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

Fecha de diligenciamiento: 01 | 04 | 2025

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

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

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

Unidad de Servicio sugerida: 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: 1122344029

Fecha nacimiento: 01 | 06 | 2022

Nombres: Joan Pablo

Apellidos: Rodriguez

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:

Barrio:

Vereda: Juan Crutoba

Sector:

Dirección: via al Puente internacional

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

Parentesco: ( ) Madre ( ) Padre (●) Cuidadoría

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: 1148195693

Nombres: Nayeli

Apellidos: Yajaira

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 04 | 10 | 1989

Correo electrónico:

Número de celular: 3155532952

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: Yajaira Chimbo

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Leidy Calderon

Observaciones:

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:
Joan Pablo Rodriguez Chiguango

N° DOCUMENTO: 1122344029 **TIPO DOCUMENTO: RC** X **CC** ___ **OTRO** ___
FECHA DE NACIMIENTO: 01junio-2022 **EDAD:** 2años-9m
LUGAR DE NACIMIENTO: San Miguel

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

SISBEN: ___ **EPS:** Mallamas **RÉGIMEN (C)**__ **(S)** X
DESPLAZADO: SI___ **NO** X **DISCAPACIDAD: SI**___ **NO** X **¿CUAL?** ___
GRUPO ETNICO: SI X **NO**___ **¿CUAL?** Kichwa
GRUPO AFROCOLOMBIANO: SI___ **NO** X **¿CUAL?** ___
NOMBRE DE LA MADRE: Jenny Gisella Chiguango
N° CÉDULA: 1122337146 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Miguel
NOMBRE DEL PADRE: Ederson Alejandro Rodriguez
N° CÉDULA: 1130765994 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Miguel
N° DE CELULAR: ___
NOMBRE DEL ACUDIENTE: Yajaira Nayeli Chimbo
N° CÉDULA: 1148195693 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Miguel
DIRECCIÓN VIVIENDA: c/sancristobal **ZONA POBLACIONAL: (R)** X **(U)**___
NUMERO DE CELULAR 3155532952

Yajaira Chimbo
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Leidy Calderon
NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: **N** 1573693

NUIP 1.122.344.029

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos

RODRIGUEZ CHIGUANGO JUAN PABLO

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)			Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año 2022	Mes JUN	Día 01	MASCULINO	O +

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

COLOMBIA PUTUMAYO SAN MIGUEL(LA DORADA)

Fecha de Inscripción (Mes en letras)			Indicativo serial
Año 2022	Mes JUL	Día 07	0061322565

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos

CHIGUANGO ANDI JENNY GISELLA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
TARJETA DE IDENTIDAD 1.122.337.146	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos

RODRIGUEZ PAI EDERZON ALEJANDRO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.130.765.994	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos

RODRIGUEZ PAI EDERZON ALEJANDRO

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 1.130.765.994

Espacio para notas

VALIDO PARA TRAMITES LEGALES Y CIVILES

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

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

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)			Nombre y firma del funcionario
Año 2022	Mes JUL	Día 07	Carolina Sacanambuy.

JENNY CAROLINA SACANAMBUY GOMEZ...
Registrador del Estado Civil

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
30519059-5


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.148.195.693
CHIMBO TAPUY
APELLIDOS
YAJAIRA NAYELI
NOMBRES
YASAIRA Chimbo
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 04-OCT-1989
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.53
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
10-OCT-2009 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
P-6401000-00219354-F-1148195693-20100301
0021375330A 1
30335417



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 18182496

CHIGUANGO DAGUA
APELLIDOS

JUAN TORIBIO
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 26-OCT-1981
PUERTO ASIS
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.71 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

18-SEP-2002 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

INDICE DERECHO

P-6401800-70112264-M-0018182496-20030401 07479 03064B 01 117828992

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 Juan Pablo Rodriguez con RC No 1122344029 expedida en San Miguel - Dorada, 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 Cristobal a los 31 dias del mes de Marzo de 2025

JUAN TORIBIO CHIVANGO
CC: 18182496
GOBERNADOR

Dirección vía Puente Internacional- San Miguel Putumayo
Teléfono: 3219624508-3224783380
Correo: cabidojuancristobal2020@gmail.com

7

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	1122344029
NOMBRES	JUAN PABLO
APELLIDOS	RODRIGUEZ CHIGUANGO
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	01/06/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	12/05/2025 09:47:14	**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

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...Sanos



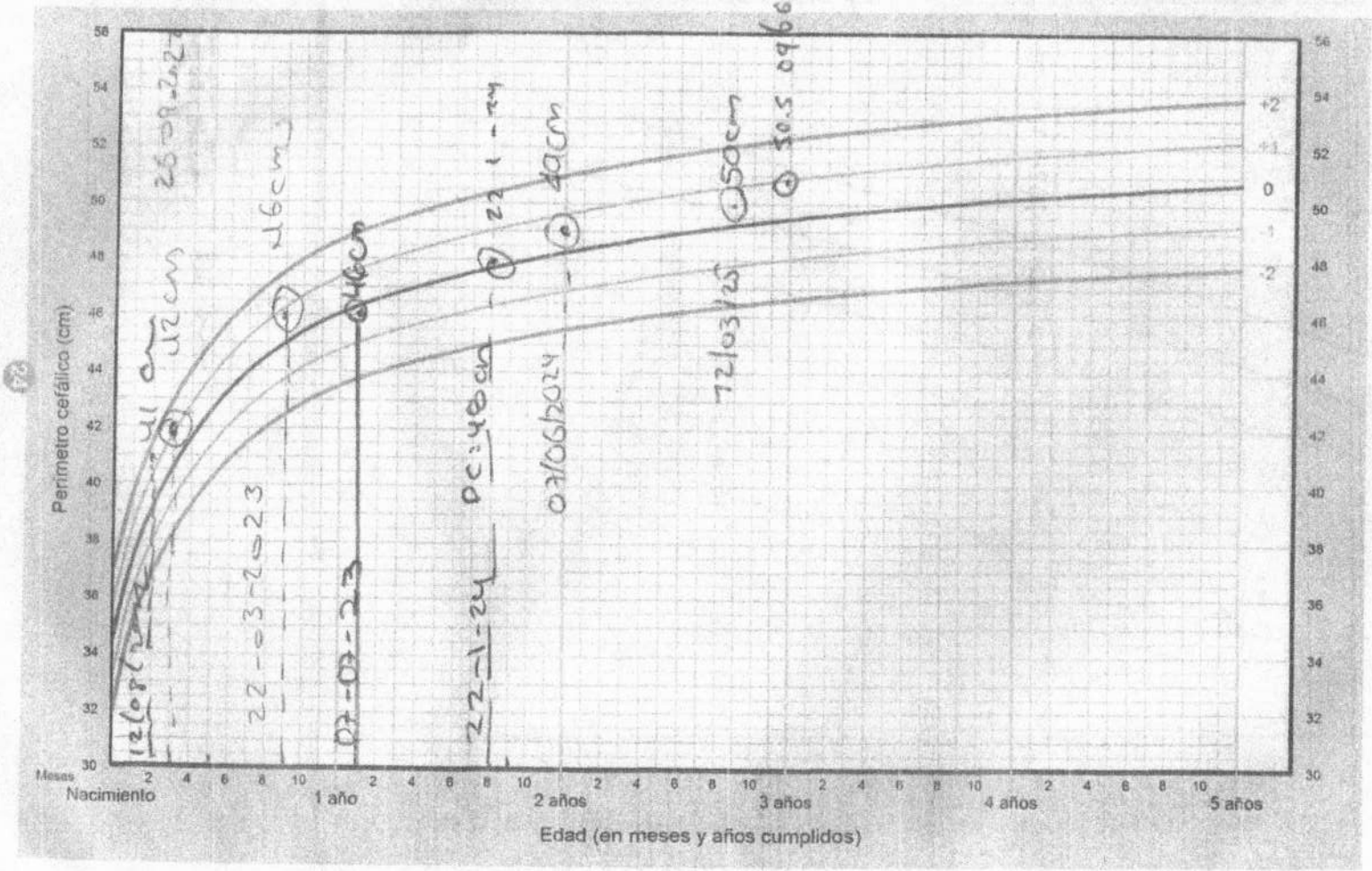
E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

Nombres: Juan Pablo	Apellidos: Rodriguez chiguango
Fecha de nacimiento: DIA 01 MES 06 AÑO 2022	Historia Clínica: 1122344029
Barrio/Vereda: v/ San Cristobal	Responsable del niño: Jenny Chiguango
Teléfono: 3187325448	EPS:

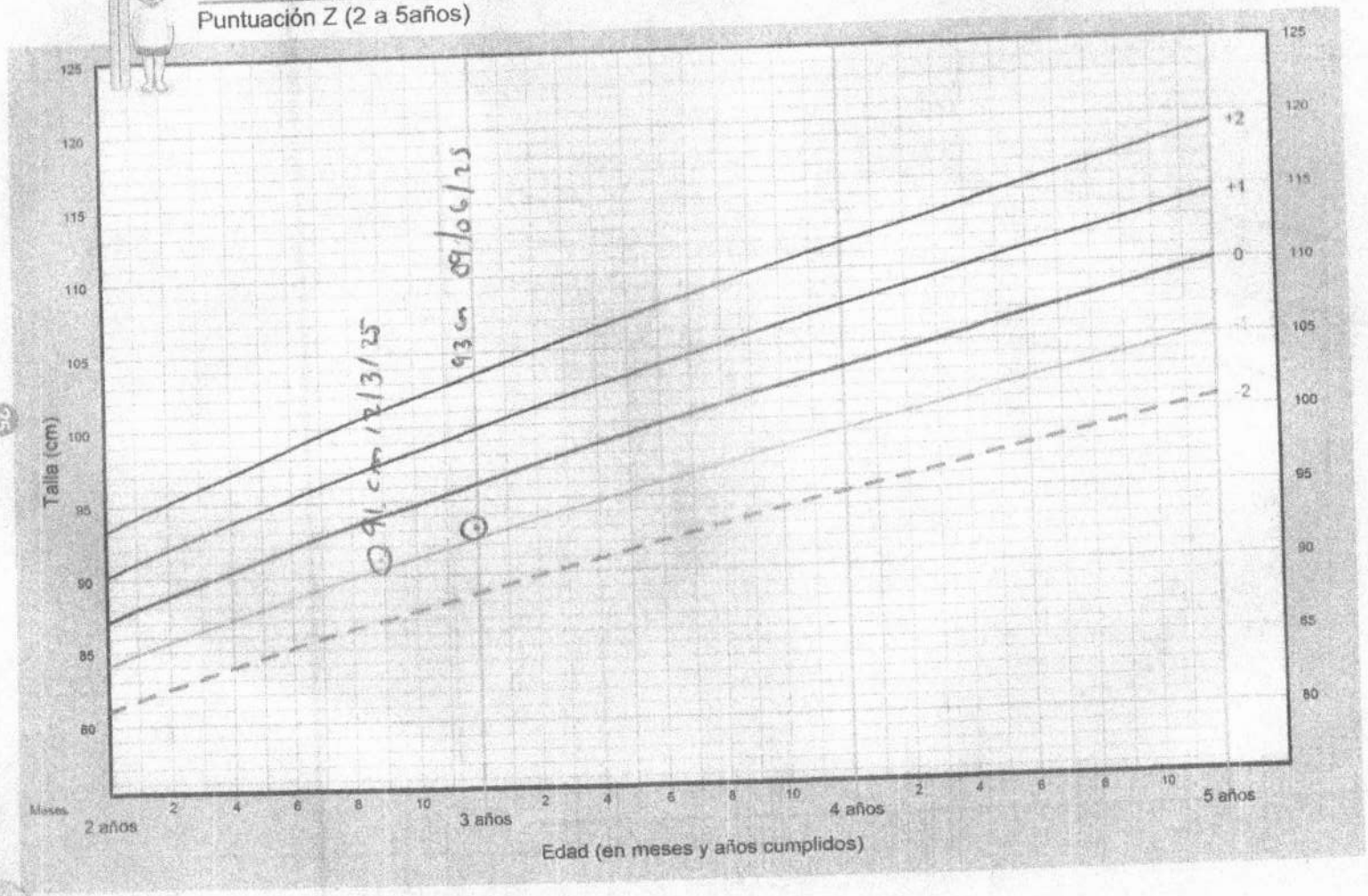
Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)



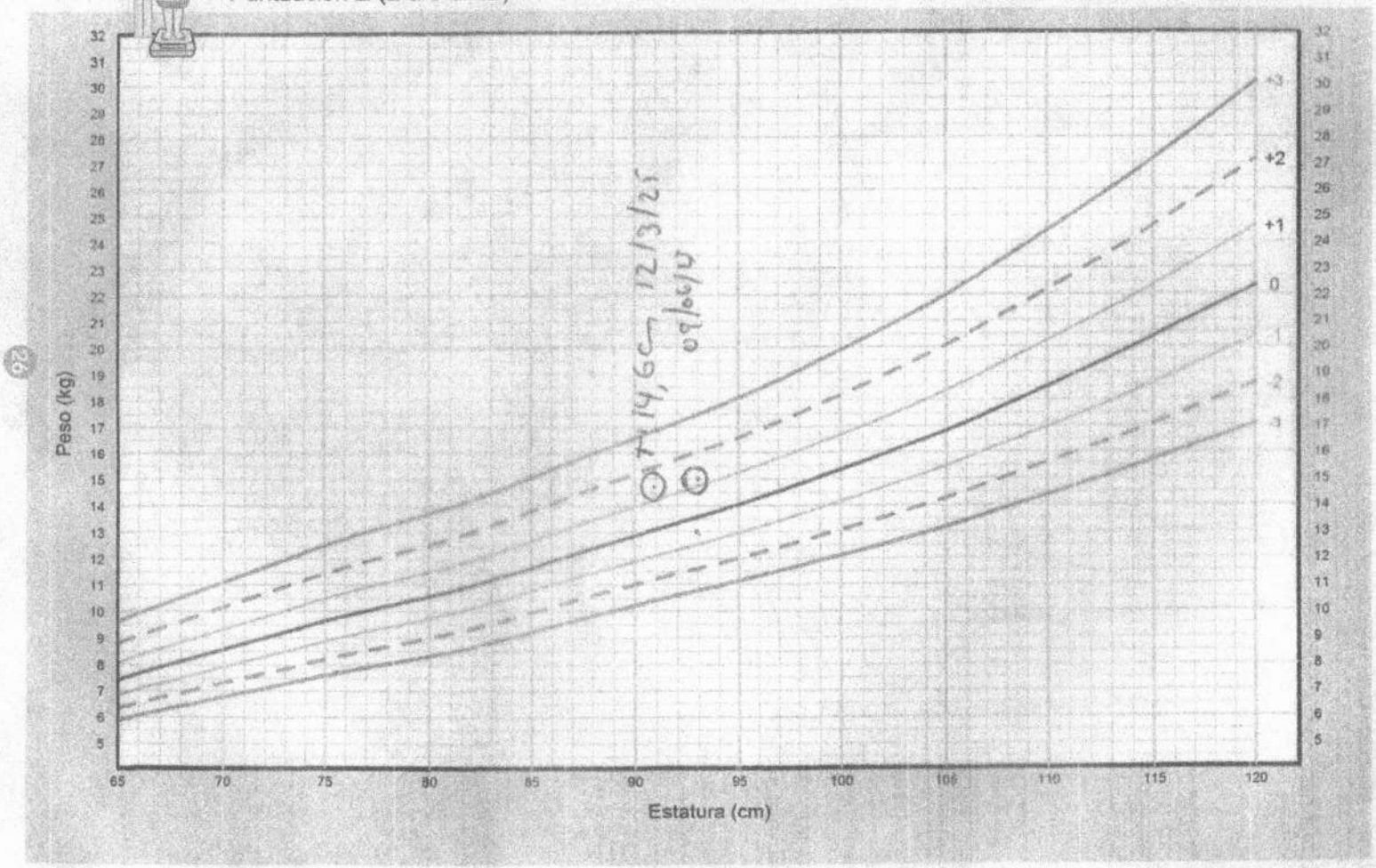
Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5años)



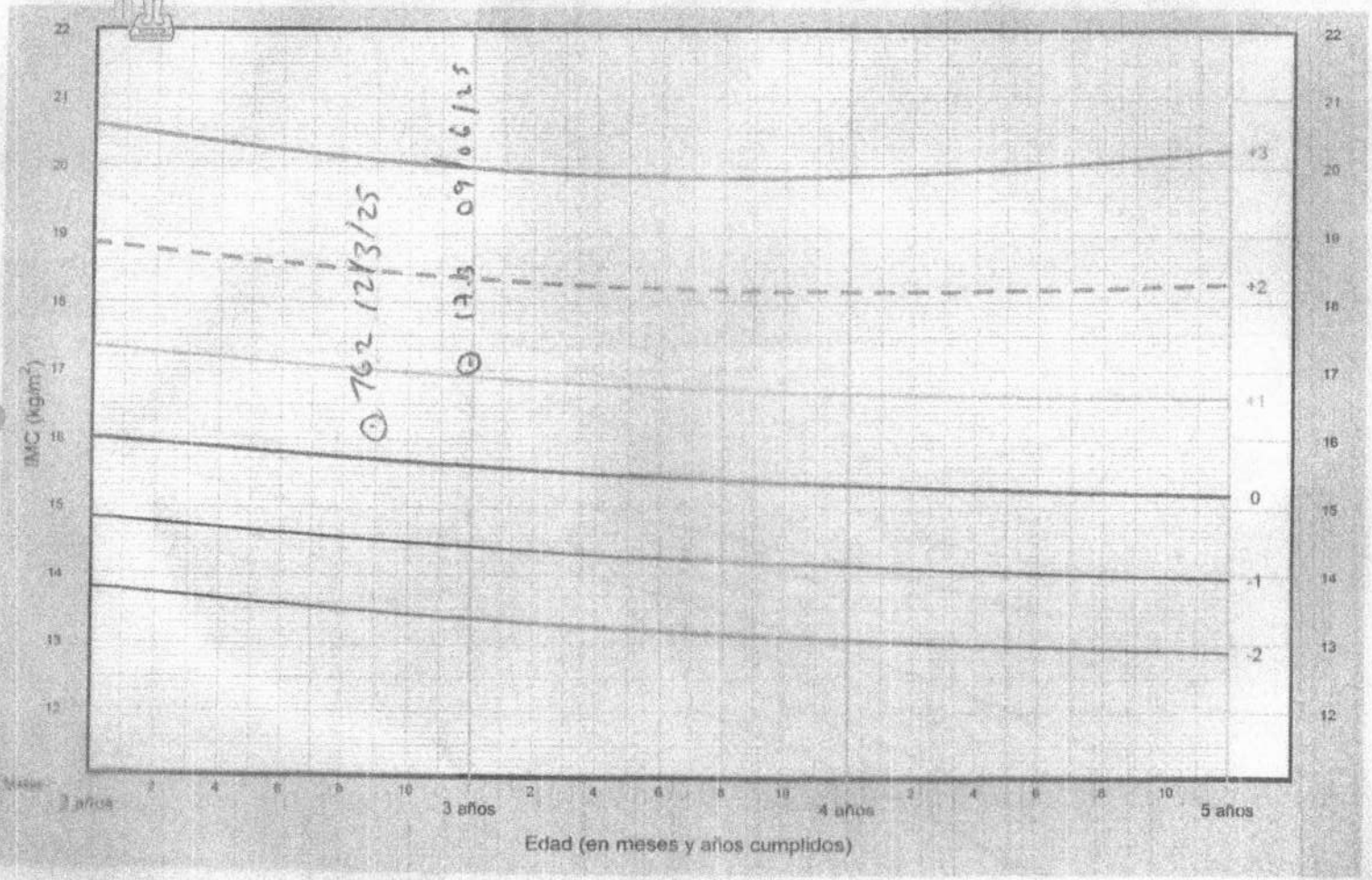
Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
12	09	2022	Si ✓ Enfermería.		
26	Octubre	2022	Medico		
03	11	2022	Medico	✓	
01	12	2022	Enfermera	Si ✓	
07	Julio	2023	Medico	✓	
07	01	2024	Enf	✓	
01	06	2024	Medico	Si	
01	Diciembre	2024	Enfermer		
12	03	2025	Enferme	Si ✓	Milena C.
07	Junio	2025	MEDICO	Si ✓	

Médica General
1006995742

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
ntorlzun	6.1	59	41	14	ntorlzun	ntorlzun	
26/09/2022	7 Kg	65cms	42	14	—	26/10/2022	
03/11/2022	7.7.	68	47	14	16.7	01/12/2022	
22/03/2023	8,9	71	46	15	—	01/06/23	
07/07/23	10.4	74	46	14	19.0	07/01/24	
22-1.24	11/4	81	48	14	19	01-06-24	
07/06/2024	12,3Kg	87cm	49cm	15 cm	16,3	01-12-2024	
12-03-2025	14,6	91	50	16	16.2	07-06-2025	
01/06-2025	15	93	50.5	16.5	17.3	01/06/2026	Meliza Cuevara Médico General 1006995742

35

15
KIV

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

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién nacido	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐											
	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	1	06	2022	Serum	U37GQ01	HFID				Paula C
	Hepatitis B	Recién nacido	1	06	2022	Serum.	U32OQ02	HFID				Paula C
2 meses	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	1.ª	30	08	2022	Serum	212100 4	HFID				
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	30	08	2022	Serum	285OY038D	HFID cita 11 Agosto 2022				Edwar F.
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª	30	08	2022	Serum	285OY038D.	HFID				
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	1.ª	30	08	2022	Serum	285OY038D.	HFID				
	Diarrea por rotavirus	1.ª	30	08	2022.	Serum	AR01C892AF	HFID.				
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	30	08	2022	GSK	ASPNB338KA					
4 meses	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	2.ª	02	12	22	Serum	21210 04	HFID	cita			
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	02	12	22	Serum	285OY038D	HFID	30 Oct 2022.			
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª	02	12	22	Serum	285OY038D	HFID				
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	2.ª	02	12	22	Serum	285OY038D	HFID				
	Diarrea por rotavirus	2.ª	02	12	22	Serum	AR01C892AF	HFID				
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	02	12	22	GSK	ASPNB338KA	HFID				
6 meses	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	3.ª	22	03	23	Biological	220601 2		cita			
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	22	03	23	Serum	285IXO21D	HFID	02-Enero 2023			Karen A.
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª	22	03	23	Serum	285IXO21D	HFID				Pulloc
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	3.ª	22	03	23	Serum	285IXO21D	HFID				Yenifer
	Influenza estacional	1.ª	07	07	23	Green.	VS05230 01	HFID				Daniela Cardenas Tec. Aux. en Enfermeria CC No. 1007728227
7 meses	Influenza estacional	2.ª	10	08	23	Green	VS05230 01					Isabel
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	07	07	23	Serum.	OS51NO71A					Pulloc
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	07	07	23	Pfizer	FRU5915					
	Varicela	2.ª	07	07	23.	Merck	WO3165 7.	HFID				
	Hepatitis A	Única	07	07	23.	MSD	WO005 14					
	Influenza estacional	Anual	07	06	24.	Butantan	2A0097900	HFID				
18 meses	Poliomielitis (VIP ☑ VOPb ☐)	1.er refuerzo	06	12	22.	Sanofi	22340015	HFID				
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.er refuerzo	06	12	23.	Sanofi	23S1YO33D	HFID	CITA: 22-MARZO 2024.			
	Fiebre amarilla	Única	07	07	23.	Sanofi	VSN21.	HFID				Pulloc
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª	06	12	23	Serum	0123WOY0B	HFID.				
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.ª										
		2.ª										
		3.ª										
Vacunas complementarias y otras dosis												

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

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

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

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

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

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.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

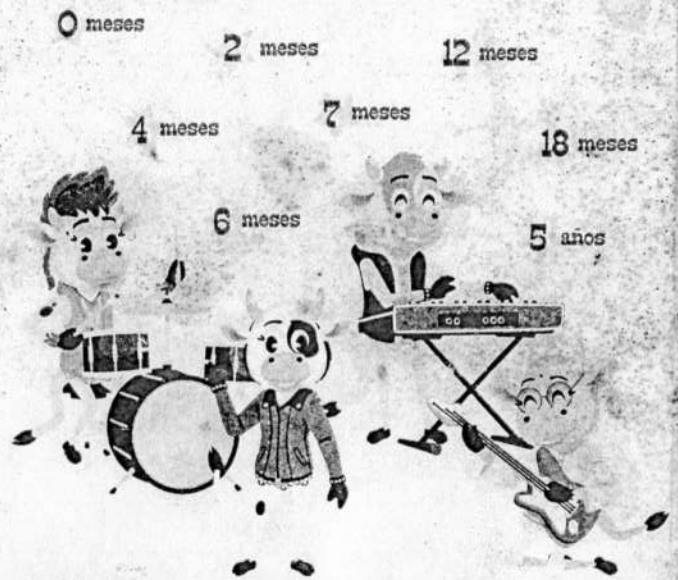
3 años					
4 años					
5 años					

*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

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Juan pablo Rodriguez chiguango

Fecha de nacimiento: 1/06/2022

Nº de certificado de nacido vivo:

Registro civil: Masculino 1122344029

Sexo:

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: 3.500 Talla: 53

Dirección: V/ Juan Cristobal.

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Responsable: Jenny chiguango Andi

Municipio de residencia: San Miguel

Departamento: Putumayo

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

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

NIT. 846.002.309-9

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

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL

CIUDAD San Miguel - La Dorada FECHA: DÍA 06 MES 09 AÑO 2025 HORA: 8:00 am

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Juan Pablo Rodriguez APELLIDOS Chiguango

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NUMERO: 1122344029

FECHA DE NACIMIENTO: DÍA: 06 MES: 2021 AÑO: / EDAD: 1 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Mallamas

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 cancer de utero 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)

¿COMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides).
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar 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. Éstos 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 al feto por SARS CoV-2

EXPRESION DE LA VOLUNTAD

De manera voluntaria, declaro: he recibido información que el personal de salud, de manera clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición, así como las explicaciones adecuadas, entiendo 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 las 48 horas posteriores: 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: [X] que se me aplique la vacuna

Firma de la persona: Yajaira Chimbo

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

Nombres: Yajaira Nayeli Apellidos: Chimbo Tapuy

Tipo de identificación: CC [X] CE [ ] OTRO [ ] Número: 1148195693

Firma: yajaira chimbo

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 Paciente

C.C. N°

Firma del Rogado

C.C. N°

Nombres y apellidos del vacunador: Maria Angelly Muñoz Meneses

Firma: Angelly Muñoz Tipo de Identificación: CC [X] CE [ ] OTRO [ ] Número: 1006907537

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): E.S.E. Hospital Fronterizo la Dorada

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

E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA
NIT. 848.002.308-9

Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

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

CARNET RIAS

PRIMERA INFANCIA

E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA

Mi prioridad es tu salud



Nombres y Apellidos: Juan Pablo Rodriguez

Doc. de Identidad: RC 1122344029

EPS: Nallamas

Teléfono: 3155582982

Domicilio: V/C Juan Cristobal

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

LILIANA MARIA CORDOBA
AUX. EN SALUD ORAL
RES. 2000/13-2016

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 Juan Pablo Rodriguez Chiguango, identificado (a) con documento de identidad número 1122344029, 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, Noveli Chimbo, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1148195693, 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: Yajaira chimbo
Nombre: Yajaira chimbo
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: _____
Fecha: 01-04-2025
Municipio: San Miguel

PACTO DE CONVIVENCIA MODALIDAD INSTITUCIONAL

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

DERECHOS Y DEBERES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

DERECHOS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

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

DEBERES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

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

DERECHOS Y DEBERES DE LOS PADRES DE FAMILIA

DERECHOS DE LOS PADRES DE FAMILIA

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

DEBERES DE LOS PADRES DE FAMILIA

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

(telefónico, mensajería y/o escrito).

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

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

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

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

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

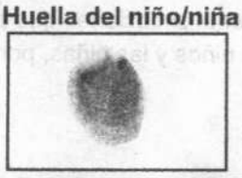
PAOLA CHATES
Coordinadora pedagógica

EDDY PATRICIA LÓPEZ
Apoyo psicosocial

Yajaira Chimbo
Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Leidy Calderon
Agente educativa

Huella del niño/niña



EMPRESA DE ENERGÍA DEL BAJO PUTUMAYO S.A. E.S.P.
Nit. 846.000.553-8 - 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 Genera

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

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

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

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

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:

AVISO DE SUSPENSION

3.Información de Créditos EEBP

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

Gerente General

4.Detalle Conceptos del Servicio de Energía

Conceptos EEBP	Valor Liquidado	Saldo Anterior	Saldo a Favor o Anticipado	Total
ACTIVA SENCILLA MONOMIA	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	= Debe pagar el Total
67,866	15,204	12,000	0	$ 95,070

c12591a3d6fbdfb86d10b78a5730c5f157996fd4e4a9483126e4b81c8ef04c570377179d154ceb16dee6c3468d8de4c2

(415)7709998005532(8020)100020370633392 2(3900)000009507 0(96)20250421

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

www.eebpsa.com.co @eebpsaesp /eebpsa

Esta Factura presta Mérito Ejecutivo de acuerdo a 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 Juan Pablo Rodriguez Chiguango

Fecha de nacimiento 01 06 2022 **N° Documento de Identidad** 1122344029

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Leidy Calderon

Fecha de registro cualitativo 03 07 2025

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

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

Observaciones generales Juan Pablo 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 seguira fortaleciendo independencia y manejo corporal a traves de estrategias pedagogicas.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Leidy Calderon

Fecha de registro cualitativo 02 MO 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 Juan Pablo Se encuentra en un perfil esperado de acuerdo a su rango de edad, se interesa por explorar su entorno, sigue instrucciones sencillas y participa con alegria en las actividades propuestas.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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

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

Observaciones generales

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

ración itativa ⇨	Relación con los demás															Relación consigo misma/c																	
	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
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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Juan Pablo Rodriguez **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulos **AGENTE EDUCATIVO:** Leidy C.

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

Clasificación de la Información:
CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
10-11-25	En horas de la mañana al realizar el llamado a lista se verifico la inasistencia del niño.	Agente educativa se comunica via telefonica con la madre y ella manifiesta lo siguiente "profe lo que sucedio fue que mientras me dirigia al hogar la moto se me apago y no me quiso volver a prender, ademas ni señal habia para avisarle, entonces me toco devolverme y apenas llegue y me entro su llamada" Agente educativa comprende la situacion y le recuerda a la madre la importancia de la asistencia continua del niño y se le sugiere prever posibles soluciones para garantizar la asistencia cuando ocurran dificultades de transporte.	Leidy Calderon	Sayana Chimbo

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
11-11-25	El niño ingresa a la unidad para recibir la atencion y se evidencia aparentemente que se encuentra bien de salud. Se cierra la novedad.

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

23
RIV

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Juan Pablo Rodriguez **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)
08-09-2025	El niño tiene cita de higiene oral el 13 de septiembre 2025	Agente educativa le recuerda a la madre que el niño tiene cita el 13 de higiene oral, la madre manifiesta que va a llamar para sacarle la cita y ponerse al dia con la salud del niño y en el CDI.	Leidy Calderon	Yajaira Chimbo

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
18/09/2025 16/09/25 15/09/2025 ⊗ 11/09-2025	Agente educativa le pregunta a la madre si ya le saco la cita, a lo que ella manifiesta que el viernes va a llamar para que le den la cita. Agente educativa le pregunta a la madre que para cuando le dieron la cita y ella manifiesta que se olvido pero que hoy en la tarde o mañana en la mañana sin falta le saca la cita. La madre manifiesta que apartir de mañana se empieza agendar pare el proximo martes y que mañana le confirman la hora. La madre manifiesta que le dieron la cita para el 23/09/2025 a las 8:20am, agente educativa le recuerda asistir a la cita para que el niño este al dia en salud.

ASIGNACION DE CITA MEDICA:

Fecha Impresion: 18/09/

ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

Dir:Barrio El Paraiso Tel: 3134821413

Orden No: 1

PACIENTE:	RODRIGUEZ CHIGUANGO JUAN PABLO
IDENTIFICACION:	RC1122344029
No HISTORIA:	1122344029
PROFESIONAL:	VASQUEZ CADENA DIANA CAROLINA
ESPECIALIDAD:	ODONTOLOGIA
HORA DE LA CITA:	08:40 a. m.
FECHA DE LA CITA:	23/09/2025
TIPO:	De Control
CLASE:	HIGIENE ORAL
EMPRESA:	MALLAMAS EPS INDIGENA
FECHA SOLICITADA POR USUARIO:	18/09/2025
OBSERVACIONES:	

Recuerde facturar 30 minutos antes de la hora asignada, de lo contrario su cita sera reprogramada dependiendo de la disponibilidad de agenda

InfoSalud Net

Powered by CamS

25
RN

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Joan Pablo Rodriguez **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)
18-04-2025	En horas de la mañana la madre del niño se comunica via telefonica manifestando lo siguiente "Mi hijo el dia de hoy no asistira al jardin porque mi esposo quien se encarga de la moto tuvo que salir a trabajar muy temprano, la cual no tuve el tranoporte para llevarlo a la escuelita.	La agente educativa agradece la comunicacion y comprension ante la situacion expuesta. Se le recuerda a la madre la importancia de la asistencia continua del niño al CDI y se le sugiere prever alternativas de transporte para este tipo de casos, de manera que se garantice la participacion del niño en su proceso educativo y formativo.	Leidy Calderon	Yuvana Chimbo

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
El 21-03-2025	El niño ingresa a la unidad para recibir la atencion Se cierra la novedad.

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Juan Pablo Rodriguez **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)
02-07-2025	En horas de la mañana la madre se comunica via telefonica con la docente donde manifiesta lo siguiente "profe hay paro no estan dejando pasar entonces me toca devolverme y hoy pues no puedo llevar al niño por ese motivo.	Agente educativa agradece la informacion, y le recuerda la importancia de mantener la comunicacion constante mientras persista esta dificultad, se le recomienda que apenas el paro se alce el niño vuelva a reintegrarse al col.	Leidy Calderon	Yajaira Chimbo

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
03-07-2025	El niño no asiste agente educativa se comunica con la madre y ella manifiesta que no cuenta con transporte para traerlo al jardin, pero mañana sin falta estoy aya con el niño, agente educativa le recuerda la importancia de asistir todos los dias.
04-07-2025	El niño ingresa a la unidad para recibir la atencion aparentemente bien de salud. Se cierra la novedad

27
KIV

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Juan Pablo Rodriguez **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulos **AGENTE EDUCATIVO:** Leidy C.

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

Clasificación de la Información:
CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
10-06-2025	En horas de la mañana la madre del niño se comunica via telefonica manifestando lo siguiente " profe el dia de hoy mi hijo no asistira al jardin ya que cuando hiuamos a la escuelita nos pinchamos, la cual me impidio llegar aya, y como no tenemo otro transporte decidimos regresar a casa que estaba más cerca y mandar a despinchar la moto!	Agente educativa agradece la comunicación y le recuerda a la madre la importancia de buscar soluciones rapidas o apoyo en casos de imprevistos de transporte, para favorecer la importancia de asistir todos los dias el niño, se destaca que la asistencia regular es fundamental para el desarrollo y participacion activa en las experiencias pedagogicas.	Leidy Calderon	Yajaira Chimbo

BIENESTAR FAMILIAR

SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO

El 11-06-2025 el niño ingresa a la unidad a recibir la atencion.

Se cierra la novedad.

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Joan Pablo Rodriguez **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulos **AGENTE EDUCATIVO:** Leidy C.

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

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
04-06-2025	En horas de la mañana el niño ingresa a la unidad y manifiesta que a las 9:30 am viene por el niño para llevarlo a la cita y que apenas salga lo vuelve a ingresar al jardin.	Agente educativa entrega al niño a la madre a las 9:20 am para que lo lleven a la cita del control. A las 11:15 am el niño ingresa nuevamenta al coi y la docente le recuerda a la madre las fotocopias del documento y ella manifiesta que en la tarde las entrega. A las 4:07 pm la madre viene por el niño y manifiesta que por la lluvia no trajo las fotocopias y que el dia de mañana las hace llegar.	Leidy Calderon	yajaira chimbo