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 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: 1122 344060

Fecha nacimiento: 28 | 07 | 22

Nombres: Mia Isabella

Apellidos: Perez Aguirre

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: Putomayo

Municipio de residencia: San Miguel

Zona: Urbana

Barrio: Cristales

Vereda:

Sector:

Dirección: Diagonal al lavadero de don Elvio

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

Parentesco: (●) Madre ( ) Padre ( ) Cuidador/a

Tipo documento identidad: ( ) Tarjeta identidad (●) Cédula de ciudadanía ( ) Cédula de extranjería ( ) Pasaporte ( ) Permiso especial permanencia ( ) Partida o Acta de nacimiento ( ) Visa ( ) Tarjeta movilidad fronteriza ( ) Permiso de protección temporal ( ) Sin documento **Nacionalidad:** _____

Número de documento: 1123304524

Nombres: Rosi Yurany

Apellidos: Perez Aguirre

País de nacimiento: Puerto Asis

Fecha nacimiento: 03 | 06 | 1999

Correo electrónico: Paezrosy065@gmail.com

Número de celular: 3222439430

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: Yurani Perez A.

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Leidy Calderon

Observaciones:

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

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:
Mia Isabella Perez Aguirre

N° DOCUMENTO: 1122344060 **TIPO DOCUMENTO: RC** X **CC** ___ **OTRO** ___
FECHA DE NACIMIENTO: 28-Julio-2022 **EDAD:** 2 años-7 m
LUGAR DE NACIMIENTO: Puerto Asis

NOMBRE DE LA UDS: CDI Fronteras de Paz 1
CODIGO UDS: 867571137386 **BARRIO/VEREDA:** B/ Floresta
FECHA DE INGRESO: 01-04-2025 **FECHA DE RETIRO:** ___

SISBEN: A-1 **EPS:** Emosanar **RÉGIMEN (C)**__ **(S)** X
DESPLAZADO: SI___ **NO** X **DISCAPACIDAD: SI**___ **NO** X **¿CUAL?** ___
GRUPO ETNICO: SI___ **NO** X **¿CUAL?** ___
GRUPO AFROCOLOMBIANO: SI___ **NO** X **¿CUAL?** ___
NOMBRE DE LA MADRE: Rosi Yorani Perez Aguirre
N° CÉDULA: 1123304524 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Orito
NOMBRE DEL PADRE: ___
N° CÉDULA: ___ **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** ___
N° DE CELULAR: ___
NOMBRE DEL ACUDIENTE: Yorani Perez Aguirre
N° CÉDULA: 1123304524 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Orito
DIRECCIÓN VIVIENDA: B/Cristales **ZONA POBLACIONAL: (R)** X **(U)**___
NUMERO DE CELULAR 3222439430 – 3118243245

Yorani Perez
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** 1573730

NUIP 1.122.344.060

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos

PEREZ AGUIRRE MIA ISABELLA

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)		Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año 2022 Mes JUL Día 28		FEMENINO	O +

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

COLOMBIA PUTUMAYO PUERTO ASIS

Fecha de Inscripción (Mes en letras)	Indicativo serial
Año 2022 Mes AGO Día 08	0063693298

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos

PEREZ AGUIRRE ROSI YURANY

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.123.304.524	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos

PEREZ AGUIRRE ROSI YURANY

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 1.123.304.524

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)

Año 2022 Mes AGO Día 08

Nombre y firma del funcionario

ROY EDISON CALLE QUIRAMA

Registrador del Estado Civil

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil 30519180-8


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NUMERO 1.123.304.524
PEREZ AGUIRRE
APELLIDOS
ROSI YURANY
NOMBRES
Rosy Yurani Perez
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 03-JUN-1999
PUERTO ASIS
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.61 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
02-ABR-2019 ORITO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
INDICE DERECHO
P-6402300-01084033-F-1123304524-20190716 0066615427A 2 51872340

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta:	27/03/2025
Ficha:	86757674952700001846

A1

GRUPO SISBÉN IV
Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres:	MIA ISABELLA
Apellidos:	PEREZ AGUIRRE
Tipo de documento:	Registro civil
Número de documento:	1122344060
Municipio:	San Miguel
Departamento:	Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:	25/01/2022
Última actualización ciudadano:	02/09/2022
Última actualización via registros administrativos:	25/11/2023

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

A1→A5	B1→B7	C1→C18	D1→D21
Pobreza extrema	Pobreza moderada	Vulnerabilidad	Ni pobre ni vulnerable

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:	MARIA ZORAYDA LINARES MONTE
Dirección:	Carrera 4 Calle 7 Esquina La Liber
Teléfono:	4210537 - 3213138
Correo Electrónico:	sisben@sanmiguel-putumayo.gov

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

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	1122344060
NOMBRES	MIA ISABELLA
APELLIDOS	PEREZ AGUIRRE
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	SAN MIGUEL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EMSSANAR S.A.S.	SUBSIDIADO	28/07/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	12/05/2025 10:15:56	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA ...Sanos



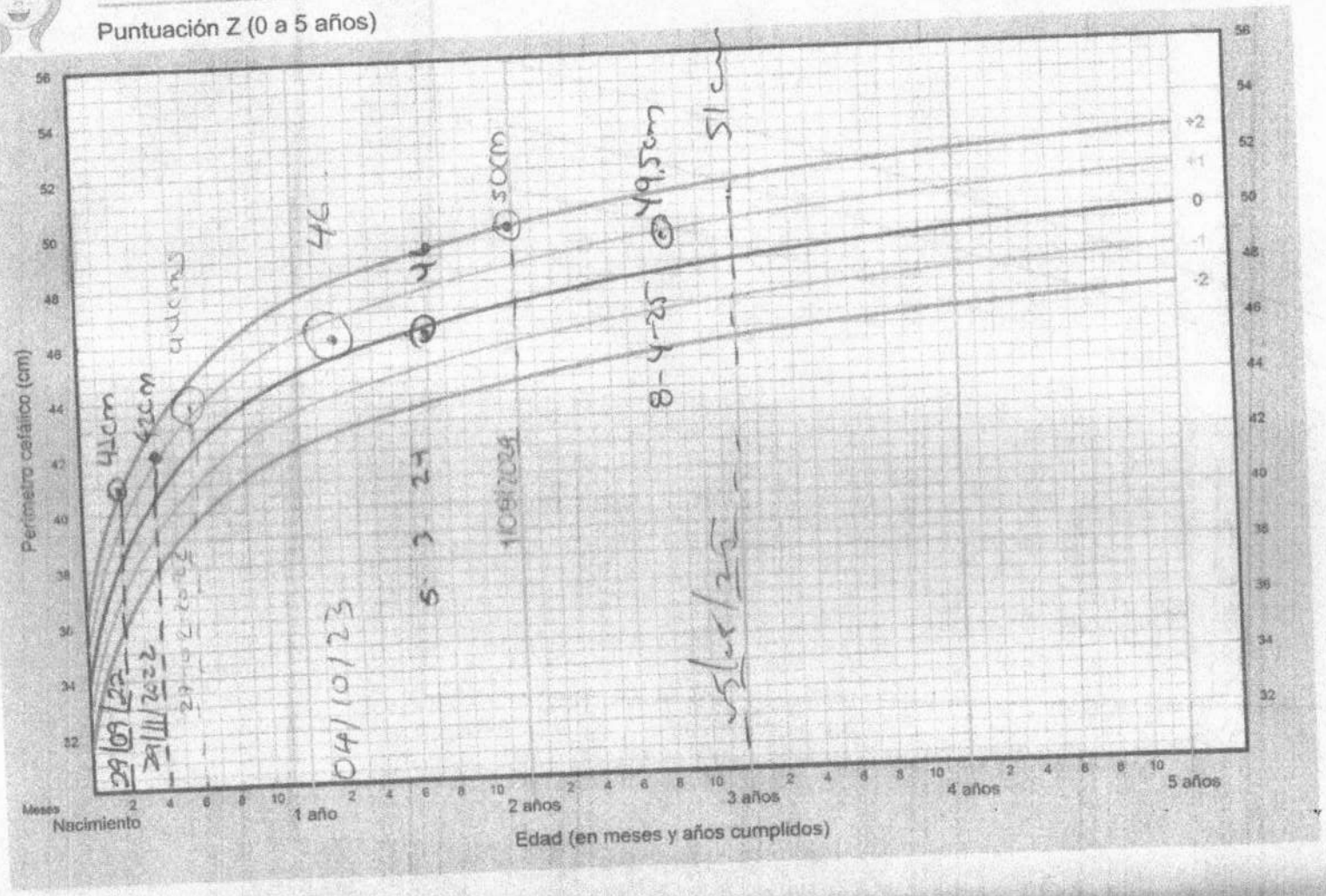
E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

Nombres: MIA ISABELLA	Apellidos: PEREZ AGUIRRE
Fecha de nacimiento: 28 DÍA | 07 MES | 2022 AÑO	Historia Clínica: 1122344060
Barrio/Vereda: PTO COLON	Responsable del niño:
Teléfono:	EPS: 118

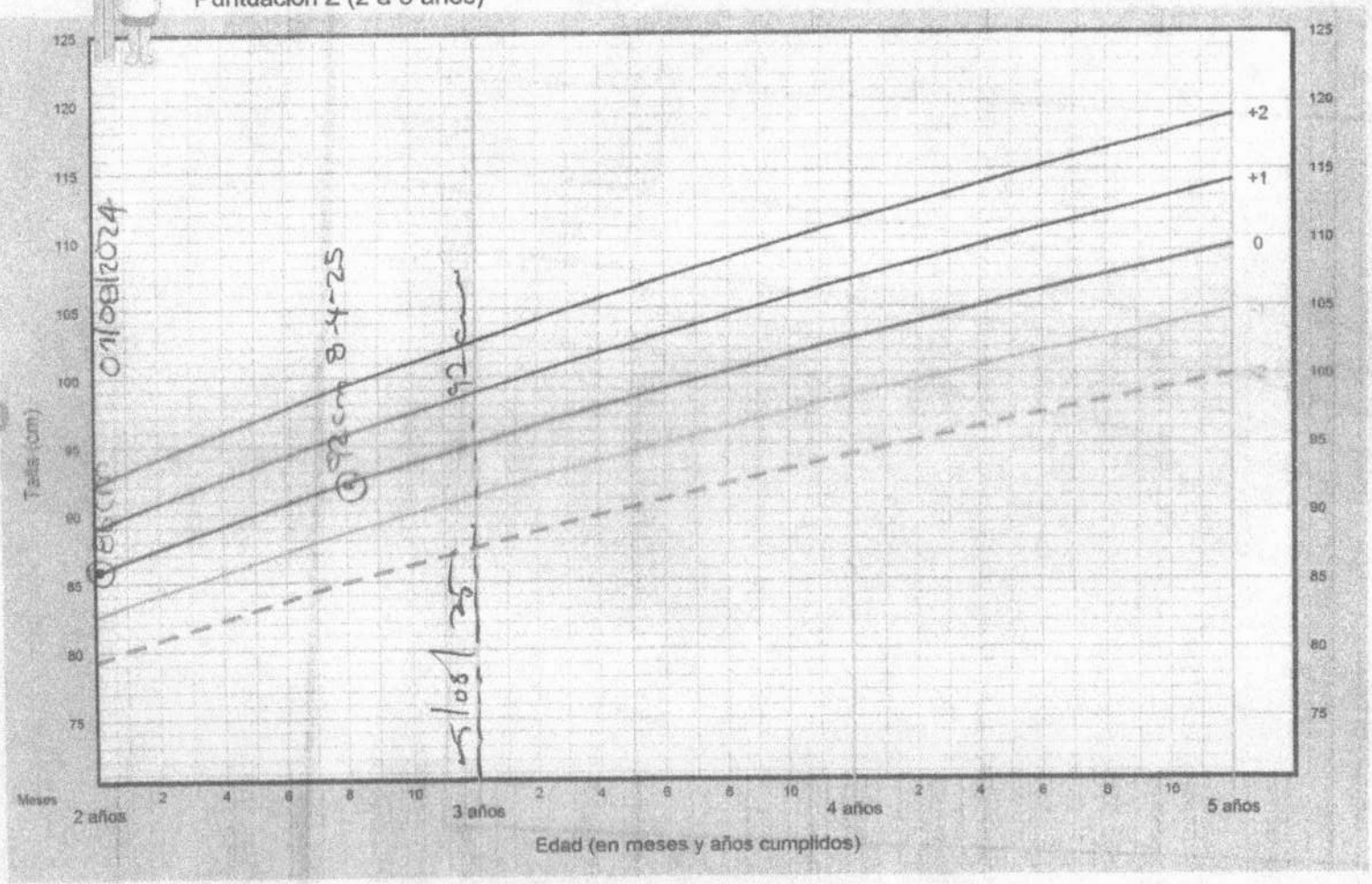
Perímetro Cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)



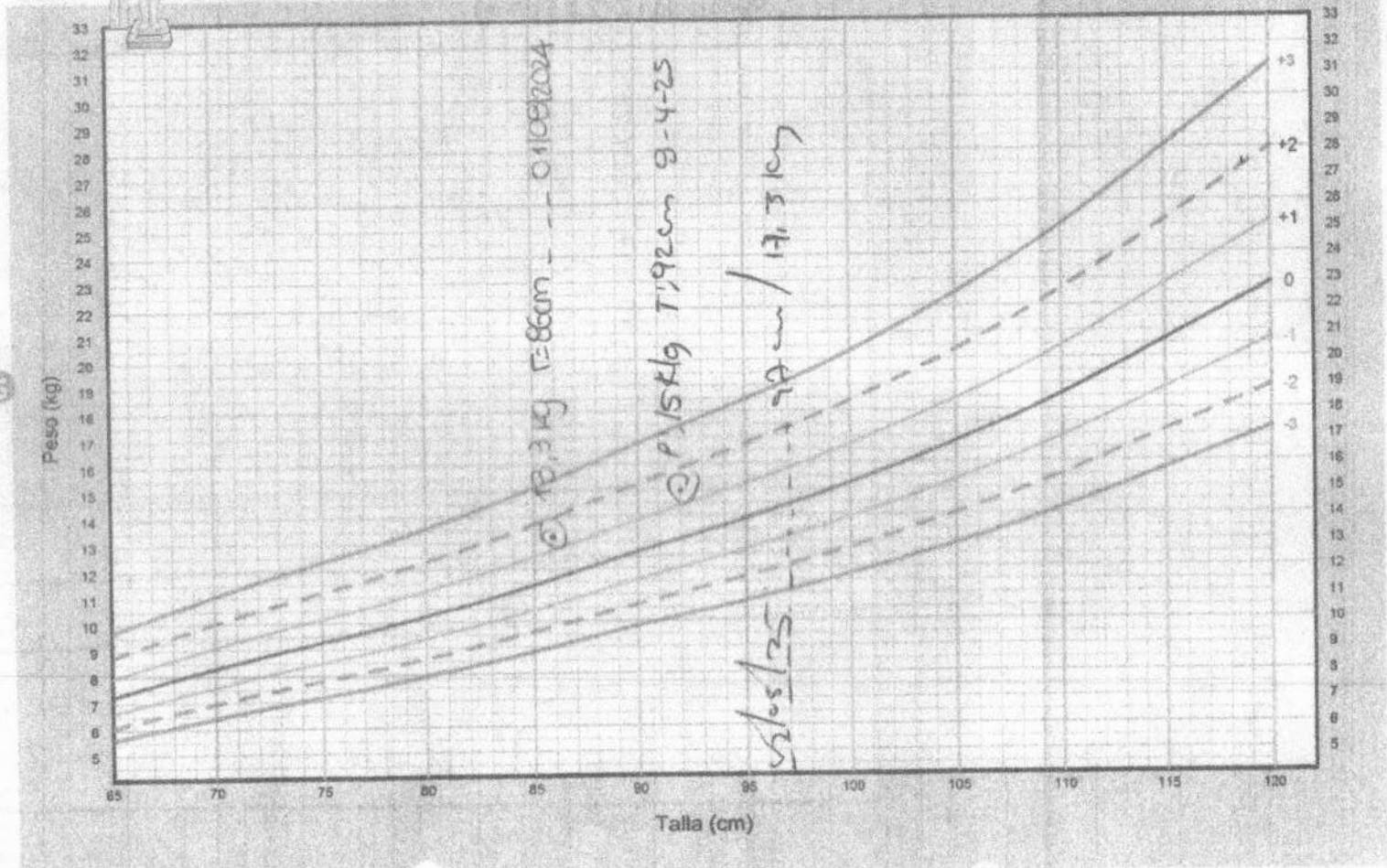
Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



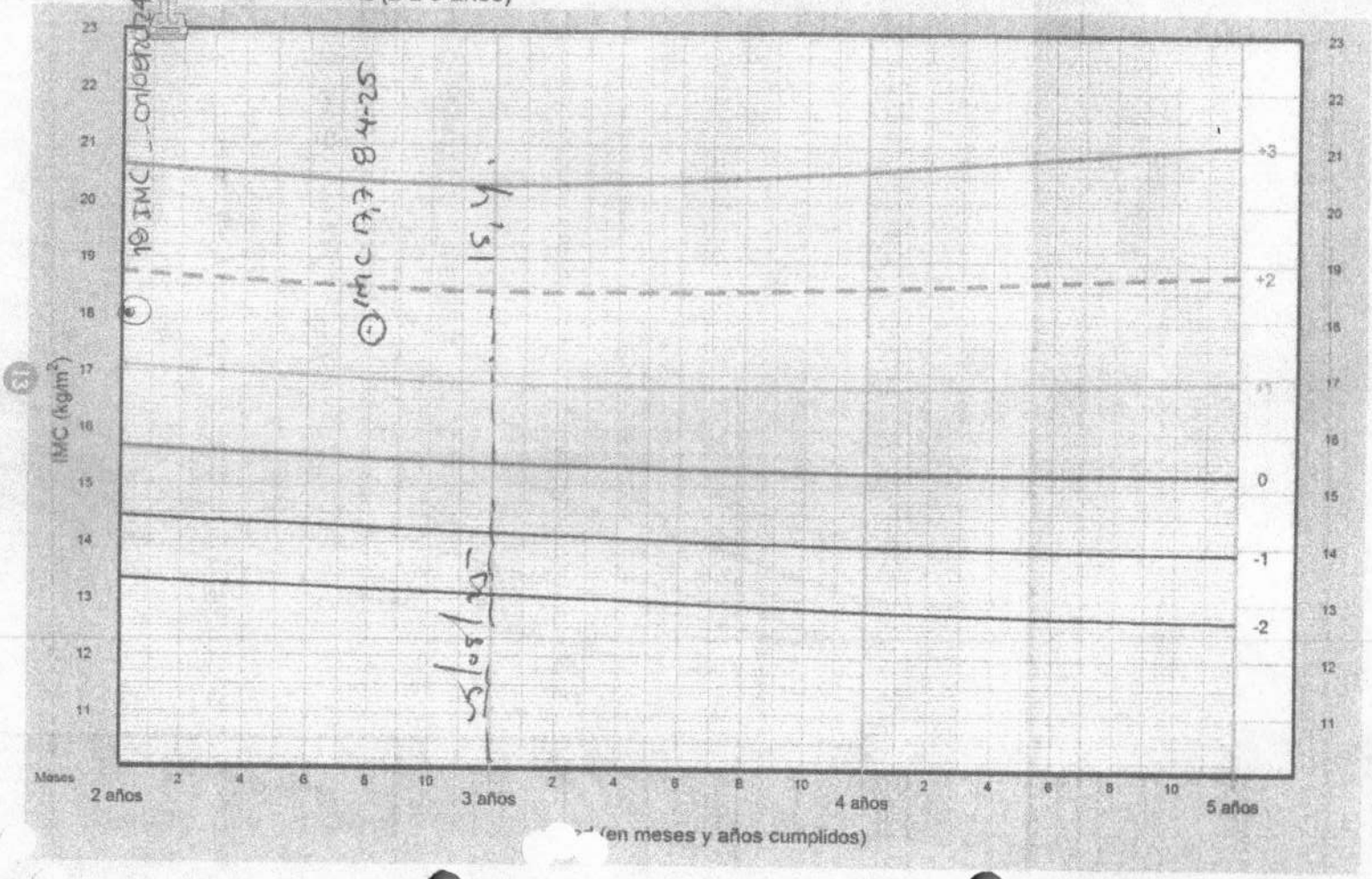
Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ	
				SI	NO
29	01	2023	Medico	V	
27	02	2023	Enfem	Si ✓	
28	Abril	2023	Enfem	—	
04	Octub.	2023	Medico	Si ✓	
28	Enero	2024	Enf.		
28	Enero	2025	Enfermería		Milena Castañeda
8	Abril	2025	Enfermería	Si ✓	Milena C.
28	Julio	2025	Medico	cita. 0959374168	✗
05	08	2025	Medico	✓	
28	07	2026			

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
29/09/22	5.8Kg	64cm	41cm	14cm	14.2	29/11/22	
29/11/22	7.7	66cm	42cm	14.5	17.7	29/011/2023	
04/10/23.	10,6.	79	46.	15.	17	28/01/24	Dra. Magaly Cabrera Médico General Centros Univale
8/3/24	13.	83	46	15	18	28.7.24	
01/08/2024	13,3Kg	86cm	50cm	17cm	18	28/01/2025	
8-04-2025	15	92	49,5	75	17,7	28-07-2025	
05/08/25	12,3	97	51	16	18,4	28/07/25	59314168

14 RN

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

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién nacido						Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐						
	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	29	07	22	Serum	037 9MA 113	H.A.C.P	29	Sep	22	Carolina O.
	Hepatitis B	Recién nacido	29	07	22	Serum	032 9QA 13B					
						Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐						
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1.ª	29	09	22	Biological	214 1014	HFID				
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	29	09	22	Serum	28S0Y022B	HFID				C
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª	29	09	22	Serum	28S0Y022B	HFID				
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	1.ª	29	09	22	Serum	28S0Y022B	HFID				Paula
	Diarrea por rotavirus	1.ª	29	09	22	GSK	AR01C01B	HFID				
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	29	09	22	GSK	FR4B57	HFID				
						Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐						
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2.ª	13	12	22	Serum	211S004	HFID				
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	13	12	22	Serum	28S0Y0B8D	HFID				Edgar L.
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª	13	12	22	Serum	28S0Y0B8D	HFID				
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	2.ª	13	12	22	Serum	28S0Y038D	HFID				
	Diarrea por rotavirus	2.ª	13	12	22	Serum	28S0Y038D	HFID				
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	13	12	22	GSK	AR01C892AF	HFID				
						Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐						
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3.ª	2	3	23	Serum	2018004	HFID	cita			
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	2	3	23	Serum	28S0Y0B8D	HFID	13/2/2023			Karen A
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª	2	3	23	Serum	28S0Y038D	HFID				
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	3.ª	2	3	23	Serum	28S0Y038D	HFID				Karen A
	Influenza estacional	1.ª	17	08	23	AC	US0523001	HFID	cita			Jenifer
7 meses	Influenza estacional	2.ª	08	05	24	Butantan	2[illegible]0[illegible]0	HFID	28/7/23			Karen A
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	17	08	23	Serum	0032NO8B	HFID				Karen A
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	17	08	23	Pfizer	FRU095	HFID				Karen A
	Varicela	2.ª	17	08	23	Merck		HFID				Karen A
	Hepatitis A	Única	17	08	23	MSD		HFID				Jenifer
	Influenza estacional	Anual	12	08	24	Butantan	2400792/00	HFID				Eduard I.
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.º refuerzo	04	03	24	Biological	223300S	HFID				
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.º refuerzo	04	03	24	Serum	295210092	HFID				Karen A
	Fiebre amarilla	Única	17	08	23	Sanofi	22BVFC0392	HFID				
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª	04	03	24	Serum	0132NO48B	HFID	cita. 2 años cumplidos			Eduard I.
	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.

Busca y pide las vacunas ¡es gratis, hazlo de una!

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

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

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

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

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

	D	M	A	SI*	NO*
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 meningea, 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: Perez aguirre Mia

Fecha de nacimiento: 28-07-22.

Nº de certificado de nacido vivo: 2207737001162l

Registro civil: 1122 344 060

Sexo: Femenino.

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: 3895 Talla: 50.

Dirección:

Teléfono 1: 3134820576

Teléfono 2:

Responsable: Rosi Yurany Perez.

Municipio de residencia: San Miguel

Departamento: Putumayo.

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

15
RIV

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

NIT. 846.002.309-9

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

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL

La salud es de todos · Minsalud

CIUDAD San Miguel FECHA: DÍA 26 MES 03 AÑO 2025 HORA: 3:40 PM

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Mia Isabella APELLIDOS Perez Aguirre.

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [/] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1.122344.060

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 28 MES: 07 AÑO: 2022 / EDAD: 2 años Tel: 3134320576

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Emssanar

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

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

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

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

Padre no autoriza Vacunarla

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

EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD

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

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

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

Firma de la persona: x Yurani Perez

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

Nombres Rosa Yurany Apellidos Perez

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1.123.304.524

Firma: x Yurani Perez

En caso de requerirse firma a ruego:

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

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

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

de _____

Firma del Rogado

C.C. N°

C.C. N°

Huella dactilar o plantar del Rogante

Nombres y apellidos del vacunador: Kerly Jiménez Zárate

Firma Kerly J Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 1075682184

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFLD

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Putumayo MUNICIPIO: San Miguel

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

		PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	3 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	3 A	4 A	5 A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médica													
		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	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de fluor							05-03-2024 OSSP-1024		X 09-10-24 09-04-25				
		Profilaxis y remoción de placa bacteriana									X				
		Aplicación de sellantes (según criterio)											14-12-2025		
	V	Vacunación													

Nancy Cortes
HIGIENISTA ORAL
RS. 86-0192

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

JINA A. BELALCAZAR FLOREZ
Gerente

Servimos con amor

CARNET RIAS **PRIMERA INFANCIA**

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

Servimos con amor



Nombres y apellidos: Alia Isabella perez

Doc. de identidad: RC 1122344060 EPS: Emssanar

Teléfono: 3134820516 Domicilio:

Autorización – Uso de la imagen de menor de edad:

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad Robi Yorany Perez Aguirre, identificado (a) con documento de identidad número 1123304524, 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, Robi Yorany Perez Aguirre, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1123304524, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	✓	Audios	✓	Videos	✓	Otros datos personales	✓

La autorización comprende:

1. Captar, tomar, almacenar y editar imágenes personales o fotografías, realizar videos y audios del menor de edad y/o del adulto mencionado (s) anteriormente según corresponda.
2. Divulgar y publicar las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción de derechos de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, y en el respeto de sus derechos fundamentales.

Manifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la recolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informado de los derechos con que cuenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales presenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 91 80 80.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra persona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

Los productos autorizados son originados por Fondacion Alma de vida, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa Institucional

Suscriben:

Firma: Yorani Perez.
Nombre: Yorani Perez.
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: _____
Fecha: 01-04-2025
Municipio: San Miguel

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

(telefónico, mensajería y/o escrito).

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

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

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

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

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

PAOLA CHATES
Coordinadora pedagógica

EDDY PATRICIA LÓPEZ
Apoyo psicosocial

Yurani Perez Aguirre.
Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Leidy Calderon
Agente educativa

Huella del niño/niña



Isabella Perez

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

"Generamos Desarrollo con Energía"

Vigilado Superservicios

EMPRESA DE ENERGÍA DEL BAJO PUTUMAYO S.A. E.S.P.
Nit. 846.000.563-0 - NUIR: 2-86568000-7
Autorretenedores Res. 547 de 25/01/2002
Responsables de IVA

Código de Suscripción	SM 11803	Pago oportuno hasta:	21-ABR-2025	Mes Facturado
Factura Nro.	2037062847	Suspensión a partir de:	22-ABR-2025	MARZO 2025

1. Información General

Nombre:	JAVIER RIGOBERTO MARTINEZ GUERRERO									18-MAR-2025	Último pago $		
Dirección:	LOS CRISTALES								Tuvo servicio de energía entre:	02-FEB-2025 - 04-MAR-2025 (30)		25-MAR-20	
Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Área	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Tarifa	División Geopolítica		
SM2	S301	1310	1	RESIDENCIAL	RURAL	1	6	AEREA	EMPRESA	105	SAN MIGUEL - PUERTO COLON		

Tipo de Documento	Fecha y hora de Emisión	Fecha y hora de Generación	Medio de Pago	Forma de Pago		Factura Electrónica de Venta
FACTURA DE VENTA	28/03/2025	28/03/2025	PAGO EN EFECTIVO	CONTADO	EEBP	179860

2. Información Consumo Energía

Componentes del Costo (CU)*: Generación + Transmisión + Distribución + Comercialización + Pérdidas + Restricción

Generación	Transmisión	Distribución	Comercialización	Pérdidas	Restricción	CU
527.60	49.85	253.23	121.95	70.78	14.89	1,038 ($/KWH)

2A. Información Medidor

Marca	Serial	Factor Múltiplo
HK	17352983	

2B. Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	11388	11112
Reactiva:		

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

2C. Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	276	
Consumo Reactiva KVarh:	0	
Costo del consumo $	286515.6	
Tarifa (hasta 173 Kwh):	$ 415.24	
Subsidio: % 60	$	-107754.78
Contribución: %	$ 0	
Sub Total $	178760.82	

Meses en deuda: 1 % Tasa Interés Moratorio: .5

2D. Consumo Ultimos 6 Meses

Mes	Consumo
2025/Feb	154
2025/Ene	213
2024/Dic	214
2024/Nov	210
2024/Oct	190
2024/Sep	196
Promedio:	196

2E. Información Calidad del Servicio

Transformador SPC121 Grupo 32
DIUG 95.56 FIUG 36 Circuito C14
Cargo D 249.01 Descto %t 20
CEC 155.02
DIU 105.66 FIU 99.00
HC 0.00 VC 4.00
Valor a compensar 7,720.22

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	286,515.60	0	0.00		286,516
SUBSIDIO	-107,754.78	0	0.00		-107,755
AJUSTE A SUBSIDIO	3,674.31	0	0.00		3,674
COMPENSACION RES CREG 015/2018	7,720.22	0	0.00		7,720
AJUSTE A LA DECENA	-4.93	0	0.00		5

5. Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP 174,710

6. Información Facturación Convenio Impuesto Alumbrado Público

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	14,330	0	14,330

7. Información Facturación Convenio Aseo y Alcantarillado

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	0		0
Aseo*	Alcaldia San Mi	Cra 4 Cll 7 Esq B/La Liberta		6,000	0	0	0	0		6,000

*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 en Total
174,710		14,330		6,000		0		195,040

CUFE:

e4960d82a89bc4adc3767729ca846539cb65a993648d4d9f496ed5491b1d
e3eb933638e4d6f06f7b2c7c9dbcce2f8993



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

www.eebpsa.com.co @eebpsaesp /eebpsa

Fac. Electronica: EEBP 179860

Resolución de facturación electrónica DIAN No 18764083711901
de fecha: 29/11/2024 desde No. 1 hasta No. 1000000
vigencia: 29/11/2024

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 Mia Isabella Perez Aguirre

Fecha de nacimiento 28 07 2022 **N° Documento de Identidad** 1122344060

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 Isabella Perez 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, no verbal e independencia.

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 01 10 2025

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

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

Observaciones generales Isabella perez se encuentra en un perfil esperado teniendo en cuenta que ha cumplido con los items de las dimensiones que se encuentran dentro de su rango de edad, ella se expresa con seguridad, disfruta compartir con sus pares y realiza las actividades con entusiasmo y autonomia.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

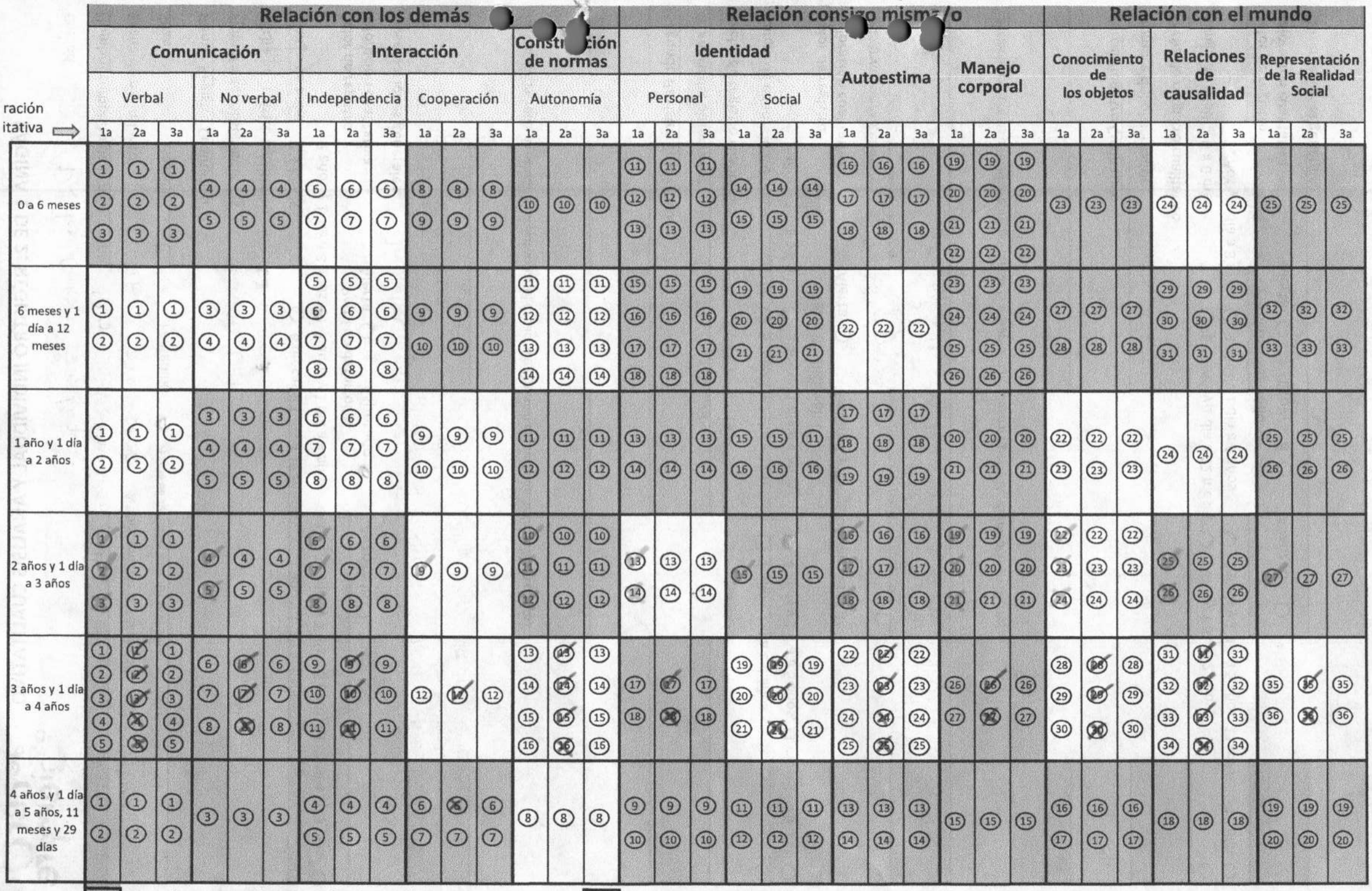
Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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)***



PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL

21
R/V

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Isabella Perez Agarre **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)
24-11-2025	En horas de la mañana al realizar el llamado a lista se verifico la inasistencia de la niña	Agente educativa se comunica via telefonica con la madre y ella refiere lo siguiente "profe lo que pasa es que yo tengo una cita en el hospital y como era antes de las 8:00am tuve que traerme a la niña conmigo entonces por ese motivo no la lleve hoy." agente educativa le recuerda a la madre la importancia de la asistencia continua de la niña al cdi y se le sugiere en caso de futuras citas prever con antelacion un apoyo familiar para garantizar la continuidad en el proceso educativo.	Leidy calderon	Yorani P.

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
25-11-2025	La niña ingresa a la unidad para recibir la atención Se cierra la novedad.

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

22
R/V

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Isabella Perez **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)
08-10-2025	La niña tiene cita de higiene Oral el 10 de Octubre	Agente educativa le recuerda a la madre la cita de higiene y ella manifiesta que le sacara la cita y hara llegar la fotocopia del documento.	Leidy Calderon	Yoroni P.

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
10-10-2025 15-10-2025	La madre manifiesta que le dieron la cita para el dia martes 14-10-2025 y que por lo tanto el dia miercoles hara llegar la fotocopia del documento. la madre hace llegar la fotocopia del carnet_ Se cierra la novedad.

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Isabella Perez **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)
14-10-2025	En horas de la mañana la madre manifiesta que la niña no asistira porque tiene cita de higiene oral, hoy en la mañana por lo tanto la niña asistira mañana.	Agente educativa agradece la informacion le recuerda a la madre no faltar a la cita y hacer llegar la fotocopia del carnet.	Leidy calderon	Yoranp P.

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
15-10-2025	La niña asiste a la unidad y la madre hace entrega del carnet. Se cierra la novedad.

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

24
R/N

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Isabella Perez **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)
25-07-2025	La niña tiene control y desarrollo para el 28 de Julio.	Agente educativa se comunica via telefonica con la madre y ella manifiesta que "no se encuentra en el pueblo que por motivos personales tuvo que viajar y dejo a la niña con la abuela, sin embargo dice que el jueves ya llega y se pone al dia en sacarle la cita a la niña y entregar la documentacion" Agente educativa le recuerda la importancia de que la niña este al dia en salud y ponerse al dia lo mas pronto posible.	Leidy Calderon	Yolanda Aguirre

Fundación Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Mia Isabella Perez **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulos **AGENTE EDUCATIVO:** Leidy C.

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

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	SEGUIMIENTO	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
30-05-2025	En horas de la mañana al realizar el llamado a lista se verifico la inasistencia de la niña Isabella	Agente educativo se comunica via telefonica y ella manifiesta lo siguiente "profe hoy no mande a Isabella por que se la llevo la abuela para la Dorada entonces para que me de el permisito hoy profe" se le recomienda hacer llegar el permiso para justificar la inasistencia.	El 03-06-2025 el niño ingresa a la unidad a recibir la atencion. Se cierra la novedad	Leidy Calderon	Yorani P.

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Isabella Perez **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulos **AGENTE EDUCATIVO:** Leidy C.

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

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	SEGUIMIENTO	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
05-05-2025	En horas de la mañana al realizar el llamado a lista se verifico la ausencia de Isabella Perez	Agente educativa se comunica con la madre y ella refiere lo siguiente "buenos dias profe, lo que pasa es que en la madrugada la niña presento fiebre, le di acetaminofen y le mermo un poco, sin embargo debido a eso, decide hoy cuidarla en la casa"	El 06-05-2025 la niña ingresa aparentemente bien de salud. Se cierra la novedad	Leidy calderon	Yorani P.