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

Fecha de diligenciamiento: 01 05 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 1

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: 1122343952

Fecha nacimiento: 28 03 2022

Nombres: Valerin

Apellidos: Diaz Calderon

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: San Cristobal

Sector:

Dirección: Via al puente internacional

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

Parentesco: (●) Madre ( ) Padre ( ) Cúidador/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: 1006789163

Nombres: Angela

Apellidos: Calderon

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 20 05 2001

Correo electrónico:

Número de celular: 318 232 9976

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: Angela calderon

Nombre y Firma del profesional que diligencia: leidy calderon

Observaciones:

Fundación
Alma de Vida
Formemundo caminos de esperanza

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:
Valerin Nayibeth Diaz Calderon

N° DOCUMENTO: 1122343952 **TIPO DOCUMENTO: RC** x **CC** ___ **OTRO** ___
FECHA DE NACIMIENTO: 28-Marzo-2022 **EDAD:** 3 años-1m
LUGAR DE NACIMIENTO: Puerto Asis

NOMBRE DE LA UDS: CDI Fronteras de Paz 1
CODIGO UDS: 86751137386 **BARRIO/VEREDA:** B/ Floresta
FECHA DE INGRESO: _____ **FECHA DE RETIRO:** _____

SISBEN: NA **EPS:** Mallamas **RÉGIMEN (C)**__ **(S)** x
DESPLAZADO: SI___ **NO** x **DISCAPACIDAD: SI** x **NO**___ **¿CUAL?** _____
GRUPO ETNICO: SI___ **NO** x **¿CUAL?** _____
GRUPO AFROCOLOMBIANO: SI___ **NO** x **¿CUAL?** _____
NOMBRE DE LA MADRE: Angela Nayibeth Galderon Serda
N° CÉDULA: 1006789163 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** El Doncello
NOMBRE DEL PADRE: Alberto Diaz
N° CÉDULA: 98431166 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Dorada
N° DE CELULAR: _____
NOMBRE DEL ACUDIENTE: Angela Galderon
N° CÉDULA: 1006789163 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** El Doncello
DIRECCIÓN VIVIENDA: / **ZONA POBLACIONAL: (R)**___ **(U)** x
NUMERO DE CELULAR 3182329976

Angela Calderon
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Leidy Galderon
NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: N 1573608

NUIP 1.122.343.952

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
DIAZ CALDERON VALERIN NAYIBETH

Fecha de Nacimiento (Mes en letras) | Sexo (en letras) | Tipo Sanguíneo
Año 2022 Mes MAR Día 28 | FEMENINO | B +

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 ABR Día 01 | 0061322481

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
CALDERON SERDA ANGELA NAYIBE

Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.006.789.163 | COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
DIAZ ADALBERTO

Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 98.431.166 | COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
DIAZ ADALBERTO

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 98.431.166

Espacio para notas
VALIDO PARA TRAMITES LEGALES Y CIVILES

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

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

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)
Año 2022 Mes ABR Día 01

Nombre y firma del funcionario
ROY EDISON CALLE QUIRAMA
Registrador del Estado Civil

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL 29831462-7

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.006.789.163**

CALDERON SERDA
APELLIDOS

ANGELA NAYIBE
NOMBRES

Angela Calderón
FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-MAY-2001**
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA | **B+** G.S. RH | **F** SEXO

05-JUL-2019 EL DONCELLO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-4400500-01095455-F-1006789163-20190826 **0067**581529A 2 52795778

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL
RESGUARDO YARINAL SAN MARCELINO RESOLUCION 008 DEL 13 DE MAYO 1998
NIT °84000665-7

EL SUSCRITO GOBERNADOR DEL CABILDO MENOR DE JUAN CRISTOBAL DEL PUEBLO KICHWA EN USO DE SUS FACULTADES LLEGALES, EN ESPECIAL LAS CONFERIDAS POR LA LEY 89 DE 1890 DE LA LEGISLACION ESPECIAL INDIGENA.

HACE CONSTAR:

Que Angie Nayibe Calderon Sarda con _____ No. 1006789163 expedida en Doncello Caqueta, es indigena del pueblo kichwa, practica sus usos y costumbres, se encuentra inscrito en el censo poblacional del cabildo Juan Cristóbal de la jurisdicción del municipio de San Miguel, Putumayo.

La presente se expide a solicitud del interesado.

Se firma en el cabildo Juan Cristóbal a los _____ días del mes de _____ de 2025

JUAN TORIBIO CHIVANGO
CC: 18182496
GOBERNADOR

Dirección vía Puente Internacional- San Miguel Putumayo
Teléfono: 3219624508-3224783380
Correo: cabildojuancristobal2020@gmail.com

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	1122343952
NOMBRES	VALERIN NAYIBETH
APELLIDOS	DIAZ CALDERON
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	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD MALLAMAS EPSI	SUBSIDIADO	28/03/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	12/05/2025 10:12:04	**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

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...Sanos



E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

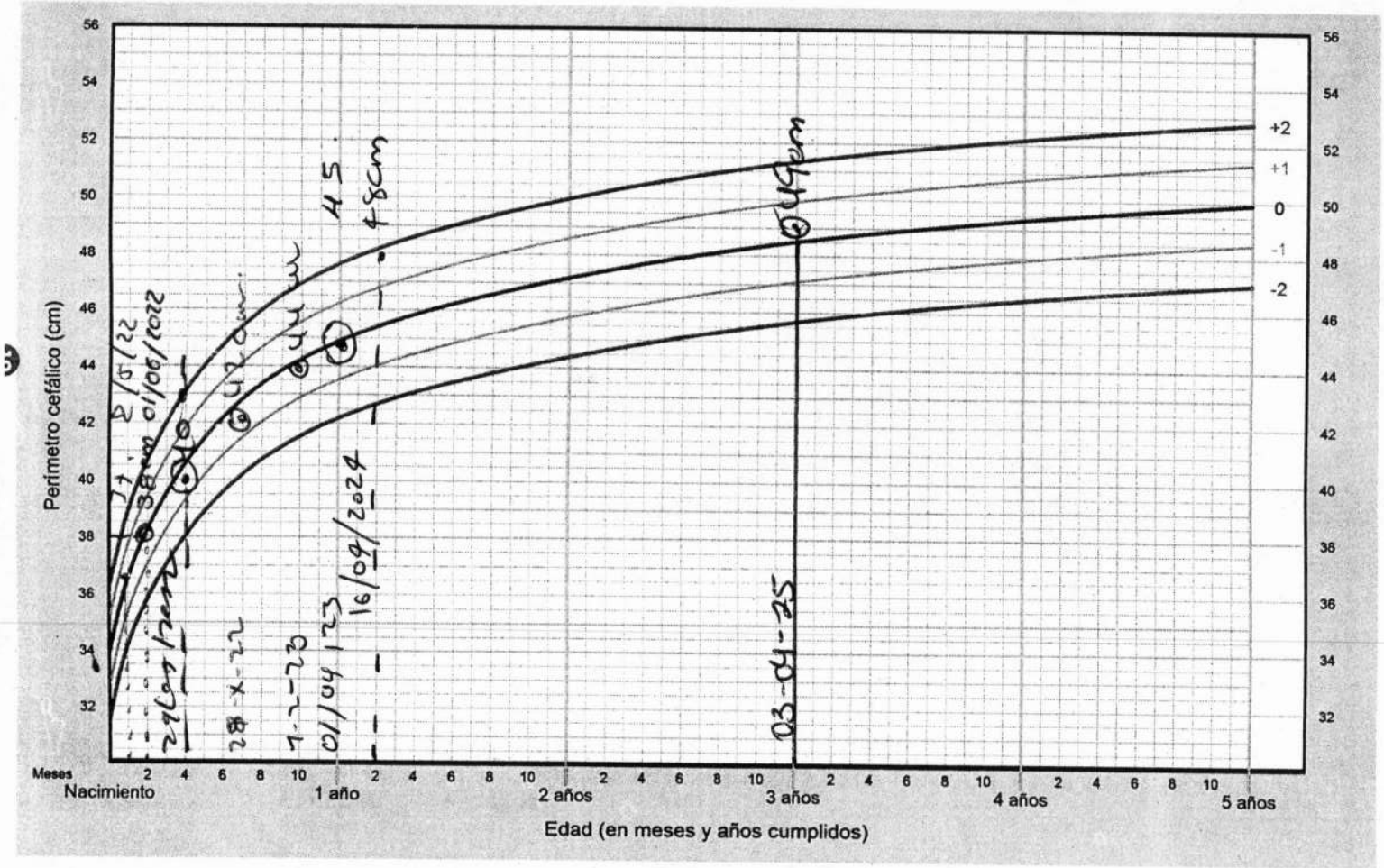
MIS DATOS

Nombres: Valeria Wayibeth	Apellidos:
Fecha de nacimiento: 28 DÍA / 03 MES / 2022 AÑO	Historia Clínica: 1122349
Barrio/Vereda: B/ Helios Politano	Responsable del niño:
Teléfono:	EPS:



Perímetro Cefálico Niñas

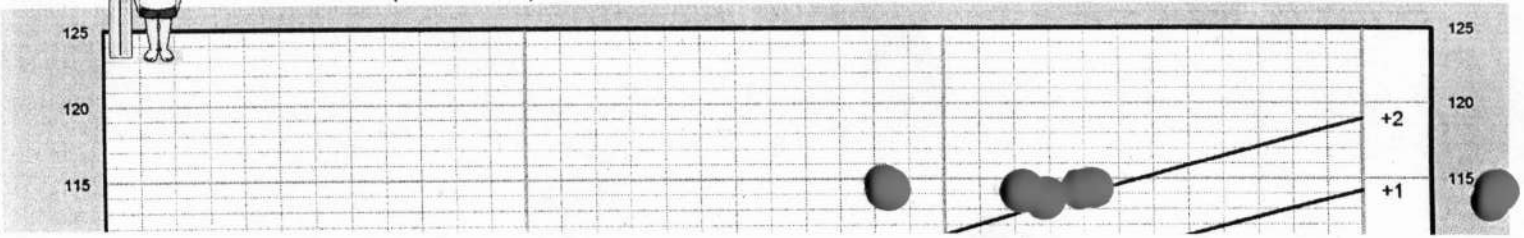
Puntuación Z (0 a 5 años)

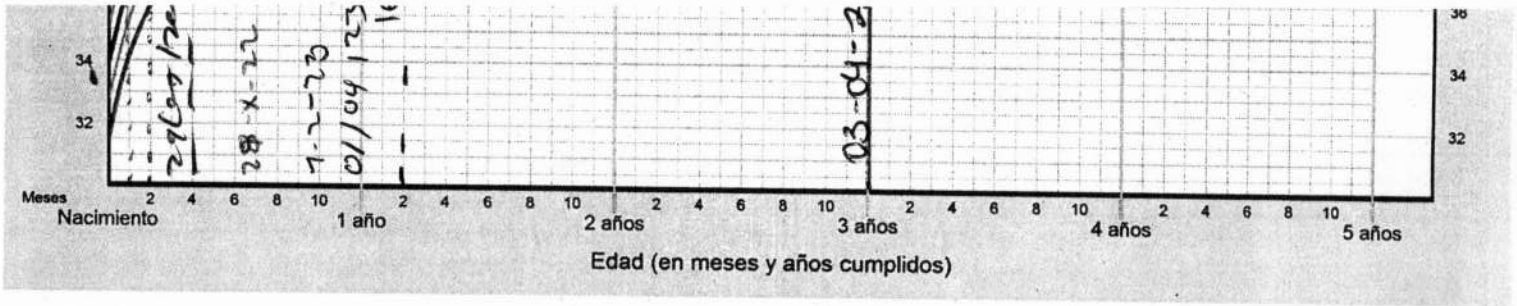




Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)

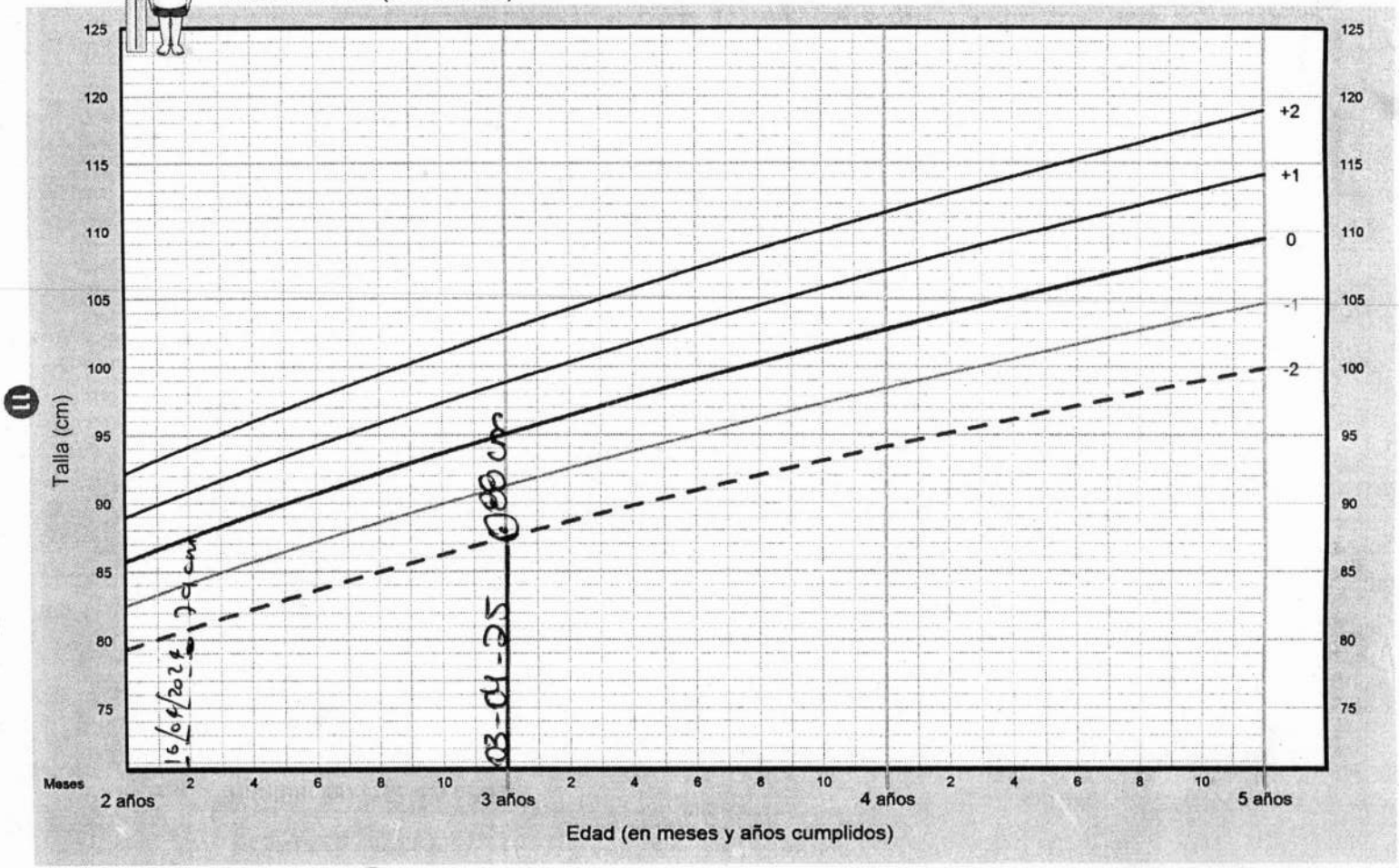






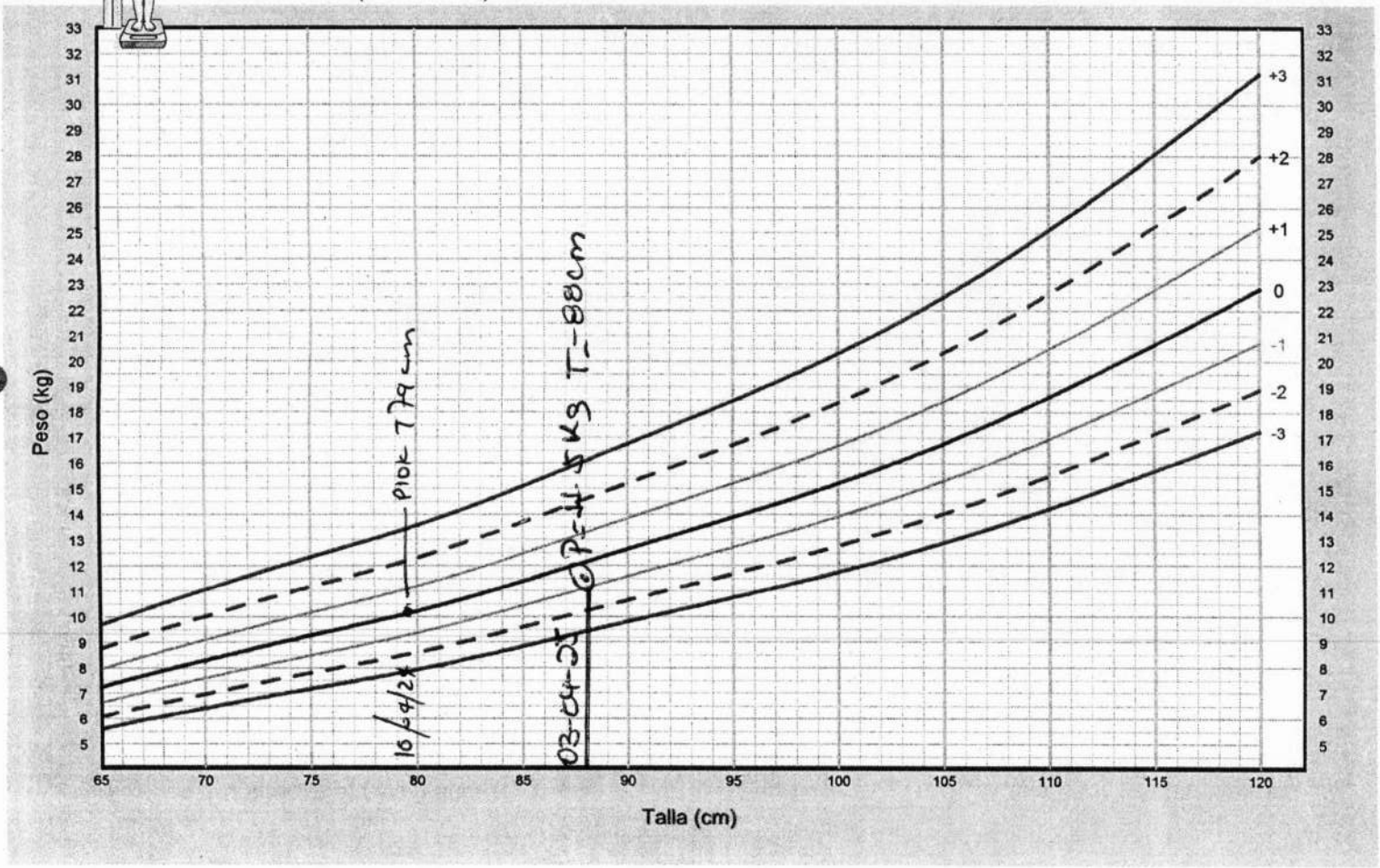
Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



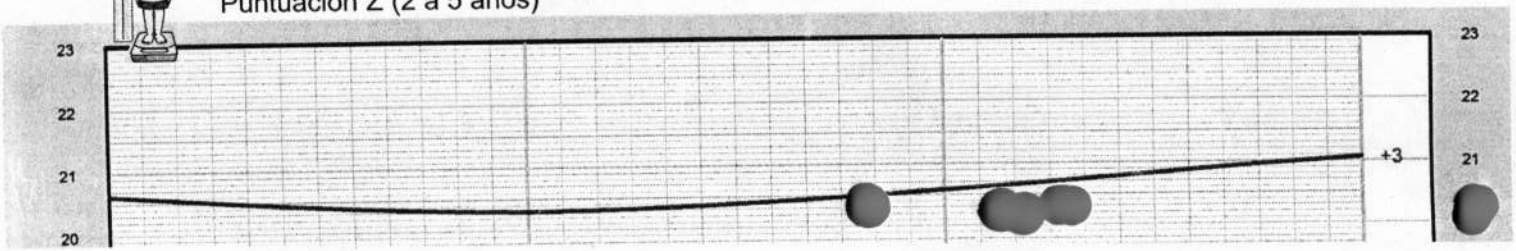
Peso para la Talla Niñas

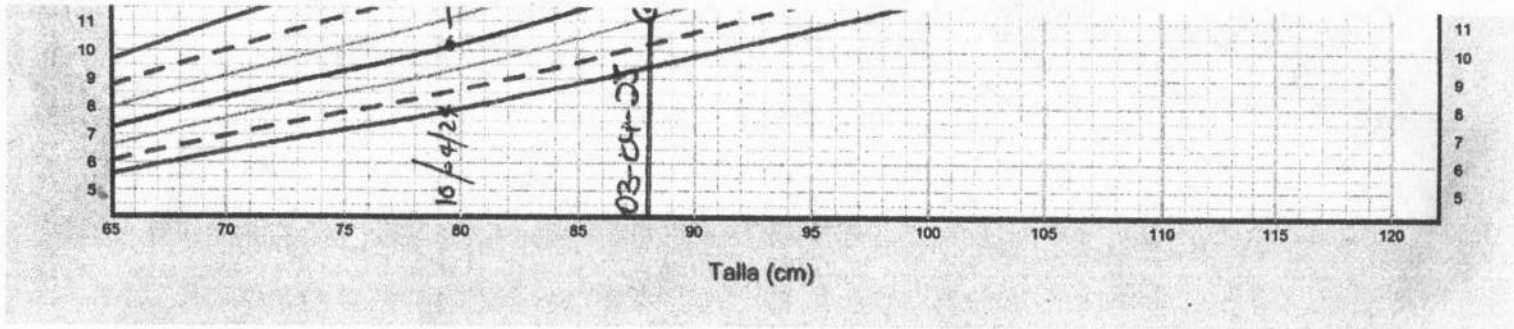
Puntuación Z (2 a 5 años)



IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)

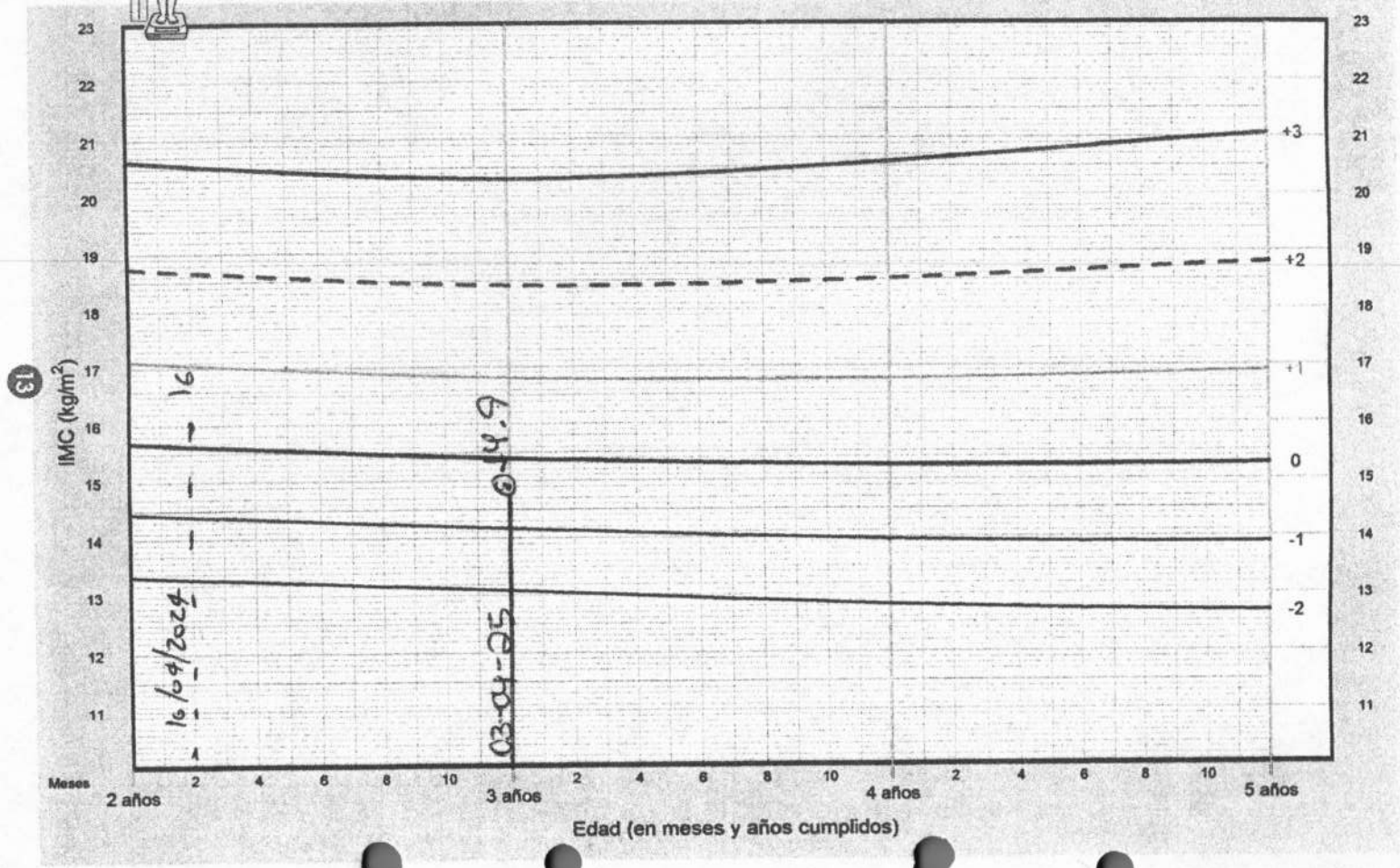


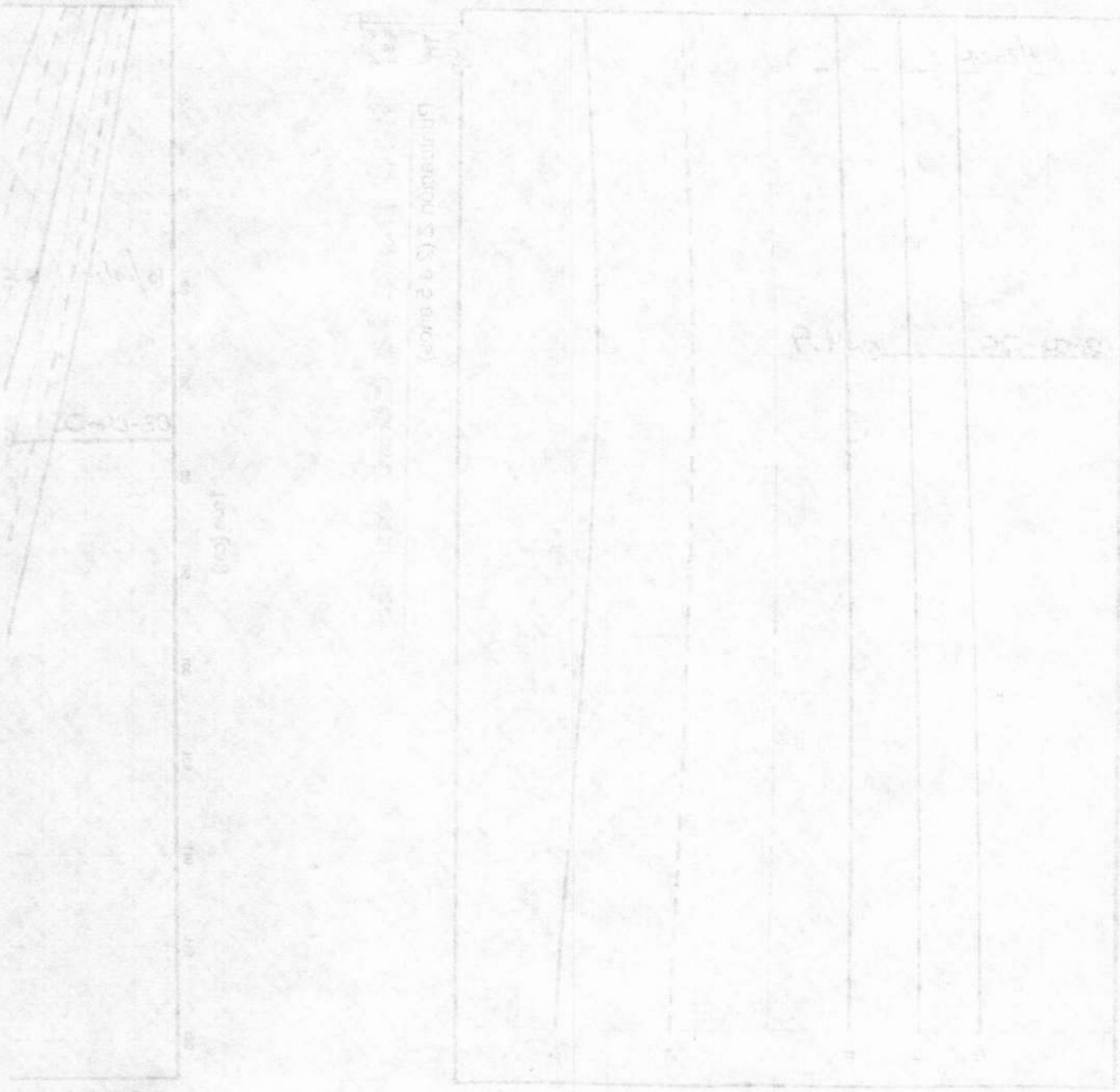




IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)





CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
2	06	2022	ENFERM	si ✓	
28	Julio	2022	MEDICO.	/	
29	08	2022		.	
28	Sep.	2022	Tete.	.or	
27	Enero	2023	Medico.	Si-	
28	MARZO	2023	Med	Si ✓	.
28	Sep	2023	Ent	/	
28	MARZO	2025	MEDICO	si ✓	
30	Mar30	2026	Enf.		

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
01-06/2022.	4,8 kg	56 cm	38 cm	—	—	28/julio/2022	
29/ene/2023	6.	59.	40	14.	17,2.	29/08/2023	
8-X-22	6800	66	42	15	15.6	27-7-22	Visto: Aud.
21-02-23	7490	69	44	15	15,7	30/MAR/23	Visto: Aud.
01/04/23	7,8	72	45	15	15	28/09/23	
04/24	10	79	48	19	16	28/09/25	
3/04/25	11.5	88	49	15	14.9	30/03/26	

14

NO SE APLICA VACUNA DE INFLUE
POR LINEAMIENTO UA DE 6 MESES HASTA 1 AÑO 11 MESES 29 DIAS

VACUNACION PAI

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 90235c4f-ac00-4a27-87d7-f68b6280034

Nombres y apellidos / Full name

VALERIN NAYIBETH DIAZ CALDERON

Número de identificación / ID Number

1 1 2 2 3 4 3 9 5 2

Fecha de nacimiento / Date o

28/03/2022

Número de contacto (móvil) / Phone number

3504647377

Correo electrónic

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Edad / Age	Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination: Día / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
Recién nacido	HEPATITIS B (PEDIATRICA)	Adicional	28	3	2022	Serum	0320X017D	CLINICA PUTUMAYO	EDUWIN CONDA CUPITRE
Recién nacido	BCG	Única	28	3	2022	Serum	0370MA091	CLINICA PUTUMAYO	EDUWIN CONDA CUPITRE
2 meses	Pentavalente PAI	Primera	1	6	2022	Serum	2850Y038D	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	STACCIEE SAOLY MARTINEZ OJEDA
2 meses	Rotavirus	Primera	1	6	2022	Glaxo SmithKline	AROLC892AF	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	STACCIEE SAOLY MARTINEZ OJEDA
2 meses	Antipolio Inactivo (VIP)	Primera	1	6	2022	Bilthoven Biologicals BV	2121004A	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	STACCIEE SAOLY MARTINEZ OJEDA
2 meses	Neumococo Conjugado 10 valente	Primera	1	6	2022	Glaxo SmithKline	ASPNB340AB	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	STACCIEE SAOLY MARTINEZ OJEDA
4 meses	Pentavalente PAI	Segunda	19	8	2022	Serum	2851Y022A	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	STACCIEE SAOLY MARTINEZ OJEDA
4 meses	Neumococo Conjugado 10 valente	Segunda	19	8	2022	Glaxo SmithKline	ASPNB342AA	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	STACCIEE SAOLY MARTINEZ OJEDA
4 meses	Rotavirus	Segunda	19	8	2022	Glaxo SmithKline	AROLD041AD	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	STACCIEE SAOLY MARTINEZ OJEDA
6 meses	Antipolio Inactivo (VIP)	Tercera	21	10	2022	Bilthoven Biologicals BV	2141014A	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	STACCIEE SAOLY MARTINEZ OJEDA
6 meses	Pentavalente PAI	Tercera	21	10	2022	Serum	2851Y022A	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	STACCIEE SAOLY MARTINEZ OJEDA
12 meses	Neumococo 13 valente	Refuerzo	3	4	2023	PFIZER	EX8589	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	KERLY ROCIO JIMENEZ ZARATE
12 meses	Fiebre amarilla	Única	3	4	2023	Sanofi Pasteur	V3N211V	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	KERLY ROCIO JIMENEZ ZARATE
12 meses	Hepatitis A Pediátrica	Única	3	4	2023	MERCK SHARP DOHME	W004802	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	KERLY ROCIO JIMENEZ ZARATE

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica quelos datos aquí dispuestos fueron extraidos del Sistema deInformación **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in th document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Progra ofInmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado d Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder ofthis document has received the doses of the vaccination schedu-le as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

Carné Digital de Vacunación Colombia

Salud

Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 90235c4f-ac00-4a27-87d7-f66b62880034

Nombres y apellidos / Full name: **VALERIN NAYIBETH DIAZ CALDERON**

Tipo de identificación / ID Type: **REGISTRO CIVIL**

Número de identificación / ID Number: **1 1 2 2 3 4 3 9 5 2**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **28/03/2022**

País nacimiento / Country of birth: **COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3504647377**

Correo electrónico / e-mail:

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Edad / Age	Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination: Dia / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
12 meses	Varicela	Primera	3	4	2023	Fabricante	W031657	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	KERLY ROCIO JIMENEZ ZARATE
12 meses	Triple Viral	Primera	3	4	2023	Serum	0131N108A	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	KERLY ROCIO JIMENEZ ZARATE
18 M	Polio	1 R	06	05	25	Biological	2406001	HFLD	Isabel Arias
18 M	bpt	1 R	06	05	25	Serum	282310137A	HFLD	
18 M	T.V	1 R	06	05	25	Serum	0132N076A	HFLD	

cita 5 años.

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica quelos datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema deInformación **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI**.

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedu-le as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

		PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	5 DÍAS	1 M	2-3 M	4-5 M	6-8 M	9-11 M	12-17 M	18-23 M	24-29 M	30-35 M	2 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													
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de fluor									16-01-2024 16-04-2024		07-05-2021 07-NOV-2023		
		Profilaxis y remoción de placa bacteriana											12-11-2023		
		Aplicación de sellantes (según criterio)											12-05-2016		
		Vacunación													

Liliana Maribel Cordoba
HIGIENISTA ORAL
Res 0043 de 2017

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

JINA A. BELALCAZAR FLOREZ
Gerente

CARNET RIAS **PRIMERA INFANCIA**

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

Servimos con amor



Nombres y apellidos: Valeria Nayibe Calderón

Doc. de identidad: 1122343952. EPS: 115

Teléfono: 3182329[illegible] Idtio:

17
R/

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

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 07 MES 05 AÑO 2025 HORA: 2:30 p.m.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Valerin Nayibeth APELLIDOS Diaz Calderon

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1.122.343.952

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 28 MES: 03 AÑO: 2022 / EDAD: 3 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Mallamas Tel°. 3182329976

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. 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 Primera dosis [ ] Segunda dosis [ ] 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.

INFORMACIÓN ESPECIFICA PARA GESTANTES

La vacuna tiene aprobado el uso en mujeres gestantes desde la semana doce (12) y durante los 40 días postparto, siempre que los posibles beneficios superen los posibles riesgos con base en la evaluación clínica realizada en conjunto por el médico tratante y la gestante, lo cual deberá presentar al momento de la vacunación certificación que acredite tal evaluación.

La vacuna que se le está administrando es eficaz para evitar complicaciones severas y muerte en la gestante y el feto por SARS CoV-2 COVID-19

A la fecha no hay pruebas que la vacuna cause efectos adversos importantes para la mujer embarazada, el feto o la placenta, además de los ya observados para la población general

A nivel poblacional son muchos mayores los beneficios de administrar el biológico, sobre los riesgos de llegar a padecer COVID-19 durante la gestación, por el impacto que sobre la salud materna y perinatal produce la infección por SARS-Co-2 y ante el alto riesgo de complicaciones severas, ingreso a UCI, y morbilidad y mortabilidad materna y fetal asociada a esta enfermedad.

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.

Soy mujer con más de 12 semanas de gestación o durante los 40 días postparto: SI ☐ NO ☐ y en caso afirmativo aporto certificación del médico tratante que acredita evaluación clínica para que obre adjunto a este consentimiento, requisito indispensable para recibir la vacuna.

En consecuencia, decido **ACEPTAR:** ☐ que se me aplique la vacuna. **NO ACEPTAR:** ☒ que se me aplique la vacuna

Firma de la persona: Angela Calderón

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

Nombres _____ Apellidos _____

Tipo de Identificación: 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

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

de _____

Huella dactilar o
plantar del Rogante

_____

Firma del Rogado
C.C. N°

Nombres y apellidos del vacunador: Isabel Ana Erazo

Firma Isabel Tipo de Identificación: CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1006695938

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HHUB

DEPARTAMENTO/DISTRITO: putumayo MUNICIPIO: San Miguel

Nota 1: Los menores de edad a partir de 12 años deben firmar junto con uno de sus padres o su representante legal
Nota 2: Para los menores de 12 años deben firmar 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 Valerin Nayibeth Diaz Calderon, identificado (a) con documento de identidad número 1122343952, 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, Angela Calderon, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1006789163, 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 Modalidad institucional

Suscriben:

Firma: Angela Calderon
Nombre: Angela Calderon
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: _____
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.

(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

Angela Calderón
Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Leidy Calderon
Agente educativa

Huella del niño/niña

Valeria Diaz

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

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	0
FACTURA DE VENTA	25/03/25	26-MAR-25	PAGO EN EFECTIVO	CONTADO	EEBP - 180453	

2.Información Consumo Energía

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

2A.Información Medidor

Marca	Serial	Factor Multiplo
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 SUSPENSIÓN

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

c12591a3d6fbdfb96d10b76a5730c5f167996fd4e4a9483126e4b81c8ef04c670377179d154ceb16dee6c3468d8de4c2

(415)7709998005532(8020)100203706333922(3900)0000095070(96)20250421

Pago fácil por Internet en www.eebpsa.com.co/factur

www.eebpsa.com.co @eebpsaesp /eebpsa

Esta Factura presta Mérito Ejecutivo de conformidad con las Normas del Derecho Civil y Comercial Ley 142 Art. 130

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 Valerin Nayibeth Diaz Calderon

Fecha de nacimiento 28 03 2022 **N° Documento de Identidad** 1122343952

Sexo Masculino ○ Femenino ● **Fecha de 1er día de atención en el año** 01 03 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Leidy Calderon

Fecha de registro cualitativo 28 08 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 Valerin Diaz se encuentra en un perfil esperado teniendo en cuenta que ha cumplido con los items de las dimensiones fundamentales que se encuentran dentro de su rango de edad, se ha evidenciado avances en comunicacion verbal y manejo corporal.

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 28 Mes 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 Valerin se encuentra en un perfil esperado teniendo en cuenta que ha cumplido con los items de las dimensiones fundamentales que se encuentran dentro de su rango de edad, se ha evidenciado avances en todos los items, es una niña muy dedicada y participativa.

nes 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 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

PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL

22
RN

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Nayibet Diaz **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulos **AGENTE EDUCATIVO:** Leidy C.

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 01-05-2025

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)
21-11-2025 21-11-2025	En horas de la mañana agente educativa se comunica via telefonica con la docente donde manifiesta que la niña esta enferma tiene fiebre y diarrea por lo tanto el dia de hoy no asistira al CDI.	Agente educativa agradece la informacion y le sugiere estar atenta a los sintomas, si estos Persisten se le recomienda llevarla al hospital. Al terminar la jornada agente educativa se comunica con la madre y ella manifiesta que fiebre ya no ha vuelto a presentar y que en cuanto al daño de estomago ya se le esta quitando, agente educativa agradece la información.	Leidy calderon	Angela Calderon

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Valerin Nayibeth Diaz **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulos **AGENTE EDUCATIVO:** Leidy C

MUNICIPIO: San Migoel **FECHA DE INGRESO:** 01-05-2025

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 agente realiza el llamado a lista y se verifica la inasistencia de la niña.	Agente educativa se comunica via telefonica con la madre y ella manifiesta lo siguiente "buenos dias profe sucede que ayer en la tarde yo tuve un accidente un palo me cayo en la cabeza y estoy hospitalizada y ya hoy pues como estoy aca no tengo quien me la lleve o me la recoja, mi mamá no sabe manejar moto entonces el dia de hoy se me dificulta llevarla" agente educativo agradece la informacion, le desea pronta recuperacion y le recomienda tener cuidado con la niña por el dia de hoy tambien le recuerda la importancia de asistir todos los dias al cdi.	Leidy Calderon	Angela Caloleron

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
11-11-25	La niña ingreso a la unidad para recibir la atención Se cierra la novedad.

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

24
RN

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Nayibeth Diaz **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulos **AGENTE EDUCATIVO:** Leidy C

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 01-09-2025

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)
22-10-2025	En horas de la mañana se evidencia la ausencia de la niña.	Agente educativa se comunica con la madre pero no hubo respuesta y se procede a dejar un mensaje.	Leidy Calderon	Angela Calderon

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
22-10-2025	En horas de la tarde la madre se comunica que la niña esta bien pero que se encuentran llegando a pasto ya que la niña tiene examenes, y que por lo tanto la niña asistira al col el dia lunes.
23-10-25	En horas de la mañana la docente se comunica con la madre y ella manifiesta que hoy tiene los examenes y que la niña esta bien, se remite el caso a apoyo en nutricion.
23-10-25	la nutricionista intenta comunicarse en la madre de familia pero no ha respuesta, entonces se deja mensaje de texto para comunicación.
24-10-25	Agente educativa se comunica con la madre ella manifiesta que la niña esta bien y que hoy en la tarde ya regresan a casa, agente educativa le agradece la informacion le recomienda tener mucho cuidado durante el viaje.
25-10-25	La niña ingresa a la unidad apara recibir la atencion y la madre manifiesta que en la tarde hace entrega del historial clinico de la niña. Se cierra la novedad.

25
RN

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Nacibet Diaz **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)
16-10-2025	En horas de la mañana la madre se comunica via telefonica con la docente donde manifiesta que el dia de hoy no asistira porque tiene examenes y para la otra semana tiene cita con ortopedista.	Agente educativa agradece la informacion y le recuerda traer el historial clinico de la niña para realizarle el seguimiento a salud de la niña	Leidy Calderon	Angela Calderon

26
RIV

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Naviberth Diaz **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulos **AGENTE EDUCATIVO:** Leidy C.

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 01-05-2025

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)
11-08-2025	En horas de la mañana despues de realizar el llamado a lista se verifico la inasistencia de la niña.	Agente educativa se comunica con la madre donde ella manifiesta lo siguiente "no la mande por que ella tiene gripa y estaba lloviznando, ademas en la noche presento fiebre entonces por eso hoy no la mando para cuidarla en la casa" agente educativa agradece la informacion y le recomienda estar atenta a los sintomas si estos persisten llevarla al hospital.	Leidy Calderon	Angela Calderon

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Naribet Diaz **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulos **AGENTE EDUCATIVO:** Leidy C

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 01-05-2025

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)
03-09-2025	En horas de la mañana la madre informa que la niña tiene cita con el pediatra por tal razon no asistira el dia de hoy.	Agente educativa le agradece la informacion y le recuerda la importancia de asistir a los controles por el bienestar de la niña.	Leidy calderon	Angela Calderón

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
04-09-25	La niña ingresa a la unidad para recibir la atencion. Se cierra la novedad.

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

28
RN

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Valerin Naribet Diaz **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)
15-08-2025	En horas de la mañana la madre se comunica con la docente manifestando lo siguiente "profe buenos dias, el dia de hoy valerin no asistira porque amanecio con fiebre por lo tanto la tendre en casa para cuidar de ella."	Agente educativa agradece la información y le sugiere que si la niña sigue con el mismo sintoma la ingrese al centro de salud.	Leidy calderon	Angela Calderón

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
15-08-2025	Al terminar la jornada agente educativa se comonica con la madre y ella manifiesta que la llevo al hospital ya que la fiebre era muy alta, ya le habian realizado examenes sin embargo todavia no habia resultados y debian esperar. Agente educativa remite el caso a psicosocial, y nutricionista.
16-08-2025	Agente educativa se comonica con la madre y ella manifiesta que la remiten a Puerto Asis ya que la fiebre no baja de 39°
17-08-25	Agente educativa se comonica con la madre y ella manifiesta que segun los examenes la niña presenta neumonia.
19-08-25	Agente educativa se comonica con la madre y ella manifiesta que ya le dieron de alta, le mandaron medicamentos y no le mandaron incapacidad por lo tanto si la niña esta mejor mañana asistira al cdi
20-08-25	El 20-08-25 la niña ingresa a la unidad aparentemente bien de salud. Se cierra la novedad

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Valerin Naubeth Diaz **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulos **AGENTE EDUCATIVO:** Leidy C.

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 01-03-2025

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	A las 6:59 am la madre de la niña envia un mensaje via whatsap manifestando lo siguiente " ola buenos dias profe para pedirle el favor y el permiso a la niña hoy la vamos a llevar a sacar una cita de lo de la piernita:"	La agente educativa agradece la informacion y recuerda la importancia de dar continuidad a los controles de salud.	Leidy Calderon	Angela Calderon

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
23-07-2025	La niña ingresa al CDI y manifiesta la madre que en la semana siguiente hacer llegar la fotocopia de lo que le mandaron en el hospital, ya que el que llevo a la niña fue el padre de la usuaria. Se cierra la novedad.

30
RIV

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Nayibet Calderon **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulos **AGENTE EDUCATIVO:** Leidy C.

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 01-05-2025

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)
03-04-25	En la mañana la madre de la niña se comunica via whatsap con la docente para informar que su hija no asistira el dia de hoy, explico que la niña amanecio con malestar general y no logro dormir bien durante la noche. la madre tambien manifesto que le esta suministrando paracetamol para controlar el malestar.	La agente educativa agradece la comunicacion oportuna y recomienda mantener a la niña en reposo, asegurar una adecuada hidratacion y observar la evolucion de los sintomas. Se le sugiere acudir al centro medico si el malestar persiste o si presenta otros signos de alarma. La niña podra retonar al cdi cuando se encuentre totalmente recuperada.	Leidy Calderon	Angela Calderon

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
03-07-25	Al finalizar la jornada agente educativa se comunica via telefonica con la madre y manifiesta lo siguiente "Buenas tardes, pues gracias a Dios esta bien ya, le di paracetamol y ceforoxina, si en noche no le da reaccion ya nos vemos mañana profe"!
04-07-2025	La niña ingresa al cdi aparentemente bien de salud a la unidad. 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: Valerin Calderon **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulos **AGENTE EDUCATIVO:** leidy C.

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 01-05-2025

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	SEGUIMIENTO	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
03-06-2025	Se logra evidenciar en el carnet de vacunas que le hace falta la vacuna de la influenza.	Agente educativa le pregunta a la madre por la vacuna y ella manifiesta que "profe cuando fui no habia hoy voy air." a las 8:25 la madre manifiesta que el dia de hoy a las 2:pm los van a vacunar y que a esa hora va por la niña para que le apliquen la vacuna.	la madre en horas de la tarde manifiesta que la vacuna de la influenza solo aplica hasta 1 año, 11 meses y 29 dias, por lo tanto la niña ya perdio la vacuna. se cierra la novedad.	Leidy Calderon	Angela calderon