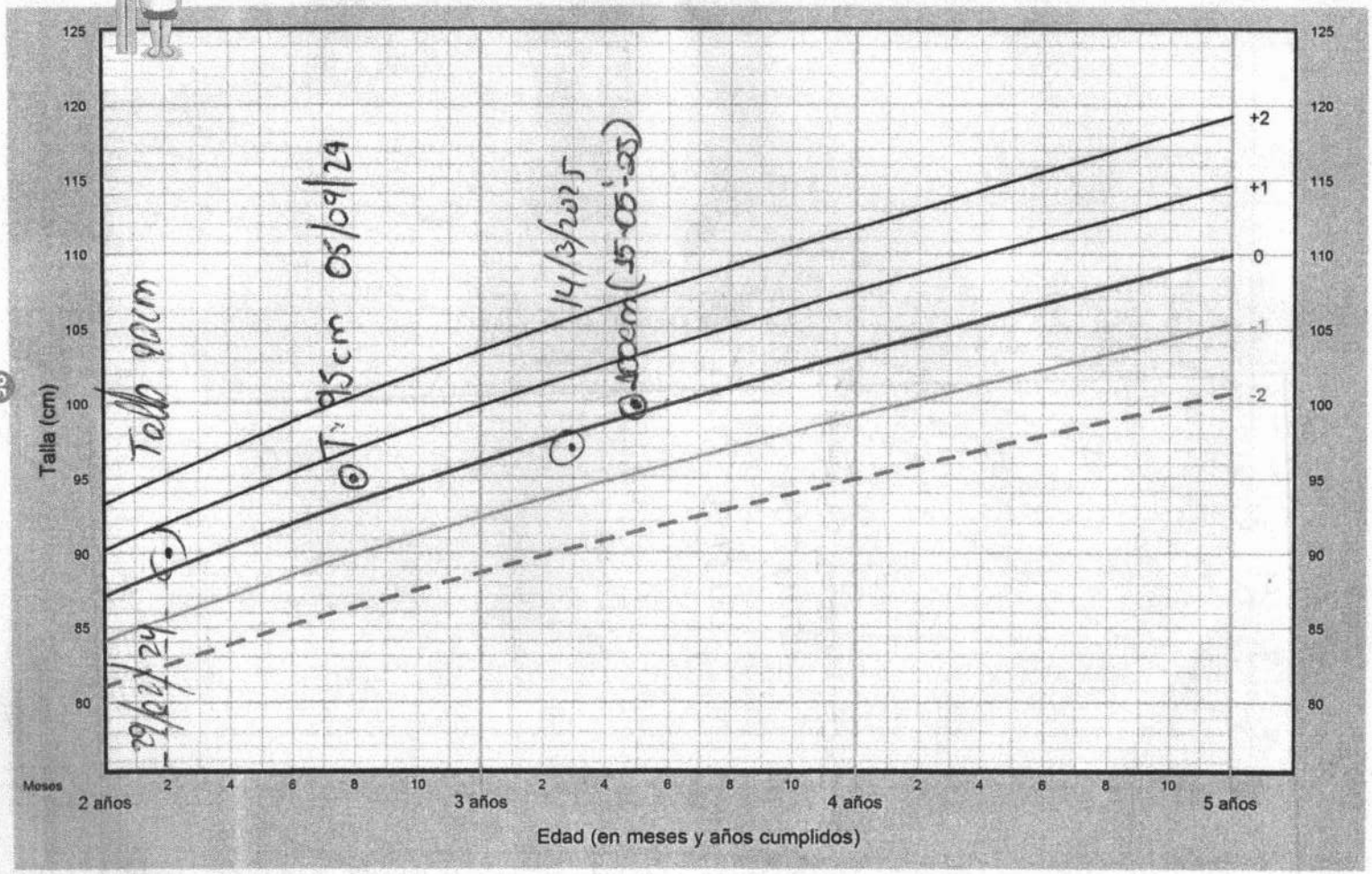
Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



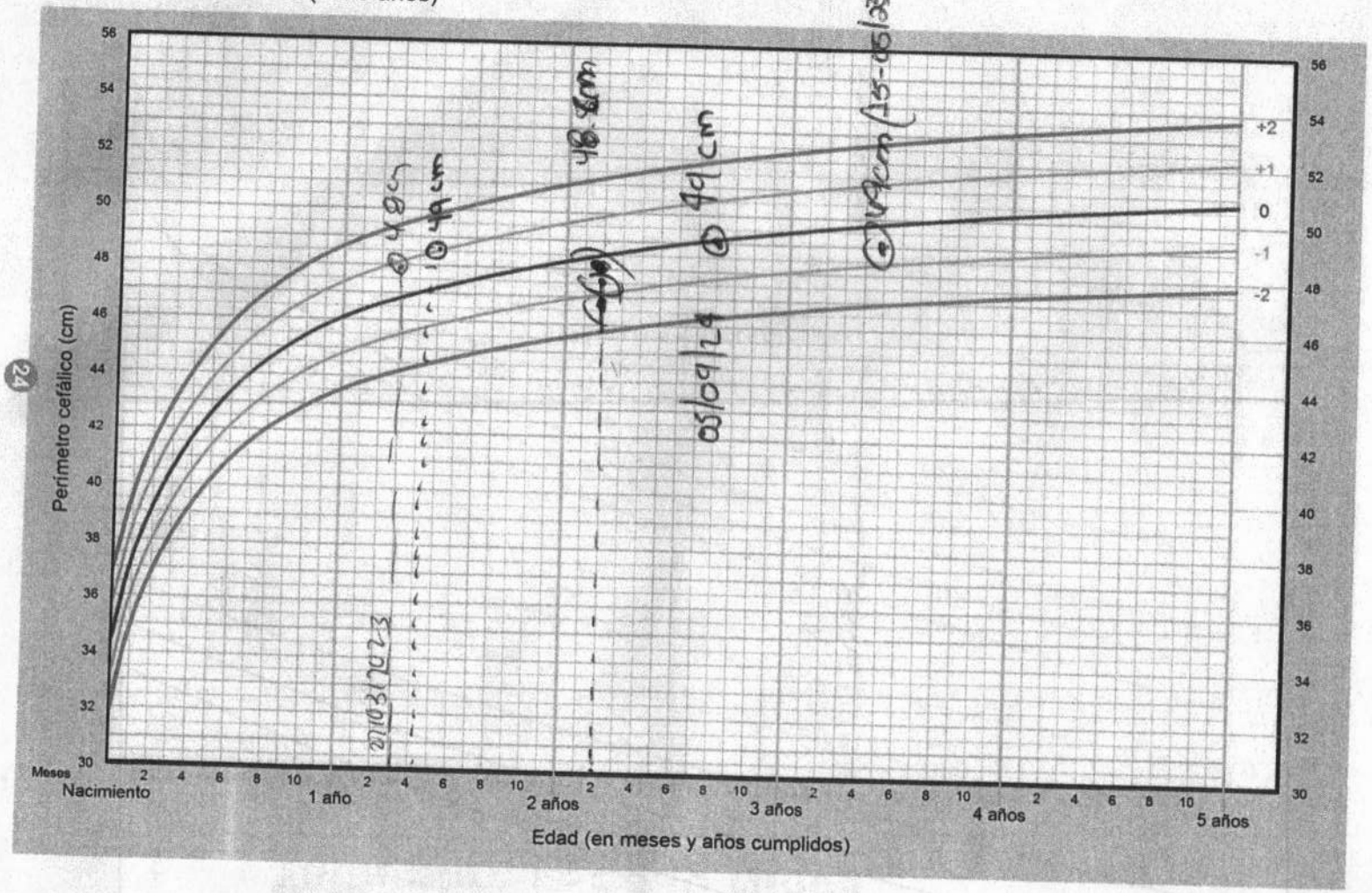
Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5años)



Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)



CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ	
				SI	NO
07	06	2023	Médico.	✓	
07	12	2023	Enf.	.	
29	08	2024	Medi		
05	09	2029	Enf	✓	
10	12	2095	Enf.		

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro brac[redacted]	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesion[redacted]
22/03/2023	12	78	48	16	19.1	07/06/2023	[illegible]
26-09-23	14.3	83	49	16	20.8	07-12-2023	[illegible]
29/02/24	13.8	90	48		17	29/08/24	[illegible]
05/09/24	16	95	49	15	17.7	07/12/24	[illegible]
14/03/25	15.95	97	49.5			~~10/12/25~~	[illegible] (Ecuador)
15/05/25	17	100	49	15	17	10/12/25	[illegible]

12
RN

Nombres y Apellidos: **Tipo identificación:** **No. ID:**

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 Sí ☐ No ☐									
	Tuberculosis meníngea (BCG)	Única	08	12	21	03709	037092 0 4	Ecuador				HMV
	Hepatitis B	Recién nacido	08	12	21		032001 1 A	Ecuador				HMV
2 meses			Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐									
	Poliomielitis (VIP)	1.ª	09	02	22	Biological	2201021218					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	09	02	22	Serum	2201021218					
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª	09	02	22	Serum	2201021218					
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.ª	09	02	22	Serum	2201021218					
	Diarrea por rotavirus	1.ª	09	02	22	GSK	A2U1CDC61A	Ecuador				C.S.J.
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	09	02	22	GSK	AJPNB340AB					
4 meses			Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐									
	Poliomielitis (VIP)	2.ª	03	8	22	Biological	2143006					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	03	8	22	Serum	2201021218					
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª	03	8	22	Serum	2201021218					
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.ª	03	8	22	Serum	2201021218	Ecuador				C.S.J.
	Diarrea por rotavirus	2.ª	—	—	—	—	—	—				—
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	03	8	22	GSK	AJPNB340AB					
6 meses			Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐									
	Poliomielitis (VIP)	3.ª	05	04	22	Biological	2143006					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	05	04	22	Serum	2201021218					
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª	05	04	22	Serum	2201021218					
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.ª	05	09	22	Serum	2201021218	Ecuador				C.S.J.
	Influenza estacional	1.ª	10	01	23	Green Butantan	U2U2220152	Ecuador				Isabel V.A.
7 meses	Influenza estacional	2.ª	23	09	23	Butantan	2400097900	HHLD				
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	10	01	23	Serum	U131N034	Ecuador				
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	10	01	23	GSK	ASPNB340AB	Ecuador				
	Varicela	2.ª	10	01	23	merck	U029610A	Ecuador				Kelly T.
	Hepatitis A	Única	10	01	23	MSD	WCE48021	Ecuador				
	Influenza estacional	Anual	25	06	24	Butantan	2400947600	HHLD				
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.er refuerzo	13	04	23	Biological	2861P1350	Ecuador	cita 05			Ecuador
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.er refuerzo	13	09	23	Serum	2111602322A	Ecuador	septiembre			Ecuador
	Fiebre amarilla	Única	10	01	23	merieux	03PSC	Ecuador	2023			
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª	13	10	23	Serum	0113 2N048B	HHLD				Kelly T.
	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	SR.	REF	12	02	24	Serum	0122W108	HHLD	QUIA! 5 AÑOS CUMPLIDOS			Ecuador

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

							D	M	A
	SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO								
Resultado Tamizaje Neonatal	TSH neonatal	Normal		Alterado					
	Auditivo OEA/PEAA	Normal		Alterado					
	Cardiopatía 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

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

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

	D	M	A
A partir de 6m			
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 influenzae tipo b, difteria, tosferina, tétanos, diarrea por rotavirus; neumonía, 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: Guevara Simbaña. Breiner sebastian.

Fecha de nacimiento: 08 - 12 - 2021

Nº de certificado de nacido vivo: 1 126 144 562

Registro civil: 2150777576.

Sexo: Masculino.

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: Talla:

Dirección: Puerto Colón

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Responsable: Mayerly Simbaña

Municipio de residencia: San miguel.

Departamento: Putumayo.

CC 1.126.446-187

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

13
RIV

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

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

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL

La salud es de todos | Minsalud

CIUDAD La Dorada FECHA: DÍA 03 MES 04 AÑO 2025 HORA: 9:35 am

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Breiner Sebastian APELLIDOS Guevara Simbaña

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1126144562

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 7 MES: 12 AÑO: 2021/ EDAD: 3 años CEL: 3202046758

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE PPNA

INFORMACIÓN PREVIA. La vacunación es una forma segura y eficaz de prevenir enfermedades y salvar muchas vidas. En la actualidad el pais 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.

[redacted] 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 [redacted]cia la aplicación de esta vacuna, se han reconocido beneficios y riesgos, que es importante que usted conozca antes de dar el consentimiento [redacted]a 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.
[redacted]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.
[redacted]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: X

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

Nombres Mayerly Karina Apellidos Simboña Narvaez

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1126446187

Firma: Mayerli Narvaez

En caso de requerirse firma a ruego:

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

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

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

de _____

Firma del Rogado

Huella dactilar o plantar del Rogante

C.C. N°

C.C. N°

Nombres y apellidos del vacunador:

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

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFID

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Putumayo 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.

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

JINA A. BELALCAZAR FLOREZ
Gerente

Servimos con amor

CARNET RIAS **PRIMERA INFANCIA**

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

Servimos con amor



Nombres y apellidos: Breiner Sebastian Guevara

Doc. de identidad: 1126144562 EPS: Particular

Teléfono: Domicilio:

PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS		FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) ó AÑOS (A)													
		5 DÍAS	1 M	2-3 M	4 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													
	Atención en salud por medicina general													
	Atención en salud por enfermería													
	Atención en salud bucal por odontología							Dely Barrios Ortiz Odontóloga Reg. 52384	02-10-2023		ASLEIDY CHAVERRA Odontóloga TP. 29.178.969	13-Mar-25 13-Mar-25		
	Promoción y apoyo de la lactancia mantenra													
PROTECCIÓN ESPECÍFICA — ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor								X					
	Profilaxis y remoción de placa bacteriana								X					
	Aplicación de sellantes (según criterio)											25-03-2026		
V	Vacunación													

Dr. Danny Andrés Martínez ODONTÓLOGO Universidad Antonio Nariño R.P. 86-1627

R: 02-04-23.

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 Breiner Sebastian Guevara Simbaña, identificado (a) con documento de identidad número 1126144562, 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, Mayerli Karina Simbaña, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1126446187, 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: Mayerli Simbaña
Nombre: Mayerli Simbaña
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.

(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

Mayerli Simbaña
Firma del Padre de Familia y/o acudiente

leidy Calderon
Agente educativa

Huella del niño/niña

Breiner Guevara

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

15

EMPRESA DE ENERGÍA DEL BAJO PUTUMAYO S.A. E.S.P.
NIt. 846.000.553-6 - NUIR: 2-86568000-7
Autorretenedores Res. 547 de 25/01/2002
Responsables de IVA

"Generamos Desarrollo con Energía"

Vigilado Superservicio

Código de Suscripción	SM 11322	Pago oportuno hasta:	INMEDIATA	Mes Facturado
Factura Nro.	2037094109	Suspensión a partir de:	INMEDIATA	ABRIL 2025

1. Información General

Nombre:	BELLANIRA SALINAS VALDERRAMA		13-MAR-2025	Último pago $	57.960
Dirección:	EL CHORRO	Tuvo servicio de energía entre:	04-MAR-2025 - 01-ABR-2025 (28)		25-ABR-20

Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Área	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Tarifa	División Geopolítica
3	5302	2113	1	RESIDENCIAL	RURAL	1	6	AEREA	EMPRESA	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
FACTURA DE VENTA	25/04/2025	25/04/2025	PAGO EN EFECTIVO	CONTADO	EEBP	223328

2. Información Consumo Energía

Componentes del Costo (CU): Generación 207.71 + Transmisión 36.28 + Distribución 245.81 + Comercialización 128.76 + Pérdidas 36.35 + Restricciones 28.14 = CU 1.105,50 ($/KwH)

2A. Información Medidor

Marca	Serial	Factor Múltiplo
APP	4604428655	

2B. Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	6010	5983
Reactiva:		

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

2C. Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	0	
Consumo Reactiva KVarh:	51958.5	
Costo del consumo $	442.2	
Tarifa (hasta 173 Kwh):	31175.1	
Subsidio: %	0	$ 0
Contribución: %	20783.4	$
Sub Total $		

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

2D. Consumo Ultimos 6 Meses

Mes	Consumo
2025/Mar	43
2025/Feb	51
2025/Ene	48
2024/Dic	55
2024/Nov	65
2024/Oct	95
Promedio:	60

2E. Información Calidad del Servicio

Transformador SPC130 Grupo x2
DUG 95.56 FUG 36 Circuito C1
Cargo U 253.23 Dado % 20
CEC 43.57
DRI 105.40 FRI 100.00
HC 0.00 VC 2.00
Valor a compensar 2.206,81

3. Información de Créditos EEBP

Tipo de Plan	Capital Crédito	No. Cuotas	Saldo Capital	Cuotas Pagadas	Cuotas por Facturar
	6088				

Gerente General

4. Detalle Conceptos del Servicio de Energía

Conceptos EEBP	Valor Liquidado	Saldo Anterior	Saldo a Favor o Anticipado	TOTAL
ACTIVA SENCILLA MONOFASICA	31.175,10	7.855	0,00	39.814
SUBSIDIO	-31.175,10	0	0,00	-31.175
AJUSTE A SUBSIDIO	2.163,35	2.163	0,00	4.327
RECARGO POR MORA	100,11	0	0,00	100
AJUSTE A LA DECENA	-1,86	2	0,00	0
				43.06

AVISO DE SUSPENSION

5. Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP

6. Información Facturación Convenio Impuesto Alumbrado Público

Sujeto Activo	Operador A.P.	Convenio No.	Dirección POR	Valor Periodo	Saldo Ant.	Valor Total
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL	MUNICIPIO SAN MIGUEL	ACUERDO 008 31/08/2023	Cra 4 Cll 7 Esquina	6.354		6,354

7. Información Facturación Convenio Aseo y Alcantarillado

Concepto	Empresa	Dirección POR	USO	Valor Tarifa	Subsidio o Factor Solidario	Cargo Consumo o Variable	Valor Tasa Ambiental	Saldo Anterior	Ajustes/Otros	Valor Total
Alcantarillado	Alcaldia San Mi	Cra 4 Cll 7 Esq B/La Libertad		6.000	0	0	0	6.000		12,0
Aseo*										

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

8. Información Facturación Otros Convenios

Concepto	Empresa	Dirección POR 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
43,066		6,354		12,000		0		61,420

CUFE:
[illegible]62f.77427473e826bceab7500187dc12f481451e0c7627da15ff8c4304f
[illegible]b82e4103d75c2b0ee283c458699331d42

(415)7709995005532(8020)1000203709410908(3900)0000061420(96)20250521

Esta Factura es Título Ejecutivo de acuerdo a las Normas del Derecho Civil y Comercial

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

Factura Electrónica: EEBP 223328

Resolución de facturación electrónica DIAN No [illegible]3640637[illegible]1901
[illegible]20 [illegible] desde No: 1 Hasta No: 10000000

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad Puerto Colon San Miguel

Nombre completo de la niña o niño Breiner Sebastian Guevara Simbaña

Fecha de nacimiento 07 12 2021 **N° Documento de Identidad** 1126144562

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Leidy Golderon

Fecha de registro cualitativo 04 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 Breiner Guevara se encuentra en un perfil esperado teniendo en cuenta que ha complido con los items de las dimensiones fondamentales que se encuentran dentro de su rango de edad. En los cuales se ha evidenciado avances en comonicacion verbal y autonomia.

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 02 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 Breiner Guevara se encuentra en un perfil esperado de acuerdo a su edad. Participa con entusiasmo en actividades, mantiene una comonicacion clara con adultos y pares y evidencia avances en motricidad fina y gruesa. Ademas muestra disposicion para aprender y desenvolverse en diferentes entornos.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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

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

Observaciones generales

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Breiner Guevara **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)
04-04-2025	En la mañana la madre del niño se comunica via telefonica con la docente para informar que su hijo no asistira al jardin el dia de hoy, ya que tuvo que desplazarse a la finca desde muy temprano y regresara tarde. Indico que no contaba con una persona que no pudiera llevar ni recoger al niño durante el dia, por lo que decidio llevarlo con ella.	Agente educativa agradece la informacion y le recuerda la importancia de garantizar la asistencia continua del niño al CDI, recomendando que en la medida posible busque apoyo familiar cuando tenga compromisos que le impidan traer al niño al CDI.	Leidy Calderon	Mayerli Sumbaña

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
07-04-2025	El niño ingresa a la unidad para recibir la atención. Se cierra la novedad.

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

19
RV

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Breiner Sebastian G. **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)
04-06-2025	En horas de la mañana al realizar el llamado de lista se verifico la inasistencia del niño.	Agente educativa se comunica via telefonica con la madre y ella refiere lo siguiente "profe lo que pasa es que hoy cumple años mi abuela y todos nos vamos a reunir para celebrarlos y pasar un rato en familia y me voy a llevar a mi hijo tambien por eso no lo mande hoy" se le recomienda a la madre hacer llegar el permiso por escrito para justificar la inasistencia del niño.	El 05-06-2025 el niño ingresa a la unidad para recibir la atencion. Se cierra la novedad	Leidy calderon	Mayerli Simbaña

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Breiner Guevara **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)
26-05-2025	En horas de la mañana después de realizar el llamado a lista se verifico la inasistencia del niño.	Agente educativa se comunica via telefonica con la madre y ella refiere lo siguiente" Profe el niño anoche presento fiebre y no pudo dormir, entonces por eso no lo mande hoy, fiebre no tiene pero si esta trasnochado ya si hoy no vuelve a presentar fiebre yo lo mando mañana" se le recomienda a la madre brindarle al niño los cuidados necesarios y hacer llegar el permiso para justificar la inasistencia del niño.	El 27-05-2025 el niño ingresa aparentemente bien de salud, sin embargo en la frente de un lado tiene un grano lo que la abuela manifiesta que "es otro nacido y lo van a llevar al hospital para ver si le dan algo.	leidy Calderon	Mayerli Jimbaña
			se cierra la novedad		

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Breiner Sebastian C. **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)
19-05-2025	En horas de la mañana al realizar el llamado a lista se verifico la inasistencia del niño.	Agente educativa se comunica via telefonica con la madre y ella refiere lo siguiente "profe hoy con ese aguacero, yo sin moto, ni sombrilla no tenia como llevarlo sin que se me mojara por eso no asistio." Agente educativa le recomienda hacer llegar el permiso por escrito para justificar la inasistencia del niño.	El 20-05-2025 el niño ingresa a la unidad aparentemente bien de salud, sin embargo en la cara tiene lo que aparente ser rasgoños a lo que la madre manifiesta lo siguiente "profe el niño estaba jugando y se cayo y quedo asi" Se cierra la novedad	Leidy Calderon	Mayerli Simbaña

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Brener Goevara **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)
12-05-2025	El niño ingresa a la unidad con un grano en un lado de la cabeza.	Agente educativa le pregunta a la madre con respecto al grano y ella manifiesta que "es un nacido y a el le salen de seguido."	El 16-05-2025 el nacido esta mucho mas grande, sin embargo el niño no ha presentado molestias durante las actividades Pedagogicas.	Leidy calderon	Mayerli Simbaña
20-05-2025			El 20-05-2025 el nacido ya ha madurado y ahora esta secando. Se cierra la novedad	Leidy Calderon	Mayerli S.