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: D D M M A A A A

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: COI

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: 1126144045

Fecha nacimiento: 22 05 2021

Nombres: Dayni Sarai

Apellidos: Moreno Cuellar

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 (●) Indigena ( ) No se autorreconoce ( ) Comunidad negra ( ) Rom / Gitano ( ) Palenquero (a) ( ) Raizal

Indique cuales aplican: ( ) Migrante ( ) Campesinado ( ) Firmante de paz ( ) Victima conflicto armado

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

Departamento residencia: Putumayo

Municipio de residencia: San Miguel

Zona:

Barrio:

Vereda: cabildo Juan Cristobal

Sector:

Dirección: via al Aente internacional

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: 1006789309

Nombres: Ingrid tatiana

Apellidos: Cuellar Sanchez

Pais de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 1 11 2001

Correo electrónico:

Número de celular:

Número de fijo:

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

Autoriza el registro en sistema?: (●) Si ( ) No
https://prematricula.icbf.gov.co

Nombre y Firma del padre, madre y/o cuidador: Ingrid C.

Nombre y Firma del profesional que diligencia: ANDREA LOPEZ

Observaciones:

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:
Dayni Sarai Moreno Cuellar

N° DOCUMENTO: 1126144045 **TIPO DOCUMENTO: RC** X **CC** __ **OTRO** ___
FECHA DE NACIMIENTO: 22-05-2021 **EDAD:** 3 años
LUGAR DE NACIMIENTO: Nueva Loja - Sucumbios

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

SISBEN: N/A **EPS:** Mallamas **RÉGIMEN (C)**__ **(S)** X
DESPLAZADO: SI___ **NO** X **DISCAPACIDAD: SI**___ **NO** X **¿CUAL?** N/A
GRUPO ETNICO: SI X **NO**___ **¿CUAL?** Kichwa
GRUPO AFROCOLOMBIANO: SI___ **NO** X **¿CUAL?** N/A
NOMBRE DE LA MADRE: Ingrid Cuellar Sanchez
N° CÉDULA: 1006789309 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Miguel
NOMBRE DEL PADRE: Henry Moreno Gonzalez
N° CÉDULA: 1087200359 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Tumaco
N° DE CELULAR: _____
NOMBRE DEL ACUDIENTE: Ingrid Cuellar Sanchez
N° CÉDULA: 1006789309 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Miguel
DIRECCIÓN VIVIENDA: cl Juan Cristobal **ZONA POBLACIONAL: (R)** X **(U)**___
NUMERO DE CELULAR 3237922545

Ingrid Cuellar
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

ANDREA LOPEZ
NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO

3

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP	1126144045

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial: 57312071

* 57312071 *

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

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

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

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MORENO	CUELLAR

Nombre(s): DAYNI SARAI

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2021 Mes MAY Día 22	FEMENINO	O	+

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

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
REGISTRO DE NACIMIENTO EXTRANJERO	2150696330

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

Apellidos y nombres completos: MORENO GONZALEZ HENRY

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1087200359	COLOMBIANA

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

Apellidos y nombres completos: CUELLAR SANCHEZ INGRID TATIANA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1006789309	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: CUELLAR SANCHEZ INGRID TATIANA

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1006789309	Ingrid Cuellar

Datos Primer testigo

Apellidos y nombres completos: XXXXXXXXXXXXXXX

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

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos: XXXXXXXXXXXXXXX

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

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2021 Mes SEP Día 14	MAURA MERCEDES CAMACHO TORRES Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

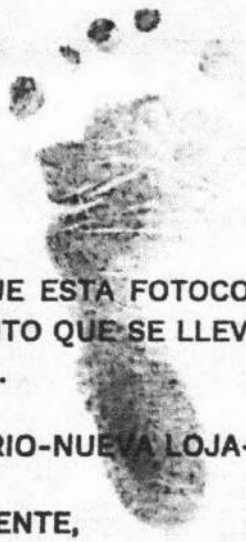
ESPACIO PARA NOTAS

2 años 9

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

OBSERVACIONES: Las huellas plantares, se tomarán únicamente a los inscritos menores de un año, las huellas digitales, deben tomarse a todos los inscritos, exceptuando los menores de un mes que presentan dificultades técnicas para dicha toma (Decreto 1873 de 1971, artículo 2o.)

HUELLAS PLANTARES	
PIE IZQUIERDO	PIE DERECHO
	

HUELLAS DIGITALES	
INDICE IZQUIERDO	INDICE DERECHO

NOTA: QUE ESTA FOTOCOPIA ES TOMADA DE LOS LIBROS DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO QUE SE LLEVAN EN ESTE CONSULADO DE COLOMBIA EN NUEVA LOJA, ECUADOR.

LAGO AGRIO-NUEVA LOJA-ECUADOR 14-SEPTIEMBRE-2021.

ATENTAMENTE,

MAURA MERCEDES CAMACHO TORRES
CÓNSUL DE COLOMBIA
EN NUEVA LOJA, ECUADOR.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
CANCILLERÍA
CONSULADO
NUEVA LOJA - ECUADOR

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 Dayra Soral Moreno Cuellar, identificado (a) con documento de identidad número 1126144045, 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	x	Audios	x	Videos	x	Otros datos personales	x

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Ingrid Cuellar Sanchez, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1006789309, 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	x	Audios	x	Videos	x	Otros datos personales	x

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: Ingrid Cuellar.
Nombre: Ingrid Cuellar Sanchez
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3237922345
Fecha: 1-04-2025
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.

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	1126144045
NOMBRES	DAYNI SARAI
APELLIDOS	MORENO CUELLAR
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 -CM	CONTRIBUTIVO	01/09/2021	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	12/05/2025 11:14:17	**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

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL
RESGUARDO INDIGENA YARINAL -SAN MARCELINO
RESOLUCION 008 DEL 13 DE MAYO 1998
NIT °900867609-0

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 Dayni Sarai Moreno Coellor con Rc No. 1126144045 expedida en _____, es indígena del pueblo kichwa, practica sus usos y costumbres, se encuentra inscrito en el censo poblacional del cabildo Juan Cristóbal de la jurisdicción del municipio de San Miguel, Putumayo.

La presente se expide a solicitud del interesado.

Se firma en el cabildo Juan Cristóbal a los 10 días del mes de Abril de 2025

JUAN TORIBIO CHIVANGO
CC: 18182496
GOBERNADOR

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

Interior

8

EL(LA) SUSCRITO(A) DIRECTOR(A) DE LA DIRECCION DE ASUNTOS INDIGENAS, ROM Y MINORIAS DEL MINISTERIO DEL INTERIOR

HACE CONSTAR

Que consultado el sistema de información indígena de Colombia (SIIC), se registra el Resguardo Indígena YARINAL SAN MARCELINO en las bases de datos de esta Dirección.

Que consultado el auto-censo sistematizado y aportado por la Comunidad Indígena SAN MARCELINO, la cual hace parte del Resguardo Indígena YARINAL SAN MARCELINO, se registra el Señor (a): DAYNI SARAI MORENO CUELLAR, identificado (a) con RC y número de documento: 1126144045, en el(los) censo(s) del(los) año(s) 2023, 2024.

Se expide en Bogotá D.C., al(os) 16 día(s) del mes 10 del año 2025.

La presente información se emite conforme a los registros que al día de hoy reposan en el Sistema de Información Indígena de Colombia

Roquelina Sabis Blanco Moscarella
Director de Asuntos índigenas, Rom y Minorías

Url Verificación

Este Certificado Consta De 01 Hoja(s), y su generación es totalmente gratuito.



E.P.S. INDIGENA MALLAMAS

REPUBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD RÉGIMEN SUBSIDIADO
CÓDIGO EPSI05 - NIT. 837000084-5

"La Oportunidad Sana para una Comunidad con Futuro"

MORENO CUELLAR DAYNI SARAI
Nombres y Apellidos Completos **EXCENTO DE PAGO**
Doc. Identificación: RC 1126144045 Género: F
Fecha Nacimiento: 22/05/2021 Nivel Sisbeh: 1
Fecha Afiliación: 01/09/2021 Discapacidad: NA - N
Vigencia: INDEFINIDO | Carnet N°: **867570000489833**
Dirección: RESG. JUAN CRISTOBAL
Ips Primaria: ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA



ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD INDIGENA "MALLAMAS EPS-I"
Personería Jurídica No. 0017 de 2001 del Ministerio del Interior - DGAI

POR SER INDIGENA EL PORTADOR DE ESTE CARNÉ
NO DEBERÁ PAGAR COPAGOS NI CUOTAS MODERADORAS

Es indispensable la presentación de éste carné para acceder a los servicios contemplados en el POS-S
Válido únicamente en la Red Prestadora de Servicios autorizada por MALLAMAS EPS-I

GERENTE MALLAMAS EPS -I

VIGILADO Supersalud

LINEA SALUDABLE 018000-913701/7733376 IPIALES
www.mallamaseps.com.co E-mail:contacterios@mallamaseps.com.co
ESTE CARNET ES DE USO PERSONAL E INTRANSFERIBLE

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...Sanos



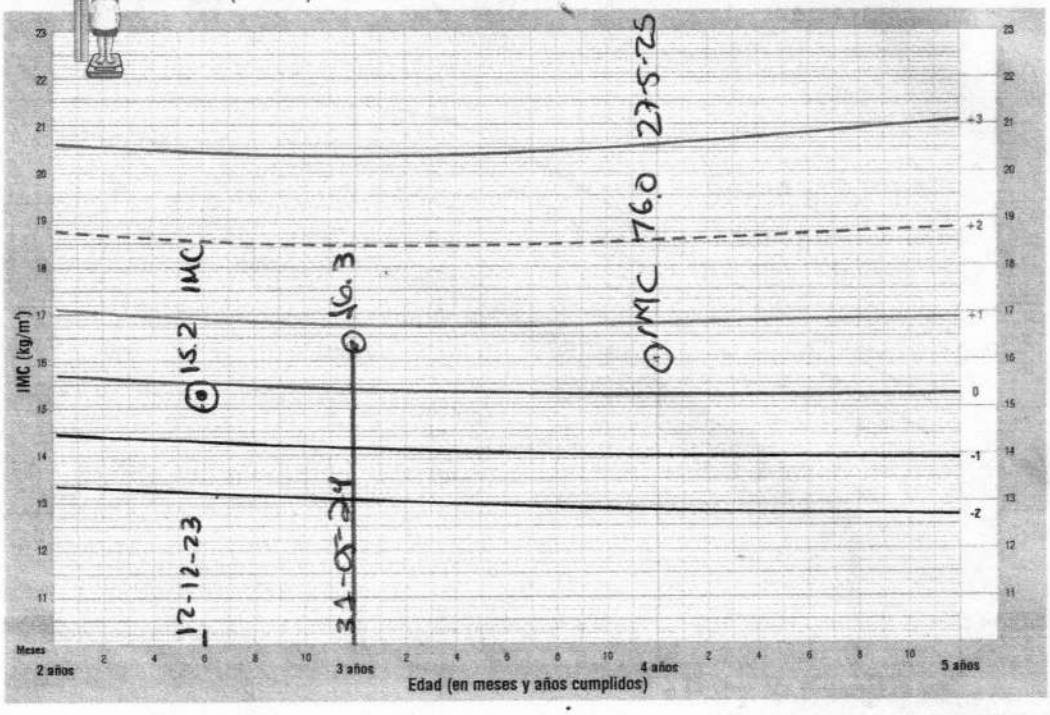
E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

Nombres: DAYNE SA...	Apellidos: MORENO CUELLAR
Fecha de nacimiento: 22 (DÍA) | 05 (MES) | 2021 (AÑO)	Historia Clínica: 1126140405
Barrio/Vereda: B/ CENTRAL	Responsable del niño:
Teléfono:	EPS: 115

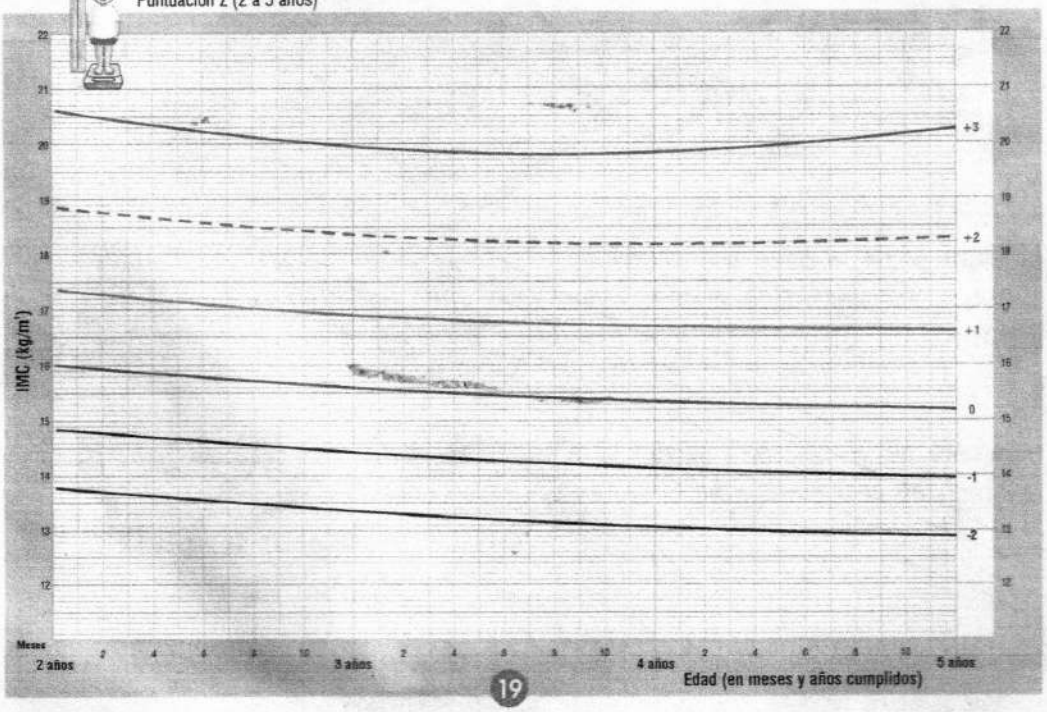
IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



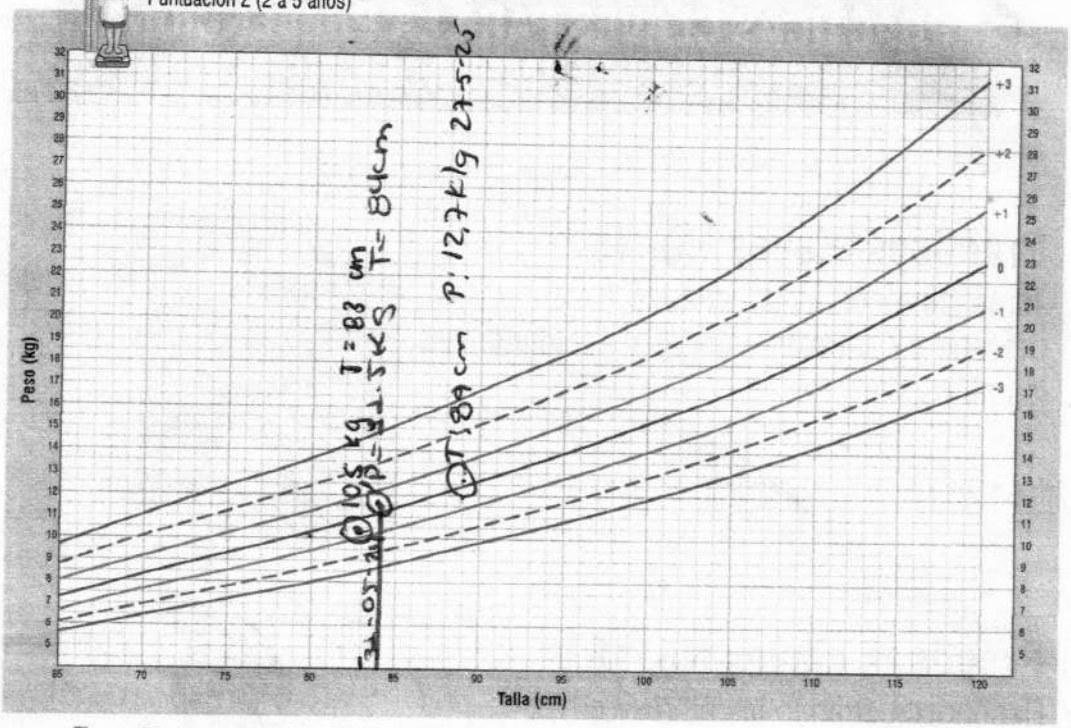
IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



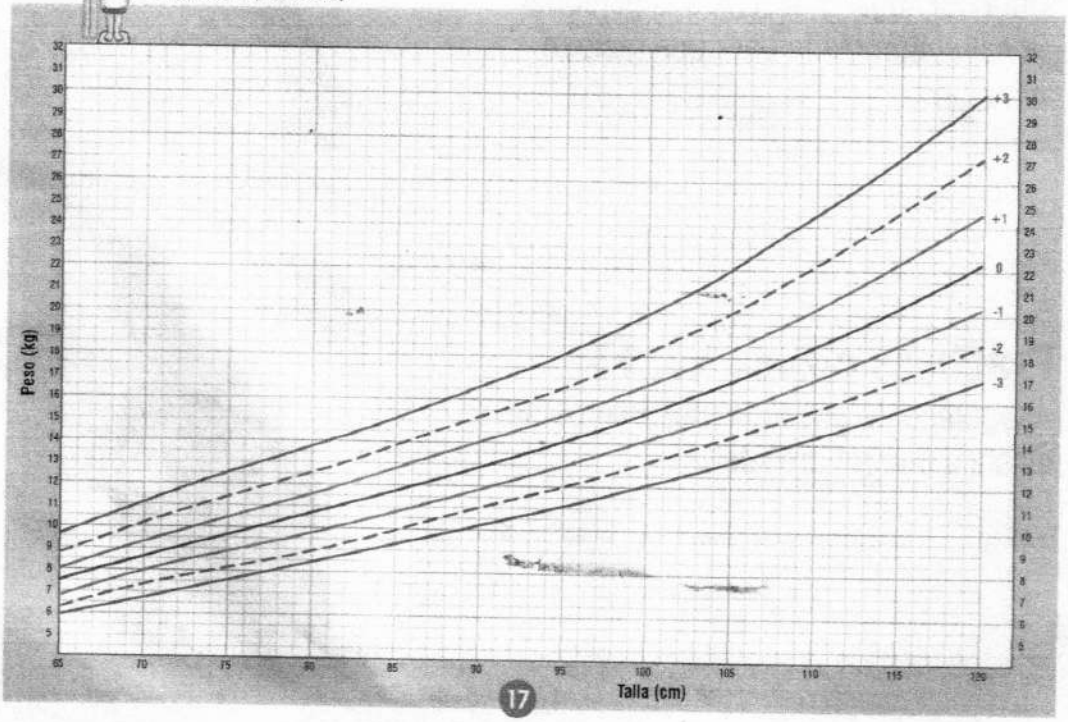
Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



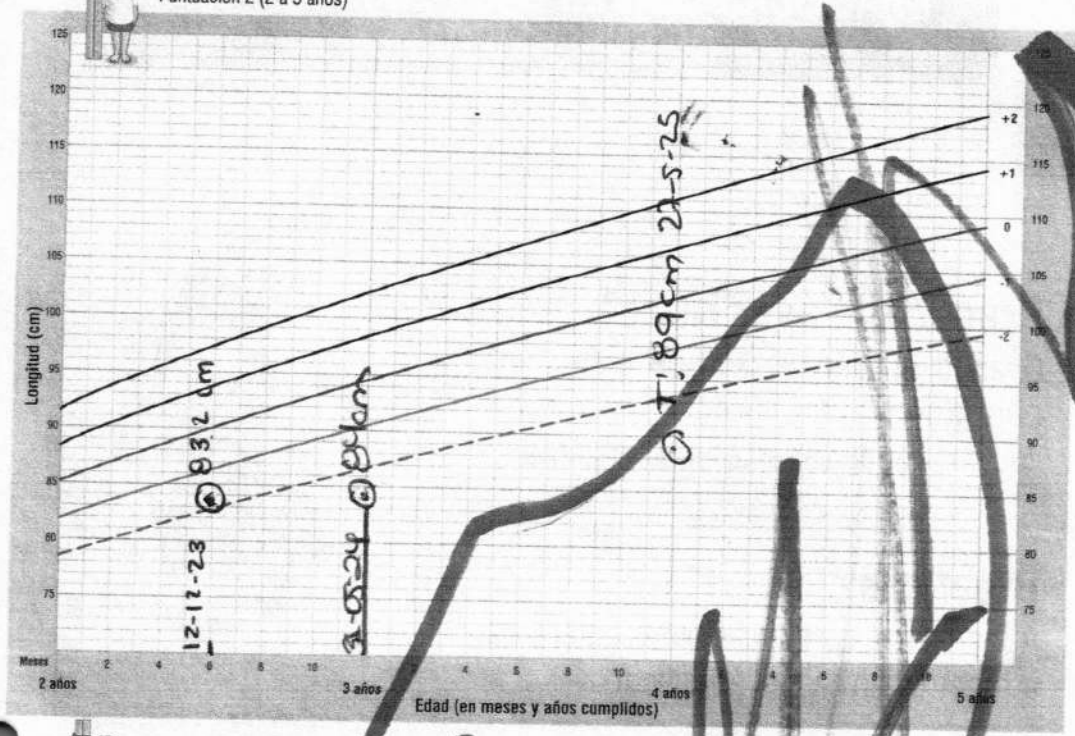
Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



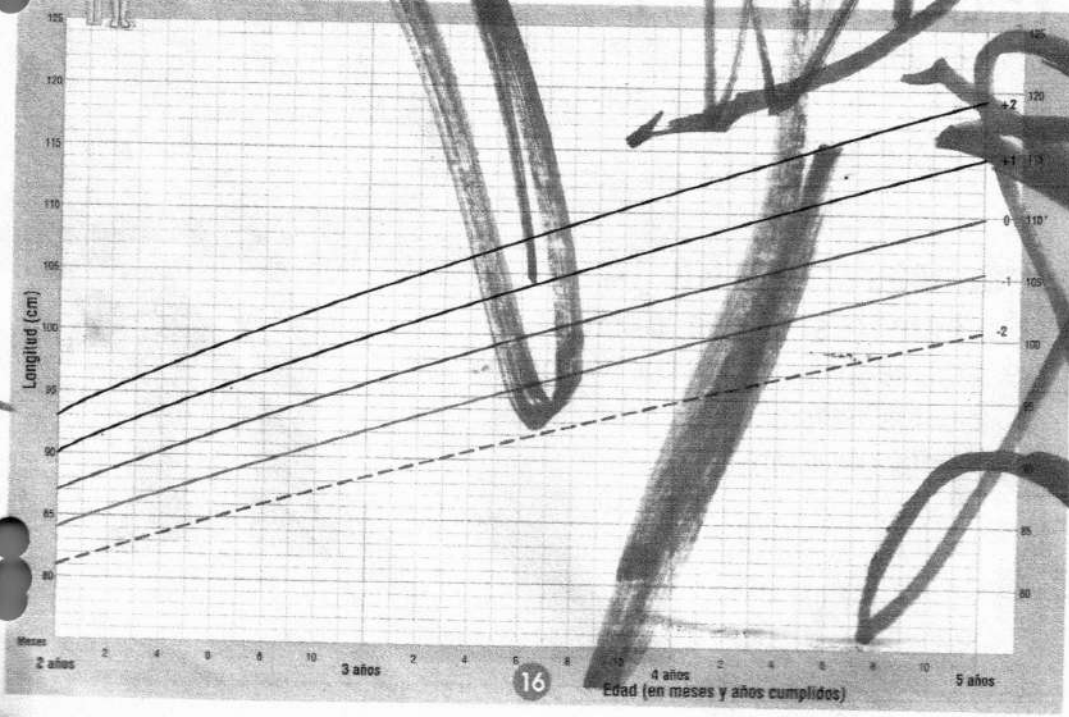
Talla para la edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



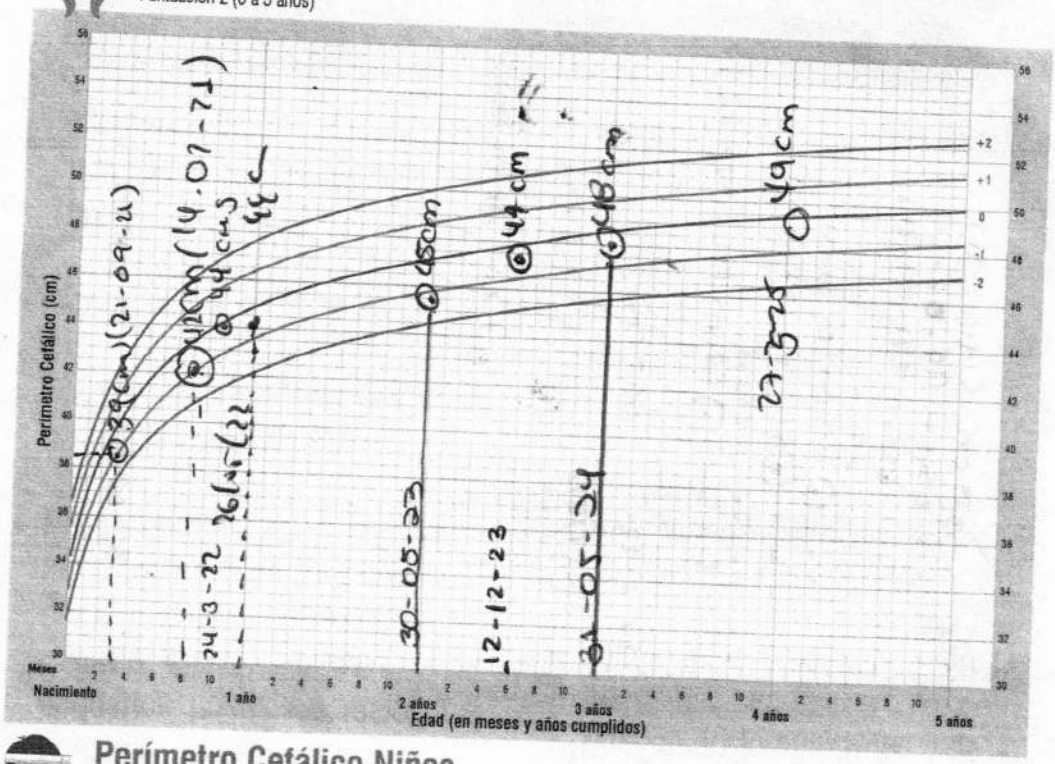
Talla para la edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



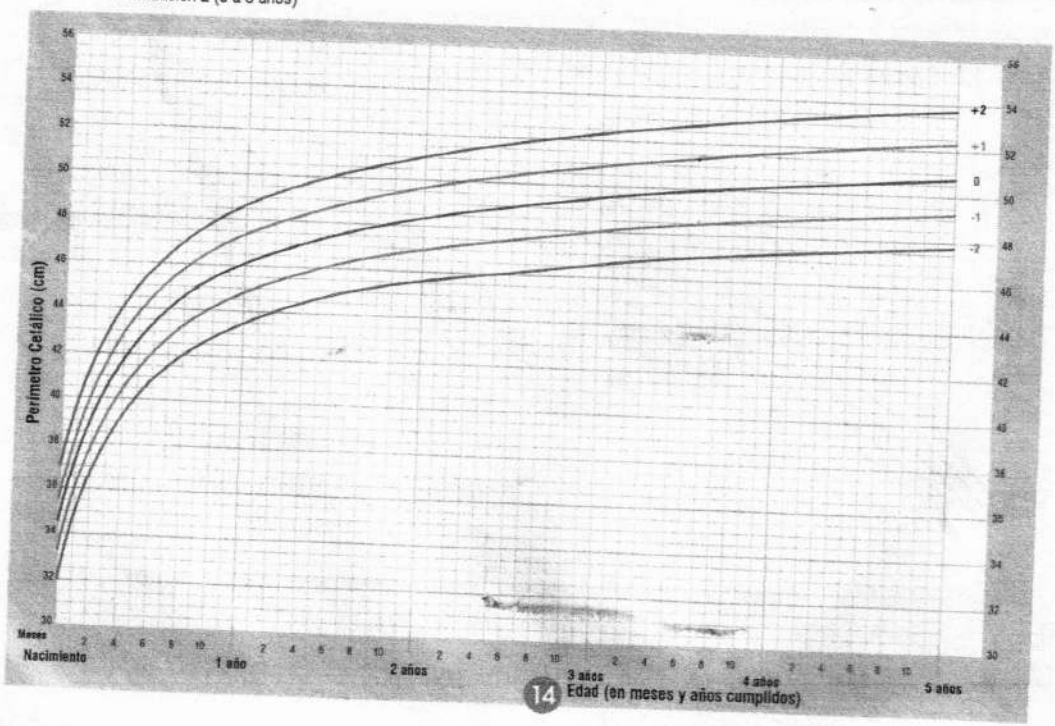
Perímetro Cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)



Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)



CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
14	03	2022	enfermería		
24	04	2022	ctrol Peso x ENF		
28	06	2022	Control talla y peso.		
26	01	2023	Control talla y peso		
30	05	2024			
12	12	2023	Enf	Si	
23	05	2024	Méd.	Si ✓	
22	Mayo	2025	Enf		
27	Mayo	2025	Enfe	Si ✓ Alicia C.	
22	Mayo	2026	Medico		

Esquema de vacunación niñas menores de un año

Tipo Vacunas	Dosis	Edad óptima de vacunación	Fecha de aplicación día	mes	año	Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de Salud
*BCG (Meningitis)	1 dosis	dentro de las 24 horas	19	07	21	1m	037960 89	Lucy JL	CSGF.
Hepatitis B (HB cero)	1 dosis	dentro de las 24 horas	23	05	21	1dia	032000 ENVIA		
**Rotavirus (Diarrea)	1ra. dosis	2 meses	07	09	21	3m. 6d.	A REVISAR	Lucy JL	C.S GF.
	2ra. dosis	4 meses	6	11	21	5m.		W. OP.	C S GF
Pentavalente (Difteria, Tosferina, Tétanos, Hepatitis B, Meningitis, Neumonia)	1ra. dosis	2 meses	07	09	21	2m 16d.	220450	Lucy JL	C.S GF
	2da. dosis	4 meses	6	11	21	5m	ESAVOI 023	W. OP	C S GF
	3ra. dosis	6 meses	14	02	22	8m	210500	HFLD	Saoly M.
***fIPV (Poliomielitis)	1ra. dosis	2 meses*	6	11	21	5m	222202A	2do D.P	C.S.G.F
	2da. dosis	4 meses	14	02	22	8m	05700	HFLD	Saoly M.
**bOPV (Poliomielitis)	3ra. dosis	6 meses	—	—					
Neumococo conjugada (Neumonía, Meningitis, Otitis)	1ra. dosis	2 meses	07	09	21	2m 16d.	4X01SP A1083A	Lucy JL	C.S GF
	2da. dosis	4 meses	6	11	21	5m.	20VPN 0038	W. OP	C S GF.
	3ra. dosis	6 meses	8	11	21	3m	25 2035m	LW D	C S C F

* BCG dosis única: se administraría hasta los 11 meses 29 días.
** Rotavirus. La segunda dosis podrá administrarse hasta los 7 meses de edad (7 meses 29 días).
*** El intervalo entre fIPV (1) y fIPV (2) debe ser de 8 semanas.
**** DT solo ante casos de reacción anafiláctica al componente pertusis de la vacuna pentavalente que incluye componente DPT.
***** El uso de vacuna HB pediátrica en niñas que tuvieron reacción anafiláctica a la vacuna pentavalente. Se administrará HB pediátrica más DT pediátrica.

Esquema de vacunación niñas de 12 a 23 meses

Tipo Vacunas	Dosis	Edad óptima de vacunación	Fecha de aplicación día	mes	ao	Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de Salud
SRP (Sarampión, Rubeola, Parotiditis)	1a. dosis	12 meses	2	06	2022	1A	0130N121B	HFLD	Paula C
	2a. dosis	18 meses	22	03	23		0131N108A	HFLD	Edwar I.
Fiebre amarilla	1a. dosis	12 meses	02	06	22	1D	I211V	HFLD	Paula C
Varicela	1a. dosis	15 meses	02	06	22	1D	U0673	HFLD	Paula C
DPT (Difteria, Tosferina, Tétanos)	1er. refuerzo (4a. dosis componente DPT)	18 meses	22	03	23	1.6M	2851X02B	HFLD	Edwar I.
bOPV (Poliomielitis)	1er. refuerzo (4a. dosis)	18 meses	22	03	23	1.6	2206012A	HFLD	Edwar I.

Cita cuando cumpla 5 años

Esquema de vacunación niñas de 5 a 15 años

Tipo vacunas	Dosis	Edad óptima de vacunación	Fecha de aplicación día	mes	año	Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de salud
bOPV	5ta. dosis	5 años							
*DPT	*5ta. dosis	5 años							
HPV	1ra. dosis	9 años (niñas)							
	2da. dosis (6 meses después de la 1ra. dosis)								
dT adulto	3er. refuerzo	15 años							

* DPT 5ta dosis o 2do refuerzo, se aplica y se registra siempre y cuando se verifique en el carnet que se ha recibido las 3 dosis de pentavalente y la 4a dosis con DPT, caso contrario proceder con la aplicación de, 1a dosis al primer contacto; 2a. dosis al mes de la primera dosis; 3a. dosis a los 6 meses después de las segundas dosis; 4a. dosis al año de la 3a dosis; 5a dosis al año de la cuarta dosis en otras vacunas.

Otras vacunas (de 0 a 15 años)

Tipo vacunas	Dosis	Edad óptima de vacunación	Fecha de aplicación día	mes	año	Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de salud
H.A.	1A		2	6	2022	1	036268	HFLD	Paula C
Neumococo	1A		2	6	2022	1	ASPNB338K	HFLD	Paula C.
Influenza	1Dosis		2	6	2022	1	VS0222008	HFLD	Paula C.
Influenza	2Dosis		21	07	2022	7	VS0222008	HFLD	Paula C
SR	1A		21	07	2022	7	01W124	HFLD	Paula C

16 DN

LIBRETA INTEGRAL DE SALUD

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Misión Ternura

Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición Ecuador

/SaludEcuador @Salud_Ec

www.salud.gob.ec

unicef | para cada niño

Toda una Vida

EL GOBIERNO DE TODOS

543 6236 6058

LIBRETA INTEGRAL DE SALUD

HCU: SNOCUS 21202105222

C.C.: 2150696330

Nombres: Dayni Sarai

Apellidos: Rivera Cuellar

Fecha de nacimiento: 22 05 2021

Teléfono domicilio:

Teléfono celular: 3182645690

Dirección domicilio: Cebaf

Nombre de la madre/padre: Ingrid Celia Henry

Zona: #1

Distrito: 21D02

Cantón: Lago Agrio

Provincia: Sucumbios

Establecimiento de salud: Hospital Marco Vinicio Izq

Unicódigo: 19919

Seguro de salud:

Seguro de la Policía: ☐ Otro: ☐

Seguro de las Fuerzas Armadas: ☐

IESS: ☐

Seguro Social Campesino: ☐ Ninguno: ☑

ES UN DERECHO RECIBIRLA Y SU DEBER CUIDARLA

- Salud infantil, crecimiento y desarrollo niñas menores de cinco años
- Esquema de vacunas

ENI 3059

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Toda una Vida

EL GOBIERNO DE TODOS

17
E IV

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

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

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL

La salud es de todos | Minsalud

CIUDAD San Miguel. FECHA: DÍA 28 MES 01 AÑO 2025 HORA: 4:10 PM

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Dayni Sarai APELLIDOS Morero Cuellar

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

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 24 MES: 05 AÑO: 2021 / EDAD: 3 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Mallamas Tel: 3202546064

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) Miedo a la reacción

¿CÓMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides).
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar Ninguna Esquema que tiene esta vacuna: Dos dosis [ ] ó dosis única [ ]
BENEFICIOS	Prevención de la enfermedad COVID-19, causada por el virus SARS-CoV-2. Reducción de la severidad de la enfermedad en caso de presentarse. Potencial protección del entorno familiar y los allegados.
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: Ingrid Cuellar

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

Nombres Ingrid. Apellidos Cuellar

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1006789309.

Firma: Ingrid Cuellar

En caso de requerirse firma a ruego:

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

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

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

de _____

	Firma del Rogado	
Huella dactilar o plantar del Rogante	C.C. N°	C.C. N°

Nombres y apellidos del vacunador: Sandy Martinez Tec. Aux. en Enfermería CC. No. 1122336822

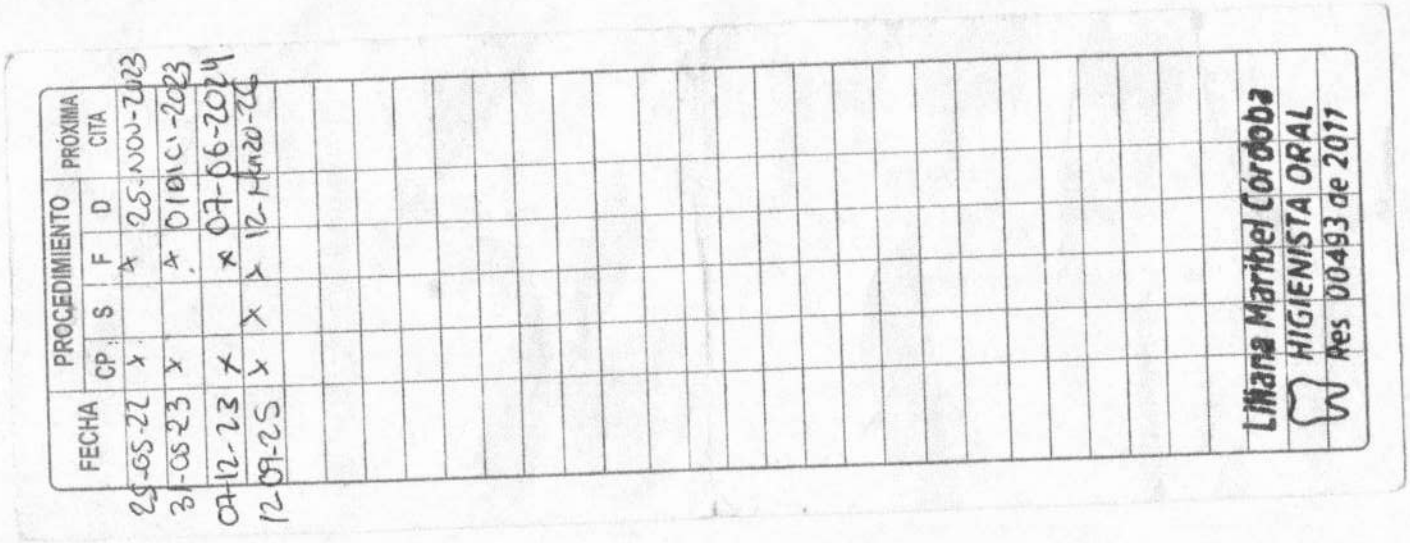
Firma Sandy Martinez Tec. Aux. en Enfermería CC. No. 1122336822 Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número Sandy Martinez Tec. Aux. en Enfermería CC. No. 1122336822

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HTID

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Putumayo MUNICIPIO: Sibundoy

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.



FECHA	PROCEDIMIENTO CP	S	F	D	PRÓXIMA CITA
25-05-22	x		x	25-NOV-2023	
31-05-23	x		x	01DIC-2023	
07-12-23	x		x	07-06-2024	
12-09-25	x	x	x	12-Marzo-26	

Liliana Maribel Córdoba
HIGIENISTA ORAL
Res 00493 de 2017

RECOMENDACIONES

- Cepillate los dientes despues de cada comida
- mantenga una dieta balanceada baja en azucares y carbohidratos
- Cambia tu cepillo de dientes cada 2 meses si tiene gripa o tos, cambialo inmediatamente

Tu sonrisa refleja lo que tu eres

I.A.M.I. INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y DE LA INFANCIA

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

MI CARNET DE HIGIENE ORAL

E.P.S. Mallamas
Nombres: Dayni Sarai
Apellidos: Marcno Cuellar

Sexo: M [x] Fecha de Nacimiento: 22 05 2021
Identificación: RC 1126144045
Dirección: N.H.C.

Servimos con amor


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NUMERO 1.006.789.309
CUELLAR SANCHEZ
APELLIDOS
INGRID TATIANA
NOMBRES
Ingrid Cuellar
FIRMA
REPÚBLICA DE COLOMBIA


FECHA DE NACIMIENTO 01-NOV-2001
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.48
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
14-NOV-2019 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
INDICE DERECHO
P-6401800-01118910-F-1006789309-20191211
0069282010A 2
51880112

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.087.200.359**

MORENO GONZALEZ

APELLIDOS

HENRY

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-MAY-1994**
TUMACO
(NARIÑO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **M** SEXO

11-JUL-2012 TUMACO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-2313900-00399642-M-1087200359-20120914 **00311**39526A 1 38733053

EMPRESA DE ENERGÍA DEL BAJO PUTUMAYO S.A. E.S.P.
Nit. 846.000.553-0 - NUIR: 2-86568000-7
Autorretenedores Res. 547 de 25/01/2002
Responsables de IVA

"Generamos Desarrollo con Energía"

Vigilado Superservicios

Código de Suscripción	SM 46622-0	Pago oportuno hasta:	INMEDIATA	Mes Facturado
Factura Nro.	2036507902	Suspensión a partir de:	INMEDIATA	ENERO 2024

1.Información General

Nombre:	LILIANA ALEJANDRA CHAPAL GREFA	Último pago	12-DEC-23 $ 86,170	Fecha de Emisión
Dirección:	VDA JUAN CRISTOBAL AMARON	Tuve servicio de energía entre:	16-DIC-2023 - 15-ENE-2024 (30)	26/01/24

Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Área	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Tarifa	División Geopolítica
SM3	S304	46	1	RESIDENCIAL	RURAL	1	.35	AEREA	EMPRESA	105	SAN MIGUEL - PUERTO EL SOL

2.Información Consumo Energia

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

372.57 + 51.3 + 259.32 + 113.19 + 54.38 + 16.05 = CU 866.8 ($/Kwh) 0

2A.Información Medidor

Marca	Serial	Factor Múltiplo
APP	4604806667	1

2B.Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	1693	1564
Reactiva:		

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

2C.Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	129		
Consumo Reactiva KVarh:	0		
Costo del consumo $	111817.2		
Tarifa (hasta 173 Kwh):	346.72		
Subsidio: %	60	$	-67090.32
Contribución: %	0	$	0
Sub Total $	44726.88		

Meses en deuda: 2 % Tasa Interés Moratorio: 0.5

2D.Consumo Últimos 6 Meses

	Mes	Activa	Reactiva
2023	JULIO	54	0
2023	AGOSTO	127	0
2023	SEPTIEMBRE	97	0
2023	OCTUBRE	144	0
2023	NOVIEMBRE	135	0
2023	DICIEMBRE	132	0
	PROMEDIO	115	0

2E.Información Calidad del Servicio

Tel. O.R EEBP: 01 8000 942415
Transformador: SPS141 Grupo: 32
DIUG: 119.45 FIUG: 45
Cargo D: 265.017 Dscto %t: 18
CEC: 0
DIU: 231.18 FIU: 110
HC: 0 VC: 0
Valor a Compensar:

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 MONOFASICA	111,817.20	40,105.11	.00	151,922.31
SUBSIDIO	-67,090.32	.00	.00	-67,090.32
RECARGO POR MORA	200.55	.00	.00	200.55
AJUSTE A LA DECENA	-4.63	4.89	.00	.26

AVISO DE SUSPENSIÓN

5.Información Facturación Consumo de Energia + Conceptos EEBP

85,033

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	32	MUNICIPIO SAN MIGUEL	ACUERDO 008 31/08/2023	Cra 4 Cll 7 Esquina	7,827	0	7,827

7.Información Facturación Convenio Aseo y Alcantarillado

Concepto	Empresa	Dirección PQR	Valor Tarifa	Subsidio o Factor Solidario	Saldo Anterior	Valor Total
Alcantarillado			0	0	0	0
Aseo*			0	0	0	0

*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
85,033		7,827		0		0		$ 92,860

Esta Factura previa mento ejecutivo de acuerdo a las normas de Título VIII y Comercial Ley 142 Art. 130

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

(415)7709998005532(8020)1000203650790277(3900)0000092860(96)20240222

(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

Ingrid Cuellor Sanchez
Firma del Padre de Familia y/o acudiente

ANDREA LOPEZ
Agente educativa

Huella del niño/niña



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

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre 23 RIV

Ciudad

Nombre completo de la niña o niño Dayni Sarai Moreno Cuellar

Fecha de nacimiento Día 22 Mes 05 Año 2021 **N° Documento de Identidad** 1126144045

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador ANDREA LOPEZ

Fecha de registro cualitativo 26 06 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

la niña se encuentra en perfil esperado, cumple con algunos items fundamentales acorde a su edad, se continuara fortaleciendo su relacion con los demas e independencia mediante actividades pedagogicas.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador ANDREA LOPEZ.

Fecha de registro cualitativo 2 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

la niña se encuenta en esperado ya que cumple con algunos items acorde a su edad. se continuara fortaleciendo mediante actividades pedagogicas sus autonomia e independencia.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

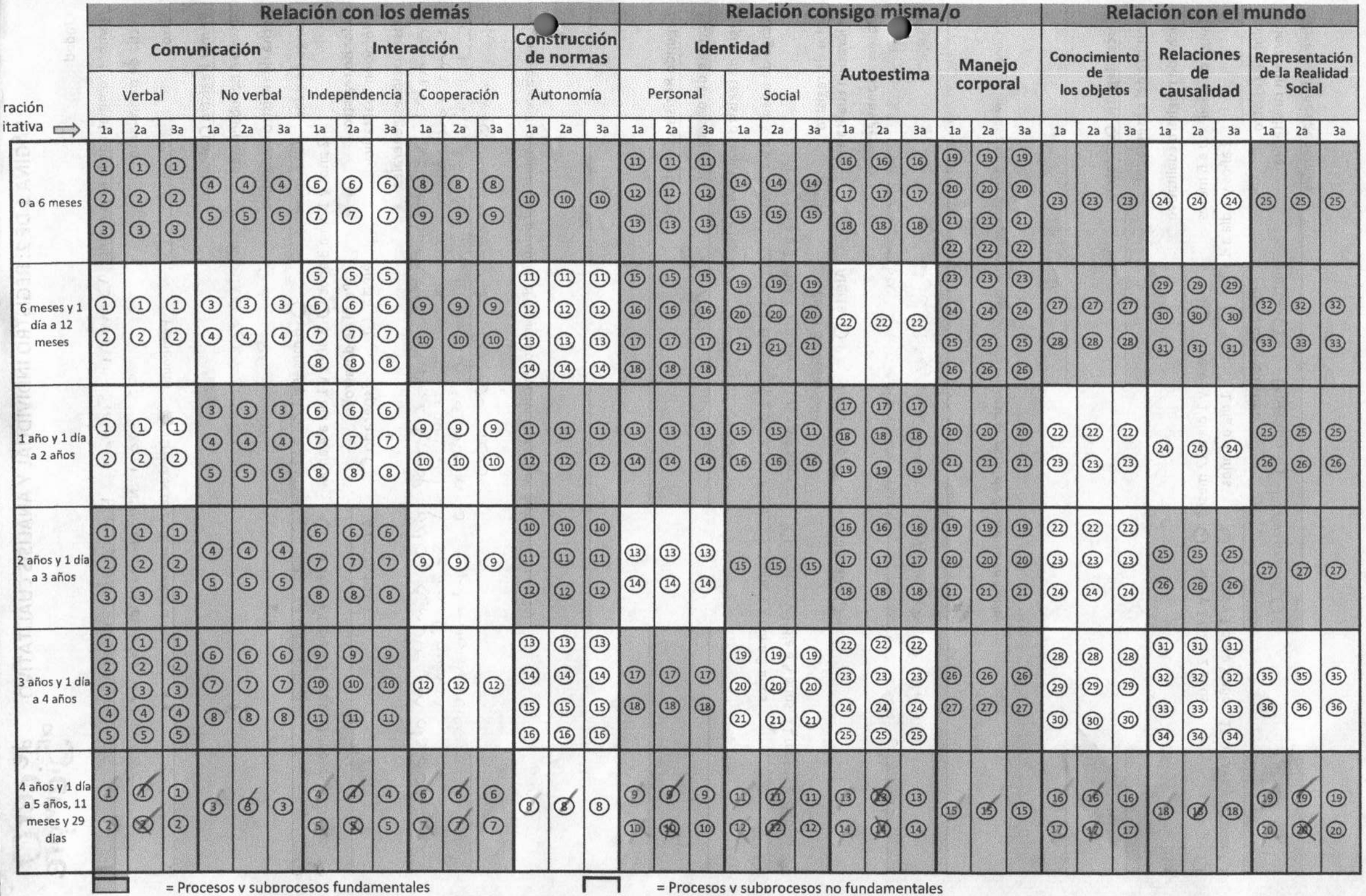
Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Soral Moreno UNIDAD DE ATENCIÓN: Jardin AGENTE EDUCATIVO: Andrea Loret

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 1-04-2025

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)
27-10-2025	Mediante llamada telefonica madre se comunico informando que la niña hoy no podra asistir por motivo diligencia personal.	Agente educativo brindo cordial saludo, indago estado de salud la cual madre manifesto que se encuentra muy bien de salud por lo le pido permiso ya que me encuentro en casa pero hoy tengo una visita sobre un proyecto de la vereda de entrega de ayuda por la cual debo estar con la niña presente! se le recomendo ala mamita informar cualquier novedad durante el dia	Andrea Loret	Ingrid Coellar

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
28-10-2022	la niña ingreso ala unidad de atencion se observa ala niña que posee buen estado de salud se le pido a la mamita firmar la novedad. Andrea Lopez A-educativo Ingrid cuellar Madre.

25
e/v

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Sarai Moreno Cuellar UNIDAD DE ATENCIÓN: Jardin AGENTE EDUCATIVO: Andrea Lopez

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 1-04-2025

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)
20-10-2025	se observa que al ingresar la niña a la unidad de atención con un golpe en su frente.	se brindo un cordial saludo se indago a la madre sobre el golpe de la niña la cual manifesto "Profe el fin de semana en casa dia sabado jugando con la hermanita se cayo y se golpeo la frente y como el piso de abajo es de cemento pues la niña cayo duro" se indago a la madre si le estodando algun tipo de medicamento la cual manifesto "solo acetaminofen Profe" se le manifesto a la madre estar pediente al telefono por si dep. cambio la niña presenta algun dolor o fiebre.	ANDREA LOPEZ.	ingridCoellar

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Sarai Moreno Cuellar UNIDAD DE ATENCIÓN: Jardin AGENTE EDUCATIVO: Andrea Lopez

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 1-04-2025

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)
16-10-2025	Siendo las 7:39 AM Madre de la niña Tatiana cuellar se acerco pidiendo Permiso de la niña por motivo de cita medica.	Agente educativo brindo cordial saludo indago estado de salud de la niña la cual madre manifesto " Profe la niña amanecio muy bien" Se indago motivo de consulta o tipo de cita medica la cual manifesto "tenia pendiente cita con Pediatria la cual ayer me llamaron que le asignaron cita la tiene a las 9:30 am profe si sabo temprano la traigo de lo contario paso derecho a la casa ya que tengo que realizar otras diligencias. Agradezco su comprención ". se le recomendo ala mamita informar cualquier novedad y traer soporte de la cita.	ANDREA LOPEZ.	• Ingrid Cuellar

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
17-10-2023	la niña ingreso ala unidad de atención. se observa que ingresa en buenas condiciones de salud se indago ala madre de como le fue en la cita con pediatra la cual manifesto "que le fue muy bien en la cita que en la tarde me traia soportes del control. ANDREA LOPEZ A. Educativo Ingrid Cuellar Madre.

27
RIV

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Saral Moreno **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Jardin **AGENTE EDUCATIVO:** Andrea lopez

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 1-04-2025

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)
2-04-2025	Mediante llamada telefonica madre solicito permiso por 1 hora. Ya que la lleva ala niña a control con higiene oral.	Agente educativa brindo Cordial saludo, le recordo ala mamita traer copia para anexar a carpeta el control actualizado. siendo los 9:10 Am la niña ingreso ala unidad de atención, madre trajo copia ademas manifesto auxiliar este dia no podra tomar leche. se le pide ala mamita firmar la novedad.	ANDREA LOPEZ.	Ingrid cuellar.

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Dany Sarai Moreno cuellar **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Jardin **AGENTE EDUCATIVO:** Andrea Lopez

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 1-04-2025

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)
9-09-2025	Mediante llamada telefonica Madre solicito permiso, Por motivo Personal.	Agente educativo brindo cordial saludo, indagando ala madre como se encuentra la niña la cual madre refiro "profe la niña esta bien debeo de realizar una diligencia la cual me llevo ala niña Por que me demoro ya que son documentos, le agradesco su comprención" se le recomendo ala madre estar al pendiente de la niña donde bandan e informar cualquier novedad que se pueda Presentar.	Andrea Lopez.	Ingrd cuellar

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
10-09-2025	Saliendo de Jornada se realizo llamada para saber como se encuentra la niña Pero no fue Posible la conectividad se espera que la niña ingrese el dia de mañana. ANDREA LOPEZ. A. Educativa la niña ingreso ala unidad de atención la cual, se observa que ingresa bien de salud y contenta ala unidad, se le indago un poco ala madre de ayer en horas de la tarde no fue Posible la conectividad a la cual madre ~~respondio~~ manifesto "Profe me encontraba sin señal en la tardenoche que llegue mire el mensaje Pero ya esta muy bien la niña gracias" se le pidio ala mamita firmar la novedad. ANDREA LOPEZ. Ingrid Cuellar A. Educativa Madre.

29
E/J

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Soral Cuellar **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Jardin **AGENTE EDUCATIVO:** Andrea Lopez

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 1-04-2025

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)
4-08-2025	Mediante na whatsApp Madre informa que hoy la niño no asistira por motivo de ritual angestral. llego el abuelo y toda la familia se reunio para realizar esta accion de ritual espiritual y como fue en la noche la niña transnocho por eso no la puede llevar para que descanse este dia.	Agente educativo brindo cordial saludo, indago ala madre presentando el estado de salud, fisico madre manifesto "profe de salud esta muy y fisicamente tambien Por lo que le comentaba Por eso la niña na asistio espero comprencion Porque es tradicion familiar" se le recomienda a la monita informarme cualquier novedad drente el dia.	Andrea Lopez.	Ingrid Cuellar.

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
5-08-2025	Realize llamada siendo las 4:10 pm brindando cordial saludo e indagc el estado de salud dela niña la cual refrio "profe la niña esta muy bien" indague si depronto se presento alguna novedad durante el dia manifesto "no profe mediante el dia de mañana ya asiste. ANDREA LOPEZ. A-educativo la niña ingreso en buen estado de salud, sele pidio ala momita firmar la novedad. ANDREA LOPEZ. A-educativo. Ingrid cuellar Madre.

30
R IV

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Sarai moreno **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Jardin **AGENTE EDUCATIVO:** Andrea Lopez

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 1-04-2025

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)
22-05-2025	Madre se acerco en horas de la mañana con soporte de asignacion de cita de crecimiento y desarrollo ya que la niña hoy tiene control pero ya estaba llena la agenda por lo	Agente educativa recibe el soporte y anexa la novedad y se espera hasta la fecha del control para que traigan los copias y anexa ala carpeta.	Siendo la 1:00 pm la niña salio del CDI junto con la madre ala cita control de crecimiento y desarrollo se espera q se le recomienda ala mama traer el soporte del control realizado para ingresar ala carpeta.	ANDREA LOPEZ	Ingrid cecilia r.
	tanto le asignaron para el dia 27-05-2025				

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO

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

ASIGNACION DE CITA MEDIC
ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DO
Dir:Barrio El Paraiso Tel: 3134821413

PACIENTE:	MORENO CUELLAR DAYNI SARAI
IDENTIFICACION:	RC1126144045
No HISTORIA:	1126144045
PROFESIONAL:	CASTAÑEDA SANCHEZ SANDRA MILENA
ESPECIALIDAD:	ENFERMERA(O) PROFESIONAL
HORA DE LA CITA:	01:30 a. m.
FECHA DE LA CITA:	27/05/2025
TIPO:	De Control
CLASE:	CONTROL INFANCIA
EMPRESA:	MALLAMAS EPS INDIGENA
TADA POR USUARIO:	22/05/2025
OBSERVACIONES:	LA CITA ES EN PUERTO COLON
	Recuerde facturar 30 minutos antes de la hora asignada, de dependiendo de la disponibilidad de agenda