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: 1080073128

Fecha nacimiento: 26 09 2022

Nombres: Carlo Antonia

Apellidos: Doran Quiroz

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:

Sector:

Dirección:

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: 1007728250

Nombres: Marcela

Apellidos: Quiroz

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento:

Correo electrónico:

Número de celular:

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: Adriana Quiroz

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Leidy C.

Observaciones:

Fundación
Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:

Carla Antonia Doran Quiroz

Nº DOCUMENTO: 1080073128 **TIPO DOCUMENTO: RC** X **CC** ___ **OTRO** ___

FECHA DE NACIMIENTO: 26-Sep-2022 **EDAD:** 2 años - 10 m

LUGAR DE NACIMIENTO: Pasto - Nariño

NOMBRE DE LA UDS: CDI Fronteras de Paz
CODIGO UDS: 867511373 86 **BARRIO/VEREDA:** ___
FECHA DE INGRESO: 14-08-2025 **FECHA DE RETIRO:** ___

SISBEN: ___ **EPS:** Mallamas **RÉGIMEN (C)**__ **(S)**__

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

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

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

NOMBRE DE LA MADRE: Adriana Marcela Quiroz Guamica

Nº CÉDULA: 1007728250 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** ___

NOMBRE DEL PADRE: Luis Carlos Doran Mora

Nº CÉDULA: 1090107876O **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** ___

Nº DE CELULAR: ___

NOMBRE DEL ACUDIENTE: Maora Veronica Guamica

Nº CÉDULA: 41116221 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Valle del G.

DIRECCIÓN VIVIENDA: ___ **ZONA POBLACIONAL: (R)**___ **(U)**___

NUMERO DE CELULAR 3104799115

Adriana Quiroz — **FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE**

Leidy Calderon — **NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO**

EXPEDICION GRATUITA

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1080073128

Indicativo Serial 58097925

58097925

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código L 1 W

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

COLOMBIA - NARIÑO - PASTO NOTARIA 1 PASTO

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
DURAN	QUIROZ

Nombre(s)

CARLA ANTONIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes SEP Día 26	FEMENINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección)

COLOMBIA - NARIÑO - PASTO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	22095310111035

Datos de madre o padre (Para casos de parejas 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

QUIROZ GUARNICA ADRIANA MARCELA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1007728250	COLOMBIA

Datos de padre o madre (Para casos de parejas 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

DURAN MORA LUIS CARLOS

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1091078760	COLOMBIA

A OFICINA DE REGISTRO - ORIGINAL PARA I

Apellidos y nombres completos

DURAN MORA LUIS CARLOS

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1091078760	Luis Carlos Duran Mora

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

NOTARIA PRIMERA DEL CIRCULO DE PASTO CERTIFICA QUE ES COPIA AUTENTICA DEL(LOS) REGISTRO(S) CIVIL(ES) DE NACIMIENTO QUE REPOSA(N) EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA, EXPEDIDA(S) EN LOS TERMINOS PREVISTO EN EL ARTICULO 115 DEL DECRETO LEY 1260 DE 1970 A SOLICITUD DEL INTERESADO

27 SEP 2022

PASTO

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Año 2022 Mes SEP Día 27	MABEL MARTINEZ VARGAS
	Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Luis Carlos Duran Mora	MABEL MARTINEZ VARGAS
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



Apellidos
GUARNICA

NUIP 41.116.221

Nombres
MAURA VERONICA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.50	F

Fecha de nacimiento
13 ENE 1972

G.S.
A+

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

Fecha y lugar de expedición
03 ABR 1991, VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)

Firma
Maura V

Fecha de expiración
12 FEB 2032

.CO

001584075

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL001584075064028<<<<<<<<<<<<<<<
7201138F3202126COL41116221<<<2
GUARNICA<<MAURA<VERONICA<<<<<<<

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.007.728.250
QUIROZ GUARNICA

ADRIANA MARCELA



FECHA DE NACIMIENTO 28-MAR-1999
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO

04-MAY-2017 PASTO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

0057531988A 1 48365156



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

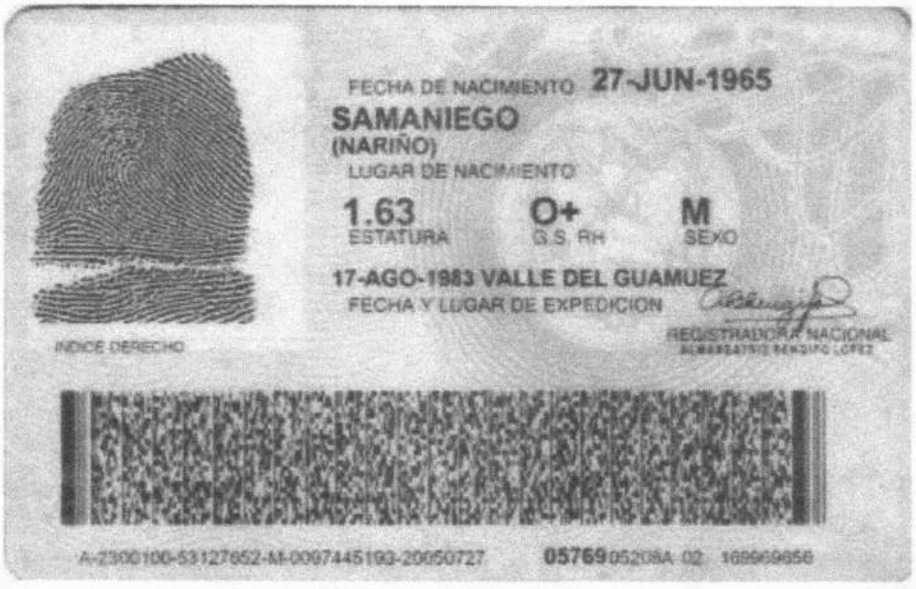
NUMERO 1.122.341.109
QUIROZ GUARNICA
APELLIDOS
VIVIAN PAOLA
NOMBRES
Vivian Quiroz
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 29-ENE-1995
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.50 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO
29-ABR-2013 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES
INDICE DERECHO

P-0401800-00475935-F-1122341109-20130926 0035091264A 1 39803153


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
97.445.193
NUMERO
QUIROZ ERAZO
APELLIDOS
MARCO ANTONIO
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 27-JUN-1965
SAMANIEGO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.63
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
17-AGO-1983 VALLE DEL GUAMUEZ
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
INDICE DERECHO
A-2300100-53127952-M-0097445193-20050727
05769 05208A 02 169969656

8

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	1080073128
NOMBRES	CARLA ANTONIA
APELLIDOS	DURAN QUIROZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	MOCOA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD MALLAMAS EPSI -CM	CONTRIBUTIVO	26/09/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	12/05/2025 10:50:11	**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

Libertad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE MOCOA
RESGUARDO INDÍGENA INGA CONDAGUA
RESOLUCIÓN NO. 115 DE SEPTIEMBRE 21 DE 1993
NIT. 846001063-8

CABILDO CONDAGUA

LA SUSCRITA GOBERNADORA DEL CABILDO DE CONDAGUA, MUNICIPIO DE MOCOA, EN USO DE SUS ATRIBUCIONES LEGALES CONFERIDAS EN LA LEY 89 DE 1890, CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA DE 1991, CONVENIO 169 DE LA OIT, LEY 21 DE 1991, LEY 115 DE 1994, DEMAS NORMAS, REGLAMENTOS Y MANDATOS,

C E R T I F I C A:

Que la menor **CARLA ANTONIA DURAN QUIROZ**, identificada con el registro civil No. 1.080.073.128 de Mocoa, se encuentra inscrita en el censo poblacional del cabildo del resguardo indígena Inga de Condagua, municipio de Mocoa Putumayo de conformidad a la ley 89 de 1890, vive conservando los usos, costumbres y tradiciones.

Se expide a solicitud de la interesada para demostrar la pertenencia al cabildo, según la Constitución Política de Colombia de 1991, Convenio 169 de la OIT, Ley 21 de 199, Ley 115 de 1994 que garantizan los derechos fundamentales de los pueblos indígenas de Colombia.

En constancia se firma en el despacho del cabildo a los ocho días (8) días del mes de septiembre de 2025.

MARÍA ERNESTINA GARRETA CHINDOY
C. C. No. 39.820.144 de Mocoa Putumayo
Gobernadora cabildo Condagua.

AIEPI

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ

CARNET DE CONTROL DE NIÑA SANA



DATOS DEL RECIÉN NACIDO

NOMBRES Y APELLIDOS: Laila Antonia Duran Quiroz
HISTORIA CLÍNICA: 1083007328
N° DE IDENTIFICACIÓN: _____ N° DE TELÉFONO: _____
DIRECCIÓN: _____ EPS: Mallamas
RESPONSABLE O ACOMPAÑANTE: madre.

CONDICIÓN DE LA MADRE

NOMBRE DE LA MADRE: Adriana Marcela Quiroz.
EDAD: 23 C.C. 1007328250 SEMANAS DE GESTACIÓN: _____
HIZO CONTROL PRENATAL: _____ N° DE CONTROLES: X
PARTO NORMAL: _____ CESÁREA: X HIJO NÚMERO: 1.

CONDICIÓN DEL RECIÉN NACIDO

FECHA DE NACIMIENTO: 23-Sep-22 HORA DE NACIMIENTO: 9:30 am GENERO: F
PESO (GR): 2800 TALLA (CM): _____ P.C _____ P.T. _____
P.A. _____ APAGAR 1MIN _____ APAGAR 5MIN _____ REANIMACIÓN: SI __ NO __
HEMOCLASIFICACIÓN: O+ TSH NEONATAL: FECHA: _____ RESULTADO: _____
ALOJAMIENTO CONJUNTO: SI __ NO __ FECHA EGRESO: _____ PESO INGRESO: _____

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

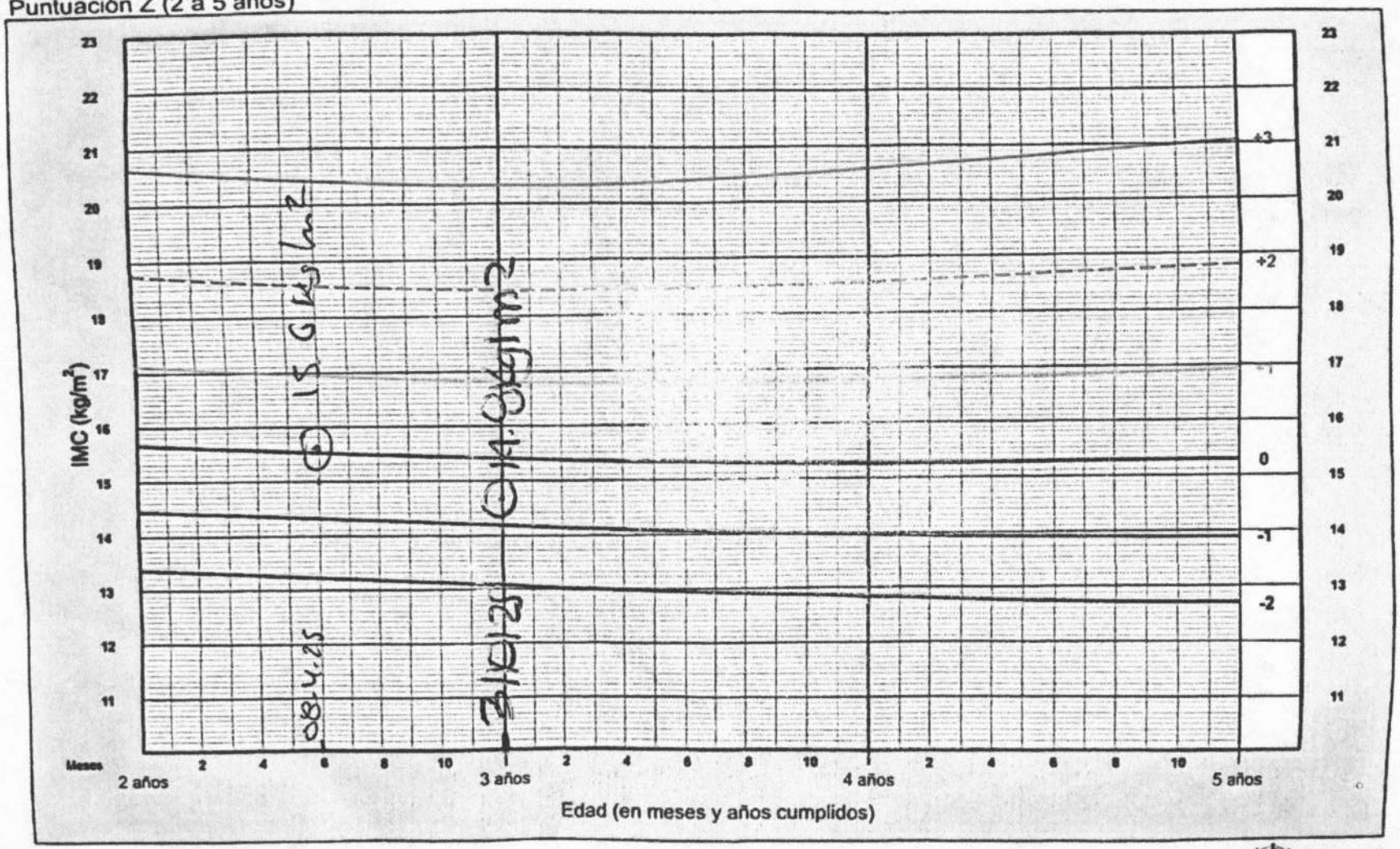
MINSALUD

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

BIENESTAR FAMILIAR

IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

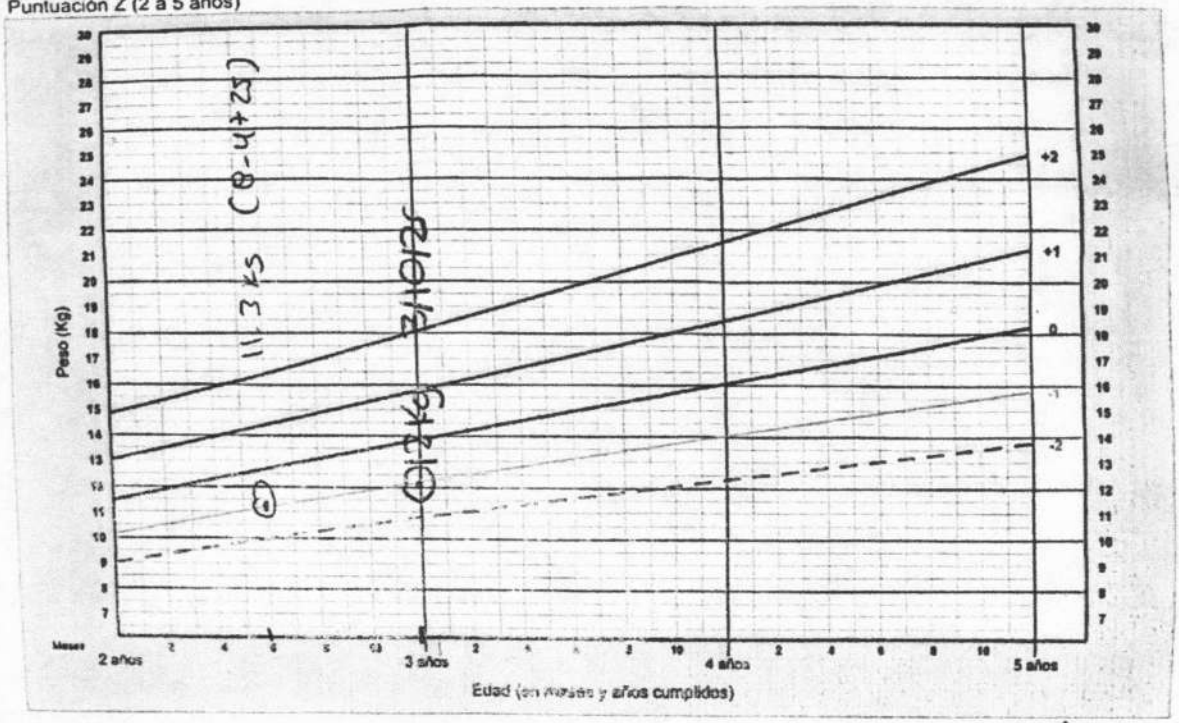
Organización Mundial de la Salud

Powered by CamScanner

TODOS POR UN NUEVO PAÍS PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN · MINSALUD · INSTITUTO NACIONAL DE SALUD · BIENESTAR FAMILIAR

Peso para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)

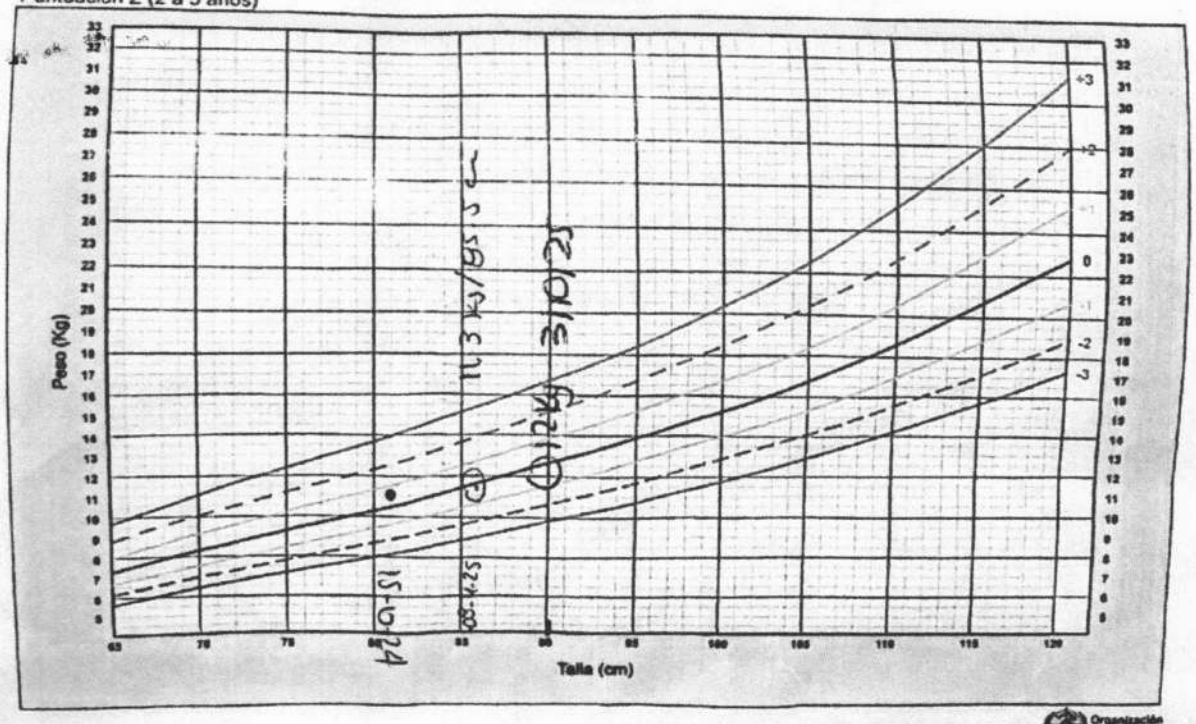


Patrones de crecimiento infantil de la OMS · Organización Mundial de la Salud

TODOS POR UN NUEVO PAÍS PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN · MINSALUD · INSTITUTO NACIONAL DE SALUD · BIENESTAR FAMILIAR

Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS · Organización Mundial de la Salud

Talla para la Edad Niñas

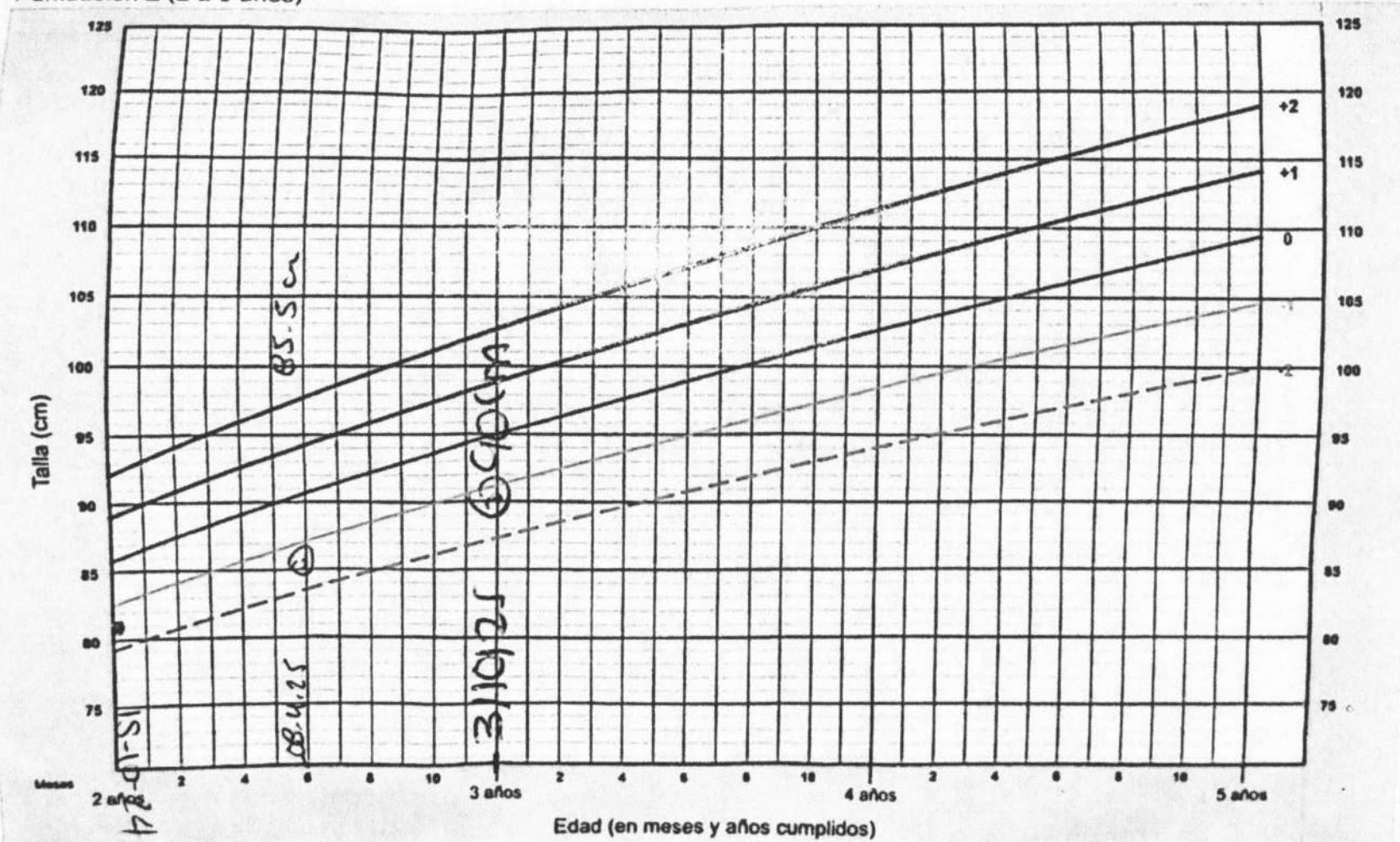
TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

MINSALUD

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

BIENESTAR FAMILIAR

Puntuación Z (2 a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Organización Mundial de la Salud

CITAS PROGRAMADAS

DIA	MES	AÑO	HORA	ASISTIO	
				SI	NO
23	Ene	2023	7:30	X	
02	Marzo.	2023	7:20.		
25	Mayo	2023	3:50pm		
15	Junio	2023	10:00	X	
15	09	2023	10:15 am.	X	
	Marzo	2024			
4	Abril	2024	9:15 dm	X	
	Septembre 2024				
08	Abril	2025	2:30	X	
03	Octubre	14-30	2025	X	

Impreso por DAFIM PUBLICIDAD 320 807 45 81

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 proxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién nacido			Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐									
	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	26	09	2022	SERUM	037 1 MA 006	Clinica Fatima	26	Noviembre	22	Nimo Inf
	Hepatitis B	Recién nacido	26	09	2022	SERUM	032 1 40 1 3 C					
2 meses			Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐									
	Poliomielitis (VIP)	1.°	29	11	22	Biologi	21 4 1 0 1 4					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.°	29	11	22		285 1 40 22 B					
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.°	29	11	22	Serum	1 1 1 1 1 1 1 1 1	HFLO	cita 29 enero 2023			Daniela Cisneros Tec. Auxiliar de Enfermeria CC No 1007726277
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	1.°	29	11	22							
	Diarrea por rotavirus	1.°	29	11	22	GSK	ASPNB34LAA					
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.°	29	11	22	GSK	AF-01C858AC					
4 meses			Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐									
	Poliomielitis (VIP)	2.°	13	Feb.	2023	Biltheven	21401 4A	ESE HOSPITAL LA DORADA.				Edwin Ayala T.S.
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.°	13	Feb.	2023		285 1 40 22 B					
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.°	13	Feb.	2023	Serum	285 1 40 22 B					
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	2.°	13	Feb.	2023		28 1 40 22 B					
	Diarrea por rotavirus	2.°	13	Feb.	2023	GSK.	ARO1D050AB					
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.°	13	Feb.	2023	GSK.	ASPNB342AA					
6 meses			Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐									
	Poliomielitis (VIP)	3.°	07	06	23	Biological	22 0 B 0 1 6	H.F.L.O				
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.°	07	06	23	Seru4	2 B S 1 x 0 4 0 C					Hertd Jiménez
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.°	07	06	23	Seru4	2 B S 1 x 0 4 0 C					
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	3.°	07	06	23	SERUM	2 B S 1 x 0 4 0 C					
	Influenza estacional	1.°	07	06	23	G.C	USO5 2 3 0 0 1	ESE HOSPITAL I.M.H PROGRAMA PAI MOCOA	cita: 07 JULIO 2023			
7 meses	Influenza estacional	2.°	03	ENE	2024	Green Cross	USO5 2 3 0 0 1					
12 meses	Sarampión, rubeola y parotiditis (SRP)	1.°	03	ENE	2024	Serum	0132-0848					
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	03	ENE	2024	GSK	ASLV33-02AA					
	Varicela	2.°	03	ENE	2024	MSD	X0L9180					
	Hepatitis A	Única	03	ENE	2024	Serum	2852 0100S					
	Influenza estacional	Anual	07	Jun	2024	Biltheven	2 4 B B 9 7 a 8 0	HJMH				Yadi Romero
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPB ☐)	1.° refuerzo	07	Jun	2024	Biltheven	2 2 3 3 0 0 5	HJMH				Yadi Romero
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.° refuerzo	07	Jun	2024	Serum	2 B S 2 X 0 1 4 B	HJMH				Yadi Romero
	Fiebre amarilla	Única	03	ENE	2024	Sanofi	U3E22)	H.J.M.H MOCOA				Jhon Hoyos A.
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPB ☐)	2.° refuerzo	07	Jun	2024	Serum	0132N0484B	HJMH				Yadi Romero
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.° refuerzo										
	Sarampión, rubeola y parotiditis (SRP)	2.°										
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.°										
		2.°										
		3.°										
Vacunas complementarias y otras dosis												

cita al cumplir 5 años

11/6 RCF

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.

15-abril firma disentimiento para edad

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

	SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO								
Resultado Tamizaje Neonatal	TSH neonatal	Normal		Alterado					
	Auditivo OEA/PEAA	Normal		Alterado					
	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	29	10	22	3980	50	PC: 26/11/2022	E
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			
2.ª entrega			
3.ª entrega			

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega						
2.ª entrega						
3.ª entrega						
4.ª entrega						
5.ª entrega						

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

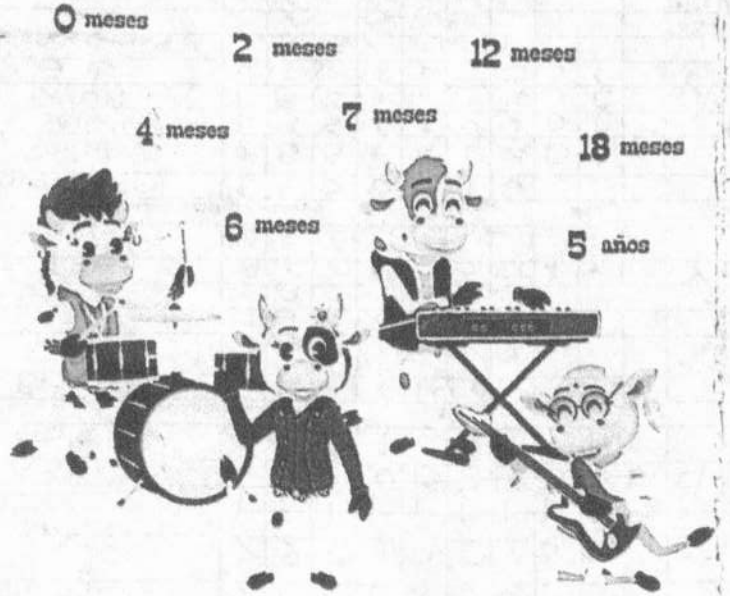
3 años					
4 años					
5 años					

*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

Aulga (IAMI - ...
Celular: 320 711 1937

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Carla Antonia Duran

Fecha de nacimiento: 26-Sep-2022

Nº de certificado de nacido vivo: 220953101111035

Registro civil: 1080073728

Sexo: Femenino

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: 2850 gr Talla: 46cm PC:

Dirección:

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Responsable: Adriana Marcela Ibarra

Municipio de residencia: Pasto

Departamento: Nariño

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ
MOCOA

LA ESE HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ DE MOCOA

CERTIFICA

Que Carla Antonia Duran A de 3 años de edad identificado(a) con RC numero 1080073128 asistió al tratamiento por odontología e Higiene Oral.

Se le realizaron actividades de: Control Placa ☒ Aplicación de Fluor ☒ Sellantes ☒ Detartraje ☒

Para constancia se firma en Mocoa, a los 19 dias del mes de Agosto de 2025

ODONTOLOGÍA

AUXILIAR DE HIGIENE ORAL

"Manos abiertas al servicio de su salud"

Impreso por DAFIM PUBLICIDAD 3213176144 - 3208074581

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 FECHA: DÍA 20 MES 08 AÑO 2025 HORA: 10:30 am

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Carla Antonia APELLIDOS Duran

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1080073128

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 26 MES: 09 AÑO: 25 / EDAD: 2 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Malbmas

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 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 Ningora 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:** _____ que se me aplique la vacuna.

Firma de la persona: Adriana Quiroz

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

Nombres _____ 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: Isabel Frago

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

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFLD

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Atlantico MUNICIPIO: Sanmigue

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 Carla Antonia Duran Quiroz, identificado (a) con documento de identidad número 1080073128, 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, Adriana Marcela Quiroz, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1007728250, 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 Fundacion 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: Adriana Quiroz G
Nombre: Adriana Quiroz G
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3104799115
Fecha: _____
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

Fundación Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

(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.

EDITH ISABEL MENESES
Coordinadora pedagógica

MARGARITA MOSQUERA
Apoyo psicosocial

Adriana Quiroz G
Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Leidy Calderon
Agente educativa

Huella del niño/niña



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 Carla Antonia Duran Quiroz

Fecha de nacimiento D 26 M 09 A 2022 **N° Documento de Identidad** 1080073128

Sexo Masculino ○ Femenino ● **Fecha de 1er día de atención en el año** D 16 M 08 A 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Leidy Calderon

Fecha de registro cualitativo D 26 M 11 A 25

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 Antonia Duran se encuentra en un perfil esperado de acuerdo a su edad. Participa con entusiasmo en actividades y se ha evidenciado avances en motricidad fina y gruesa, 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)***

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

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

22
RIV

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: Antonia Doran **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulos **AGENTE EDUCATIVO:** Leidy C.

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 14-08-2025

Clasificación de la Información:
CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
10-11-25	En horas de la mañana la madre se comunica via telefonica con la docente donde manifiesta que la niña no asistira el dia de hoy por que amanecio con fiebre por lo tanto la tendran en casa para cuidarla.	Agente educativa agradece la informacion y le sugiere que si la niña persiste con los sintomas llevaria al hospital.	Leidy calderon	Adriana Quiroz

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

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
10-11-25	En horas de la tarde agente educativa se comunica con la madre, ella manifiesta que ya esta mejor y que no ha vuelto a presentar fiebre y si mañana no presenta ninguna reaccion la mandara al cdi.
11-11-25	La niña ingresa a la unidad aparentemente bien de salud. Se cierra la novedad.

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

23
R/V

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Antonia Duran Quiroz **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulos **AGENTE EDUCATIVO:** Leidy C

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 14-08-2025

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)
23-09-2025	La niña tiene cita de Control y desarrollo el 26 de septiembre.	Agente educativa le recuerda a la madre que la niña tiene cita la cual ella se compromete a llevarla y traer la fotocopia del documento.	Leidy Calderon	Adriana Quiroz

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
27-09-2025	La madre manifiesta que 06 o 07 de octubre hace llegar la fotocopia del documento ya que la cita se la dieron para el 06 de octubre y ese mismo dia o el dia siguiente manda la documentacion.
06-10-2025	La madre envia via whatsap la documentacion de la niña.
	Se cierra la novedad.

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