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

Fecha de diligenciamiento: [ ] [ ] [ ]

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

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

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

Unidad de Servicio sugerida: 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: 1126144087

Fecha nacimiento: 11 | 03 | 2021

Nombres: Iannahel

Apellidos: Ortega G.

Presenta discapacidad? ( ) Si (●) No

¿Se autoreconoce en alguno de los siguientes grupos étnicos? (●) Si ( ) No

¿Se autoreconoce en alguno de los siguientes grupos poblacionales? ( ) Si (●) No

Indique cuales aplican: ( ) Física ( ) Visual ( ) Auditiva ( ) Intelectual ( ) Psicosocial (mental) ( ) Múltiple ( ) Sordoceguera ( ) N/A

Seleccione la que aplique: ( ) Afrocolombiano (●) Indígena ( ) No se autorreconoce ( ) Comunidad negra ( ) Rom / Gitano ( ) Palenquero (a) ( ) Raizal

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

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

Departamento residencia: Putumayo

Municipio de residencia: San Miguel

Zona:

Barrio:

Vereda: cl. Juan Cristobal

Sector:

Dirección: via al Puente internacional cl. Juan Cristobal.

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: 1123318963

Nombres: Liliana Alejandra

Apellidos: Chapal G.

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 21 | 09 | 1999

Correo electrónico:

Número de celular: 3249458263

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: Liliana Chapal

Nombre y Firma del profesional que diligencia: ANDREA LOPEZ

Observaciones:

Fundación Alma de Vida

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:
Ian Nahel Ortega chapal

N° DOCUMENTO: 1126144087 **TIPO DOCUMENTO: RC** X **CC** ___ **OTRO** ___
FECHA DE NACIMIENTO: 11-03-2021 **EDAD:** 4 años
LUGAR DE NACIMIENTO: Sucumbios – Nueva loja

NOMBRE DE LA UDS: CDI Fronteras de Paz I
CODIGO UDS: _____ **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?** NA
GRUPO ETNICO: SI X **NO**___ **¿CUAL?** Kichwa
GRUPO AFROCOLOMBIANO: SI___ **NO** X **¿CUAL?** N/A
NOMBRE DE LA MADRE: liliana Alejandra chapal greta
N° CÉDULA: 1123318963 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** pto Asis
NOMBRE DEL PADRE: Daniel Armando Ortega Diaz
N° CÉDULA: 1122340987 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Miguel
N° DE CELULAR: _____
NOMBRE DEL ACUDIENTE: liliana Alejandra chapal G.
N° CÉDULA: 1123318963 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** pto Asis
DIRECCIÓN VIVIENDA: c/ Juan Cristobal **ZONA POBLACIONAL: (R)**___ **(U)**___
NUMERO DE CELULAR 3219458263

liliana chapal — **FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE**

ANDREA LOPEZ. — **NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO**

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1126144087

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 57321588

* 57321588 *

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

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

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

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ORTEGA	CHAPAL

Nombre(s)
IAN NAHEL

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2021 Mes MAR Día 11	MASCULINO	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	2150686257

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
ORTEGA DIAZ DANIEL ARMANDO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1122340987	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
CHAPAL GREFA LILIANA ALEJANDRA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1123318963	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
ORTEGA DIAZ DANIEL ARMANDO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1122340987	Daniel Ortega

Datos Primer testigo

Apellidos y nombres completos
XXXXXXXXXXXXXXXX

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

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos
XXXXXXXXXXXXXXXX

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

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2021 Mes NOV Día 04	MAURA MERCEDES CAMACHO TORRES Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
DANIEL ARMANDO ORTEGA DIAZ Daniel Ortega Firma	MAURA MERCEDES CAMACHO TORRES Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

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 Ian Nahel Ortega Chapal, identificado (a) con documento de identidad número 1126144087, 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, Liliana Alejandra Chapal, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1123318963, 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: Liliana Chapal
Nombre: Liliana Alejandra Chapal G.
Calidad - Titular: x Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3219458263
Fecha: 7-04-2025
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	1126144087
NOMBRES	IAN NAHEL
APELLIDOS	ORTEGA CHAPAL
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	SAN MIGUEL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD MALLAMAS EPSI	SUBSIDIADO	03/12/2021	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	12/05/2025 09:51:27	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

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 :

DATOS	COLUMNAS
RC	TIPO DE IDENTIFICACIÓN
1121944827	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN
IAN NAHEL	NOMBRES
ORTEGA CHAPAL	APELLIDOS
//****	FECHA DE NACIMIENTO
FUTUMAYO	DEPARTAMENTO
SAN MIGUEL	MUNICIPIO

Datos de afiliación :

TIPO DE AFILIADO	FECHA DE TERMINACIÓN DE AFILIACIÓN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	REGIMEN	VEREDA	ESTADO
BENEFICIARIO	31/12/2999	03/12/2021	SUBSIDIADO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD MALLAMAS EPSI	ACTIVO

Fecha de impresión: 12/05/2025 09:51:27

Estación de origen: 192.168.70.229

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Regimen 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 operan 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 Regimen Contributivo o en el Regimen

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL
RESGUARDO YARINAL SAN MARCELINO RESOLUCION 008 DEL 13 DE MAYO 1998
NIT °84000665-7
CABILDO MENOR JUAN CRISTOBAL -PUEBLO KICHWA

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 Nahel Ortega Chapal con RC N° 1126144087
Expedido en _____, es indígena del pueblo kichwa, practica sus usos y costumbres, se encuentra inscrito en el censo población del Cabildo Juan Cristóbal de la jurisdicción del Municipio de San Miguel, Putumayo.

Se firma en el Cabildo Menor Juan Cristóbal, a los 10 días del mes de abril del año 2025.

JUAN TORIBIO CHIGUANGO DAGUA
CC. 18.182.496 de San Miguel
Gobernador/ Representante legal
Cabildo Menor Juan Cristóbal

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

E.P.S. INDIGENA MALLAMAS

La oportunidad vive para una Comunidad con futuro

ORTEGA CHAPAL IAN NAHEL
Nombres y Apellidos Completos
Doc. Identificación: RC 1126144087 Género: M
Fecha Nacimiento: 11/03/2021 Nivel Sisben:
Fecha Afiliación: 03/12/2021 Discapacidad: Ninguna
Vigencia: INDEFINIDO | Carnet N°: **867570000492973**
Dirección: V/ PUENTE INTERNACIONAL
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 INDÍGENA EL PORTADOR DE ESTE CARNÉ
NO DEBERÁ PAGAR COPAGOS NI CUOTAS MODERADORAS

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

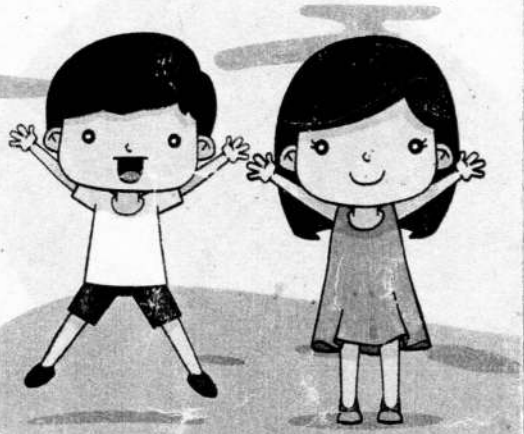
Vigilado Supersalud

GERENTE MALLAMAS EPS-I

LÍNEA SALUDATE (1)602-5132317713376 (MALES)
ESTE CARNÉ ES DE USO PERSONAL E INTRANSFERIBLE

CARNET DE CONTROL

Niño y Niña SANOS

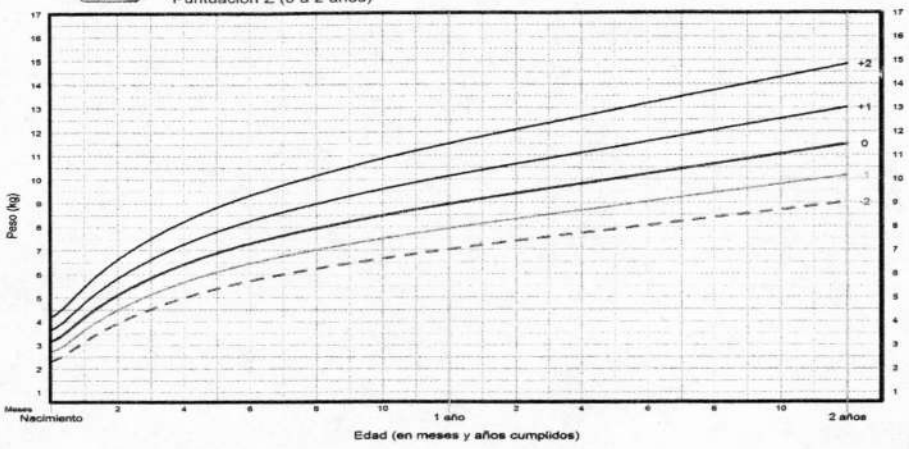


Mis Datos

Nombres: Ian Nahel	Apellidos: Ortega chapal.
Fecha de Nacimiento: 11 DIA | 03 MES | 2021 AÑO	Historia Clínica: 2150686257
Barrio/Vereda: Cabildo Juan Gutob	Responsable del Niño: Liliana Chapal.
Teléfono: 3219458263	EPS:

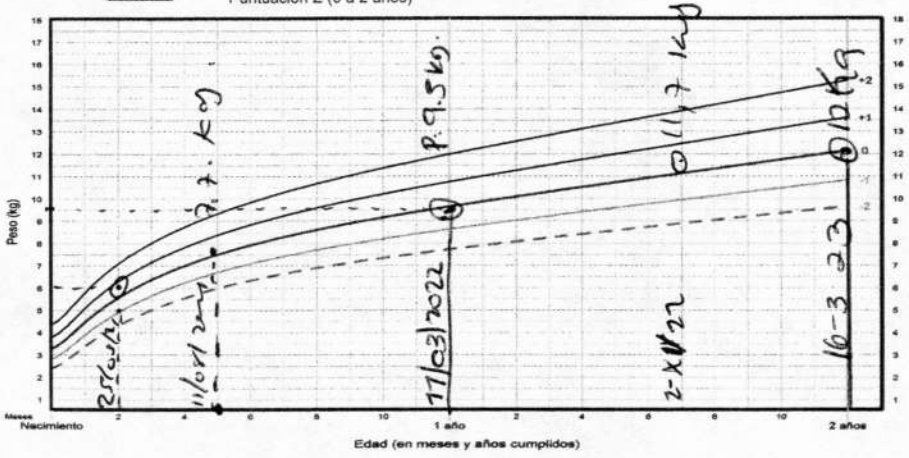
Peso para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



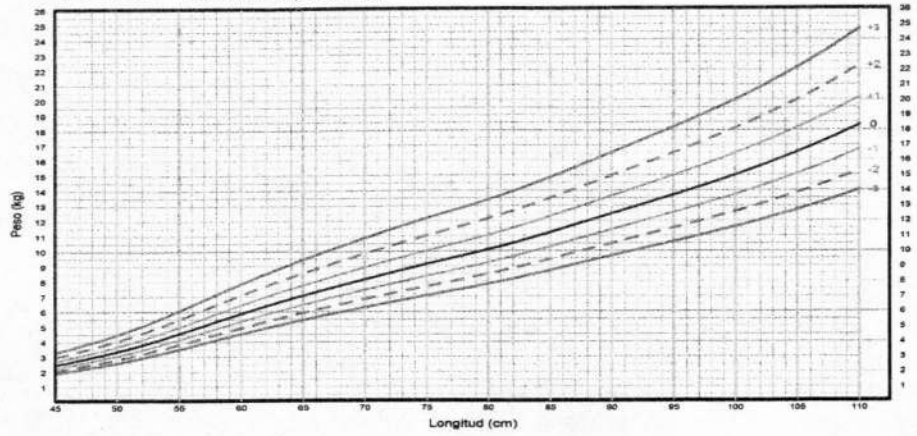
Peso para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



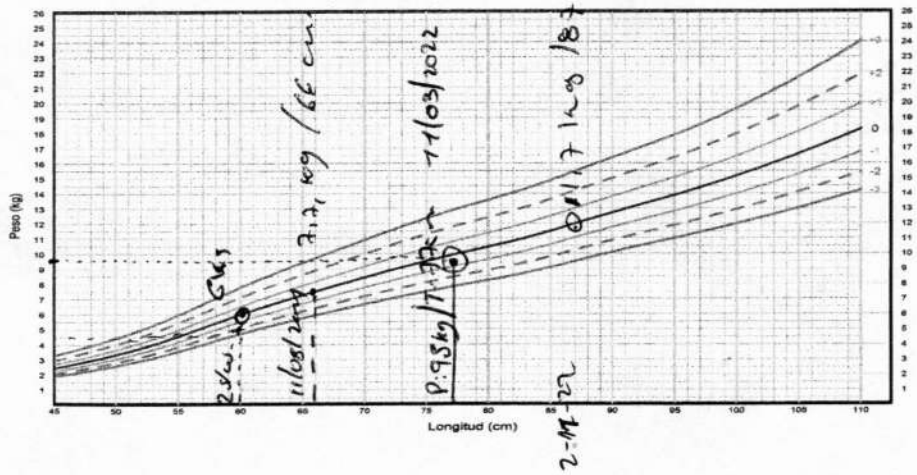
Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



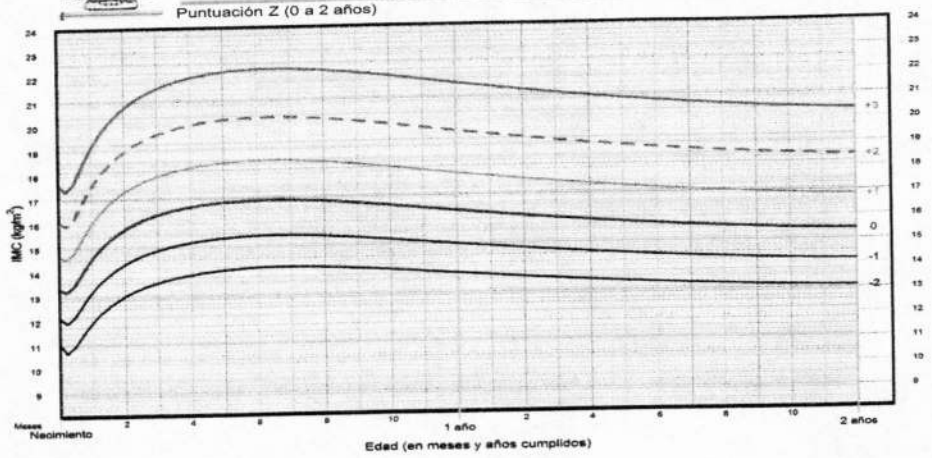
Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



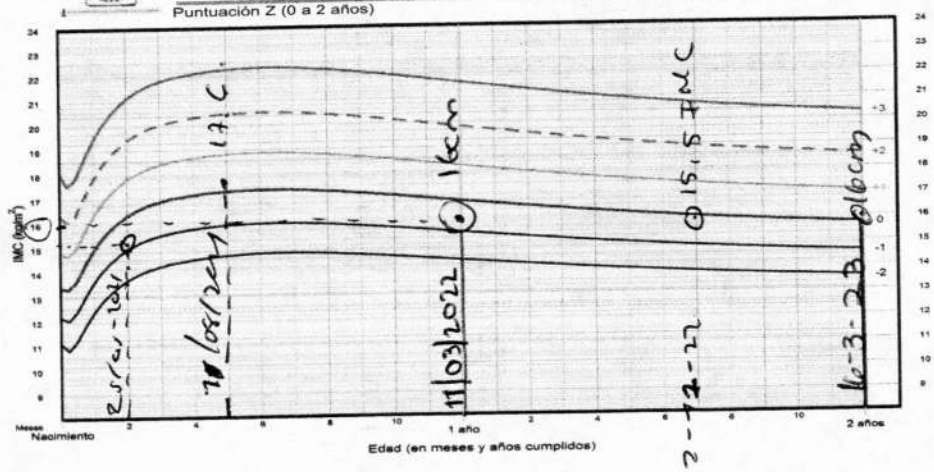
IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



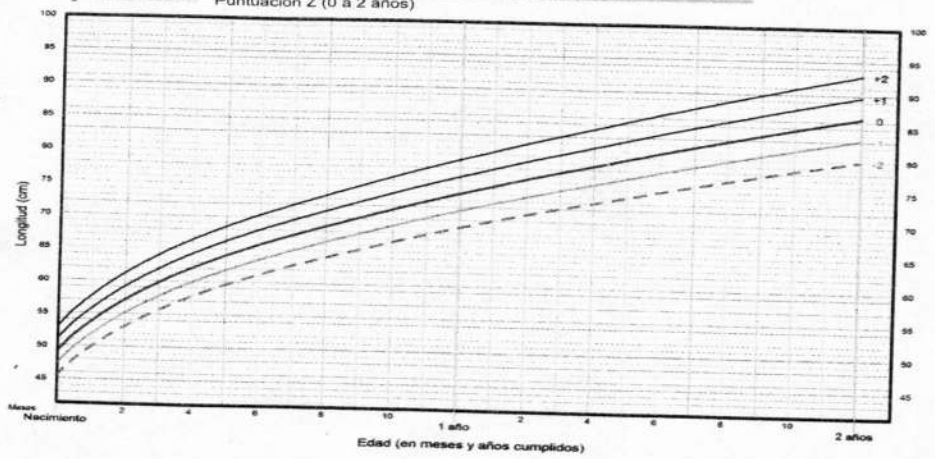
IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



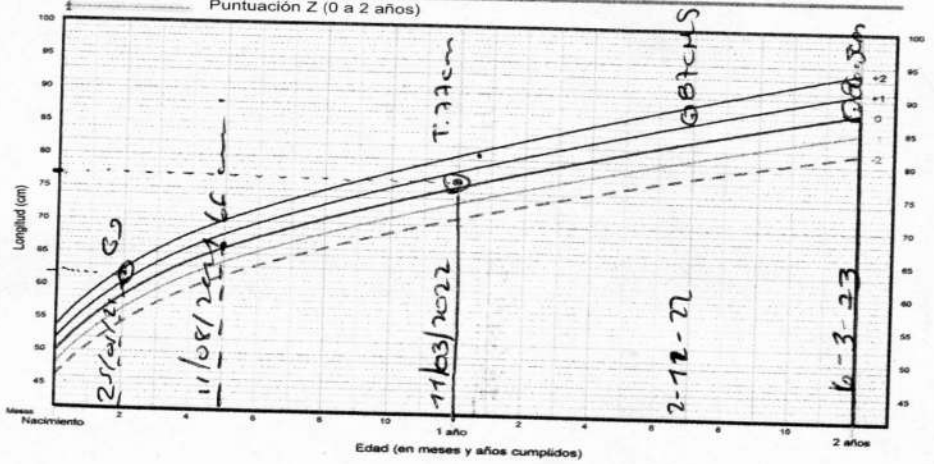
Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



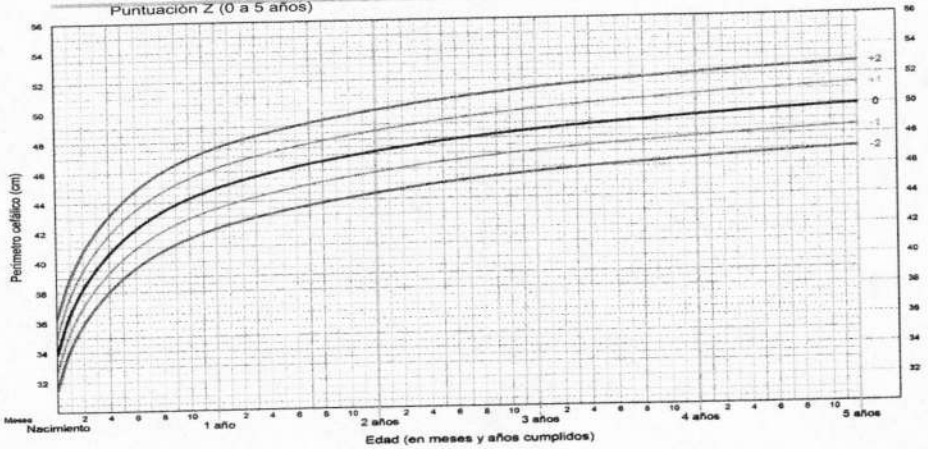
Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



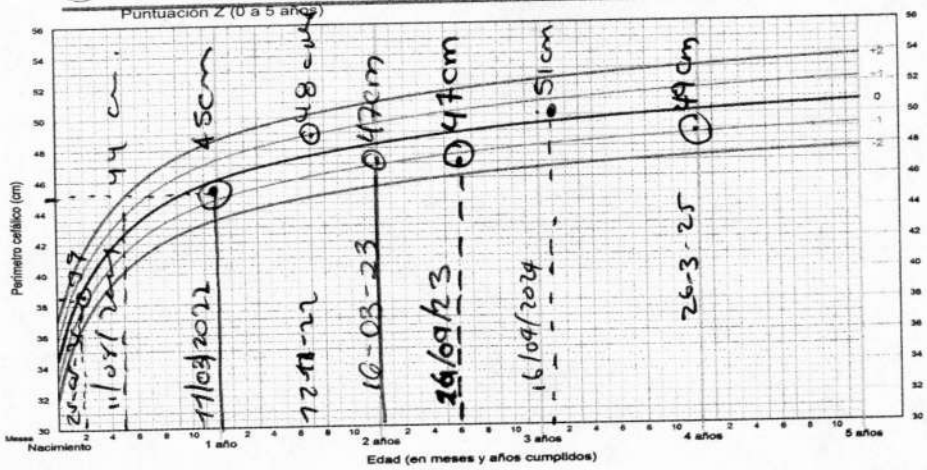
Perímetro Cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)



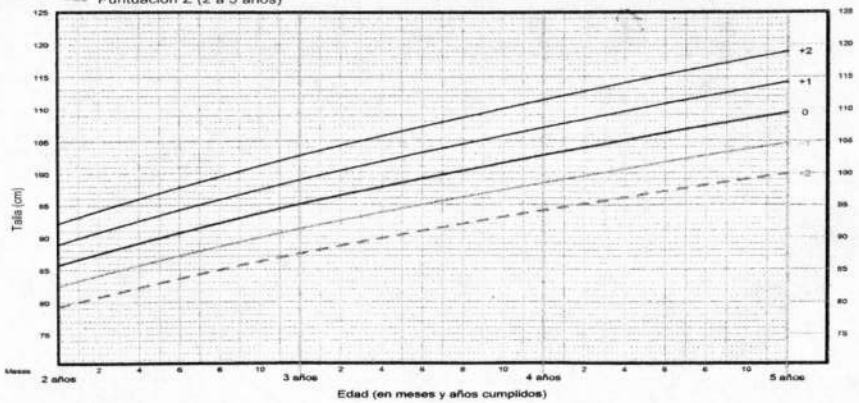
Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)



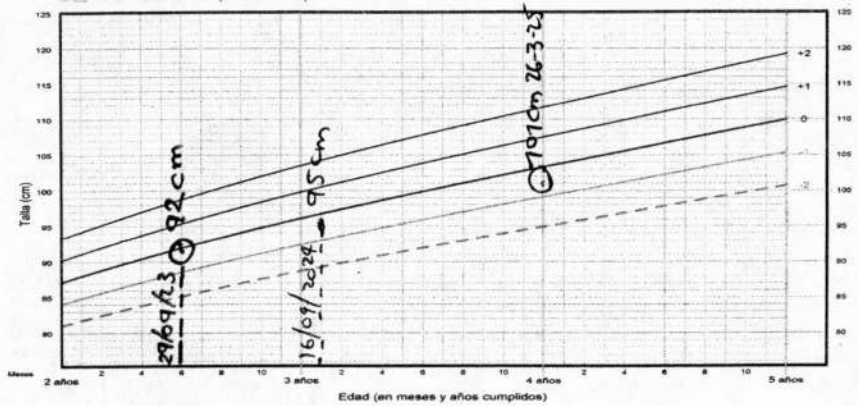
Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



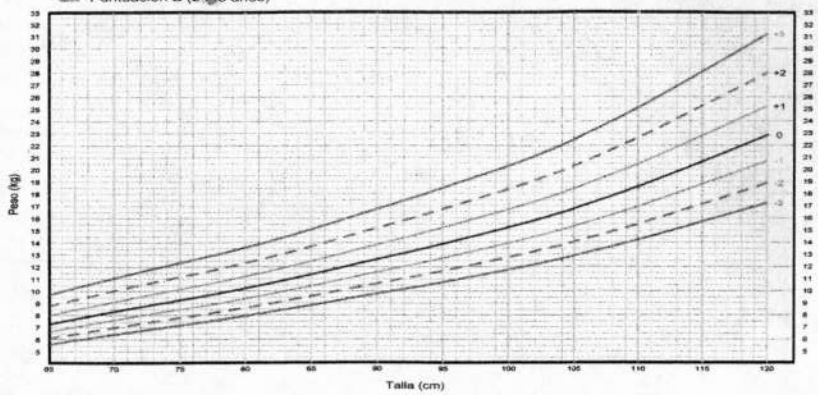
Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5años)



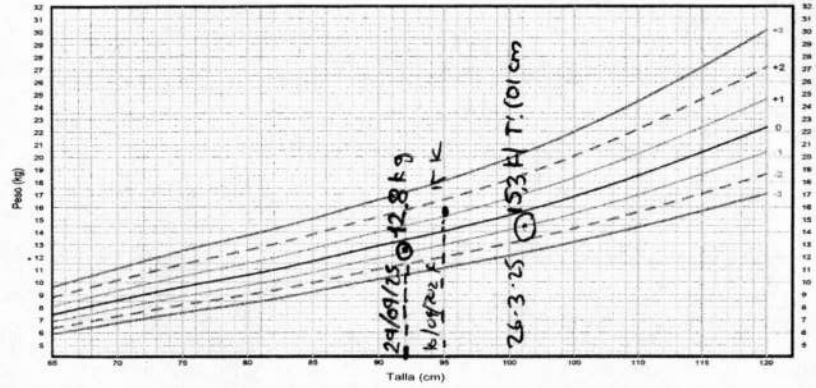
Peso para la Talla Niñas

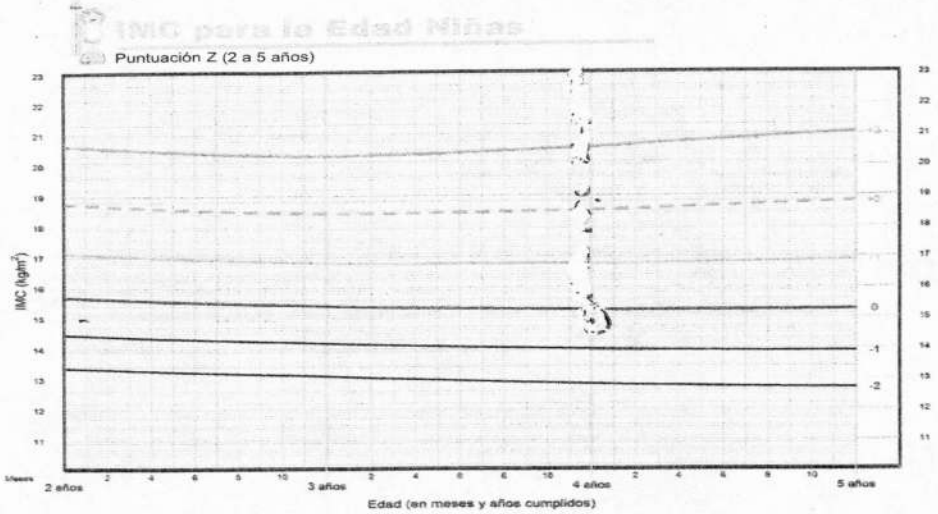
Puntuación Z (2 a 5 años)

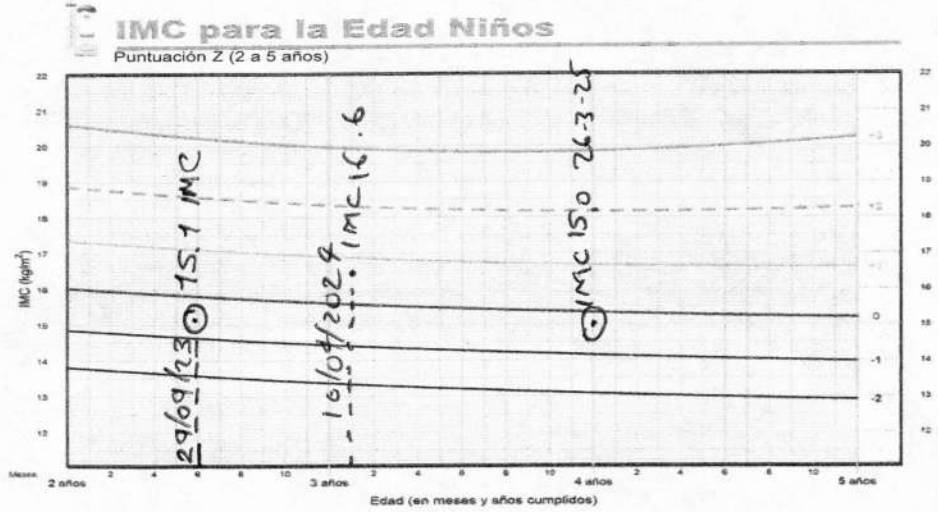


Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)




IMC para la Edad Niñas
Puntuación Z (2 a 5 años)
IMC (kg/m²)
Meses
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)
3
2
1
0
-1
-2


IMC para la Edad Niños
Puntuación Z (2 a 5 años)
IMC (kg/m²)
Meses
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)
3
2
1
0
-1
-2
29/09/23 ⊙ 15.1 IMC
16/04/2024 IMC 16.6
⊙ IMC 15.0 26-3-25

CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIO	
				SI	NO
25	06	2021			
10	09	2021	SI	✓	
10	Septiembre	2022	x Enf.		
11	MAIZO	2023	Medica	✓	
16	Sept	2023	Enf.		
29	Septi	2023	Enfer	SI ✓	
11	Marzo	2024	Med.	✓	
11	MARZO	2024	Enf		
26	03	2025	Enfer	SI ✓ Milena C.	
17	Marzo	2026	Medica	C.M	

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

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

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

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

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega			
2.ª entrega			
3.ª entrega			

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

3 años					
4 años					
5 años					

*Menor o igual a 20 normal

Vacunar oportunamente con todas las dosis a tus hijos, garantiza la protección frente a enfermedades como:

Tuberculosis 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: IAN NAHEL ORTEGA (illegible)

Fecha de nacimiento: 11-03-2021

Nº de certificado de nacido vivo:

Registro civil: 1.126.144.084

Sexo: MASCULINO

Grupo sanguíneo: CC: 1.123-318-963.

Peso al nacer: Talla:

Dirección: Ul JUAN CRISTOBAL.

Teléfono 1: 3219458263

Teléfono 2:

Responsable: LILIANA ALEJANDRA ORTEGA.

Municipio de residencia: SANMIGUEL

Departamento: RICHAYO

#115

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

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

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién nacido			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	12	03	21	Serum	03760[illegible]					García
	Hepatitis B	Recién nacido	12	03	21	Serum	032C6017A					García
2 meses			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
	Poliomielitis (VIP)	1.ª	18	05	21	Biocci	20170C4.					Saoly Martínez Enfermería Tec Ap... CC No. 1122336822
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	18	05	21	Serum	2E5C4021B					
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª	18	05	21		2E5C4C21B					
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	1.ª	18	05	21		2E5C4C21B					
	Diarrea por rotavirus	1.ª	18	05	21	GSK	AR01C7728A	HFID				
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	18	05	[illegible]	GSK	AJPH33C5BD					
4 meses			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
	Poliomielitis (VIP)	2.ª	19	07	22	Biocci	2721006					Saoly Martínez Enfermería Tec Ap... CC No. 1122336822
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	19	07	22	Serum	2E21000A					
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª	19	07	22		2E21000A					
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	2.ª	19	07	22		2E21000A					
	Diarrea por rotavirus	2.ª	19	07	22	GSK	— — — — — —	HFID				
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	19	07	22	GSK.	— — — — — —					
6 meses			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
	Poliomielitis (VIP)	3.ª	18	10	22	Biocci	2140 14.					Nallel.
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	18	10	22	Serum	- - - - - - -	HFID				
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª	18	10	22		032C17D					
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	3.ª	18	10	22		2E21C12B					
	Influenza estacional	1.ª										
7 meses	Influenza estacional	2.ª										
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	23	3	23	Serum	01JCN13AA					Edna I.
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	22	3	23	GSK.	AJPNB3912AA					
	Varicela	2.ª	22	3	23	MSD.	WC02J0[illegible]	HFID				
	Hepatitis A	Única	22	3	23	MSD	CC498S2					
	Influenza estacional	Anual										
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.er refuerzo	24	08	23	Biocci	2230001	HFID				Kerly J.
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.er refuerzo	24	08	23	Serum	2822X0024	HFID	Cita: 24-Septiembre 2023 SR			Kerly J.
	Fiebre amarilla	Única	19	07	22	Pacheco	C21IVFC07C	HFID				Kerly J.
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª	24	08	23	Serum	013IN071A.	HFID	Cita: 18-10 2023 Polio			Kerly J.
	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.

19
RIV

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 25 MES 04 AÑO 2025 HORA: 11:09 a.m

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Ian Nahel APELLIDOS Ortega chapal

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1.126.144.087

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 11 MES: 03 AÑO: 2021 / EDAD: 4 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Mallamoo Tel- 3219458263

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 o la reacción del padre.

¿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 (linfadenopatia); 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:** Y que se me aplique la vacuna.

Firma de la persona: _____

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

Nombres Daniel Ortega Diaz Apellidos Ortega Diaz

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1122340987

Firma: Daniel Ortega

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: Isabel Arias Trujo

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

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): ESE

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	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) Ó AÑOS (A)												
			5 DIAS	1 M	2-3 M	4-5 M	6-8 M	9-11M	12-17M	18-23M	24-29M	30-35M	3A	4A	5A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico													
		Atención en salud por medicina general													
		Atención en salud por enfermería												26-3-2025	
		Atención en salud por Odontología							Proxima cita						
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor											11 octubre 2024	25-4-2025	28-04-2026
		Profilaxis y remoción de placa												28-10-2025	
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	V	Vacunación													

Lizeth Jiménez Trujillo
Enfermera Profesional
Reg 22083
Universidad de Caldas

Higuera Oscar 2020 Normal 26-3-2025

Normal 25 octubre 2025 Proxima cita

ESE Hospital Fronterizo
LA DORADA
NIT. 846.002.309-9

Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

ción: B[illegible]aiso Cra 7 # 1-36 Teléfono Conmutador: 4210533 - móvil: 3134821413

CARNET RIAS
PRIMERA INFANCIA



LA DORADA
Mi prioridad es tu salud

Nombres y Apellidos: Ian Nahel Ortega Chapal
Documento de identidad: 1126442687 EPS: Mallamas
Teléfonos: 3219458263 Domicilios: Cabilla Juan Caicedo

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.123.318.963**

CHAPAL GREFA

APELLIDOS

LILIANA ALEJANDRA

NOMBRES

Liliana Chapal

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-SEP-1999**

PUERTO ASIS
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.61 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

10-OCT-2017 PUERTO ASIS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-6400200-01237589-F-1123318963-20210609 **0074**576612G 1 9915225197

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.122.340.987**

ORTEGA DIAZ
APELLIDOS

DANIEL ARMANDO
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **25-JUN-1994**

PUERTO CAICEDO
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

18-DIC-2012 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-6401800-00630142-M-1122340987-20141003 **00403**84599A 1 41680232

PACTO DE CONVIVENCIA MODALIDAD INSTITUCIONAL

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

DERECHOS Y DEBERES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

DERECHOS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

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

DEBERES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

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

DERECHOS Y DEBERES DE LOS PADRES DE FAMILIA

DERECHOS DE LOS PADRES DE FAMILIA

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

DEBERES DE LOS PADRES DE FAMILIA

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

(telefónico, mensajería y/o escrito).

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

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

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

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

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

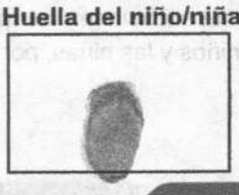
PAOLA CHATES
Coordinadora pedagógica

EDDY PATRICIA LÓPEZ
Apoyo psicosocial

Liliana chapal
Firma del Padre de Familia y/o acudiente

ANDREA LOPEZ
Agente educativa

Huella del niño/niña



PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad

Nombre completo de la niña o niño IAN NAHEL ORTEGA CHAPAL

Fecha de nacimiento 11 03 2021 **N° Documento de Identidad** 1126144087

Sexo Masculino ● Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** 01 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
El niño Ian Nahel O se encuentra en perfil esperado cumple con algunos items acorde asu edad se continuara fortaleciendo su independencia, autonomia, relacion con los demas.

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
El niño se encuentra en esperado, cumple con los items acorde asu edad, se continuara fortaleciendo su autonomia, independencia, mediante actividades Pedagogicas fortaleciendo en el su desarrollo infantil.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

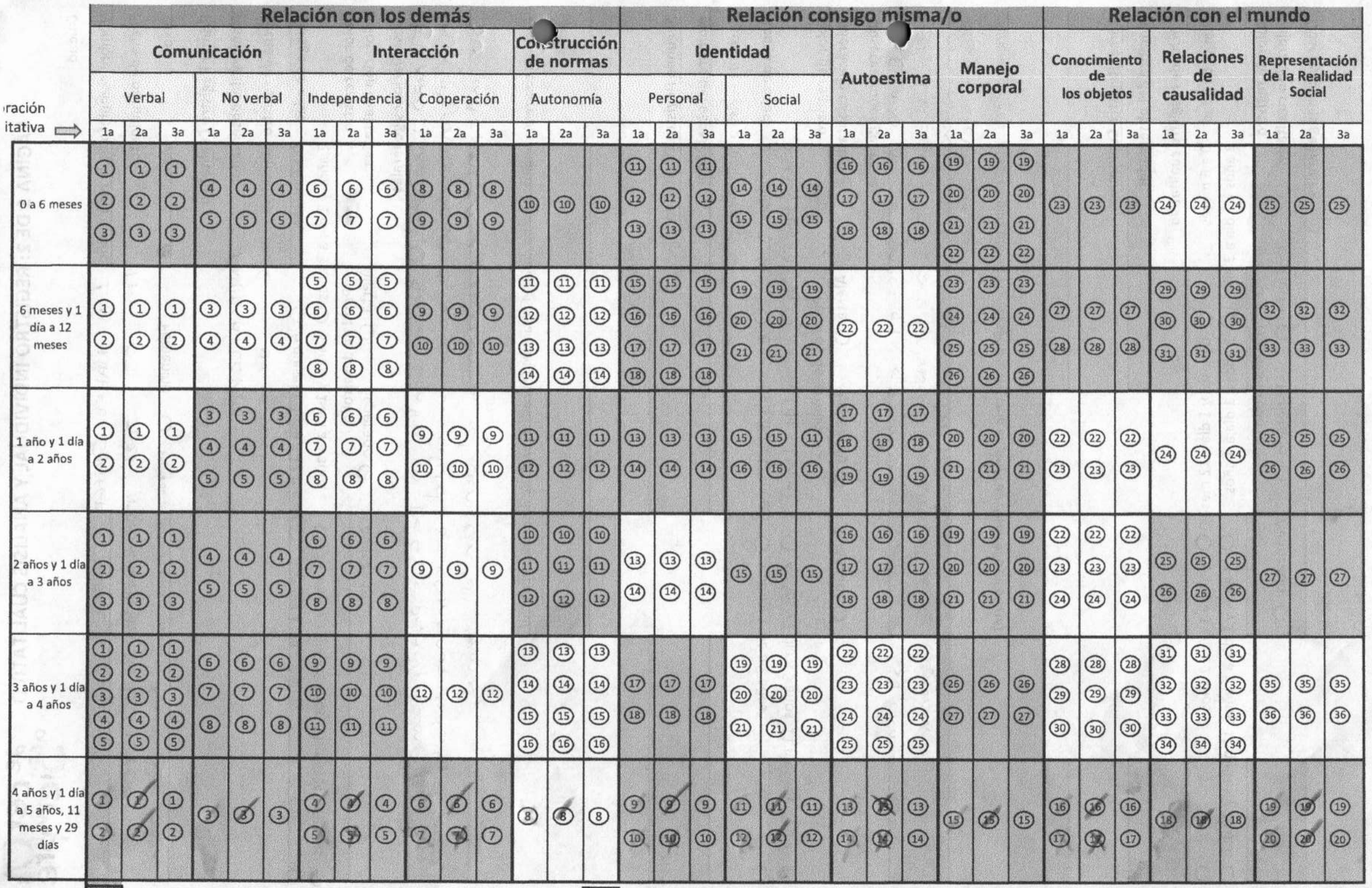
Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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

25
R|V

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Lian Nahel Ortega **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Jardín **AGENTE EDUCATIVO:** _____

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)
24-11-2025	Madre solicita permiso el dia de hoy por medio de llamada telefonica por motivo de transporte.	se brinda cordial saludo en donde se indaga el estado de salud la cual madre manifesto el profe el niño se encuentra bien gracias a dios el papa del niño no se encuentra por lo tanto mediante el dia de mañana ya pueda asistir el niño agradezco su comprension se le recomendo a la mama informar cualquier novedad durante el dia.	ANDREA LOPEZ	Liliana chapal

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
27-01-2025	Siendo las 4:18 PM se realiza llamada telefonica. indagando ala madre como se encontraba el niño la cual manifesto " profe el niño esta muy estuvo presentado porque no fue a la escuelta como dice el le explique el Rapito como no ste y se llevo la moto por eso no fue pero ya mañana va y se quedo tranquilo y como estuvo llorando estuvo dentro de la casa." se lo espera el dia de mañana si en caso se presenta alguna novedad me informe. ANDREA LOPEZ. A-Educativo El niño ingreso ala unidad de atención en buen estado de salud ~~sa~~ ingreso contento a la unidad se le pidio ala mamita fumar la novedad. ANDREA LOPEZ. Liliana chapal A-Educativo Madre.

26
RIV

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Nahel Ortega **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)
4-11-2025	El niño no asistio ala unidad de atencion.	Agente educativo realizo llamada telefonica, la cual fue atendida se indago ala madre estado de salud y motivo de inasistencia del niño la cual madre manifesto Profe el niño esta muy bien Por motivo de transporte no lo pude llevar se me Pincho la moto en el camino Por el puesto el sol y no tenia minutos para informarle Por hoy le pido permiso ya que tengo que esperar a que me ayuden a llevar la moto Y no alcanzaba a llegar a dejarlo al niño No pude dejar la moto en la casa le agradesco su comprencion. Se le recomendo a la mama informar cualquier novedad. durante el dia.	Andrea Lopez	liliana chapal

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
5-11-2024	el niño ingreso ala unidad de atencion se observa que el niño ingresa en buen estado de salud se le pidio a la mamita firmar la novedad. ANDREA LOPEZ. A-Educativo liliana chapal Madre.

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Nahel Ortega chapal **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)
15-4-2025	Mediante llamada telefonica Madres del niño solicito Permiso Por el dia de hoy.	Agente educativo brindo Cordial saludo la cual indago a la madre Por el estado de salud del niño y motivo de inasistencia la cual madre manifesto ll Profe el niño se encuentra bien no lo Pude llevar Por motivo del transporte como tenemos solo transporte que es la moto a mi esposo le toco madrugar mas de lo usual al trabajo Por ese motivo no lo Pude llevar le agradesco su comprensión ll Agente educativo le recordo a la mamita la importancia de la asistencia diaria Pero comprendo ya que viven lejos del Pueblo le recomendo alguna novedad durante el dia me informe.	Andrea Lopez.	Liliana chapal

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
16-10-2025	El niño ingreso ala unidad de atención se observa en buen estado de salud se le pidio ala manita tomar la navedad. ANDREA LOPEZ A-Educativo Liliana chapal Madre.

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

28
KIV

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Nahel ortega 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)
1-10-2025	Mediante llamada telefonica madre informo que por el transporte hoy no tenia al niño.	Agente educativa brindo cordial saludo en donde indago el estado de salud del niño la cual madre refirio "prote el niño amanecio muy bien como mi esposo madrugo mas de lo normal se llevo la moto y por eso no lo puede llevar" se le recomendo ala madre informar cualquier novedad durante el dia.	Andrea Lopez.	Liliana Chapal.

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
2-10-2025	El niño ingresa a la unidad de atención, se observa que ingresa en buen estado de salud, se le pide a la madre firmar la novedad. ANDREA LOPEZ A-educativo Liliana chapal Madre

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

29
2/2

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Nahol Ortega **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Jardin **AGENTE EDUCATIVO:** Andrea L.

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)
11-09-2025	Madre mediante llamada telefonica que por motivo de transporte el niño el dia de hoy no podra asistir.	Agente educativo brindo cordial saludo indago el estado de salud de la niña la cual madre refirio q la niña esta muy bien de salud hoy le toco madrugar al papa de la niño y como no solo tenemos en a moto no fue posible llevarlo el dia de hoy y se le recomendo a la mama informar cualquier novedad del niño.	ANDREA LOPEZ.	

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
12-09-2025	Se realiza llamada telefonica en horas de la tarde la cual se saludo cordial saludo, se indago a la madre como esta el niño la cual manifesto "profe el niño esta muy bien mediante mañana ya lo llevo llego un poquito tarde profe porque madrugo a dejar a mi esposo y de hay voy a dejar al niño" Agente educativa escucha y se despide. ANDREA LOPEZ. A-Educativo. la niño ingreso ala unidad de atención se observa que posee buen estado de salud y fisicamente muy bien, se le pide ala mamita firmar la novedad. ANDREA LOPEZ Comer A-Educativo Madre.

Fundación Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Ian Nael 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)
15-05-2025	Madre mediante llamada telefonica, se comunico que no Podria asistir el niño Porque se le daño La moto y no tuvo como traer al niño ya que son de vereda.	Saludo cordial, entablecimos dialogo indagando el estado fisico y de salud del niño en donde manifesto "Profe el niño Posee buena salud y fisica solo se daño la moto y nadie se dispuso a llevarnos" finalizamos el dialogo recomendando alamanita	Realize llamada telefonica indagando a la madre como esta el niño, "Profe Si no verdad el niño estara muy bien, mediante el dia de mañana y aparezca llevarlo" finalizando dialogo en tal caso no Pueda, me	ANDREA LOPEZ	Liliana chapal.
16-05-2025	El niño ingreso a la unidad de atencion.	de cualquier novedad durante el dia me informe. Agente educativo observa que ingresa en buen estado de salud y fisico, se le Pidio a la mamita firme la novedad.	informe Para continuar con La novedad. Durante el dia el niño realizo sus actividades sin dificultad estuvo muy Participativo.	ANDREA LOPEZ.	

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO

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

37
R/V

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Nahel Ortega Chapal **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Nivel 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)
11-04-2025	Mediante llamada telefonica madre informa que por el tiempo climatico "lluvia fuerte" no llevo) asistira el niño a la	se indago a la madre sobre el estado de salud madre manifesto "profe el niño esta muy bien de salud. se le recomienda a la	se realizo llamada telefonica en horas de la tarde madre atendio la llamada se entablo un dialogo se indago el estado de	ANDREA LOPEZ.	Liliana Chapal
	unidad de atención.	mamita informar cualquier situacion durante el dia. se agradece la atencion prestada.	salud y fisico del niño como se encontabra y cual es el motivo de la inasistencia madre refiere" Profe no llevo al niño porque el fin de Semana fui con el niño		
21-04-2025	El niño no asistio a la unidad de atencion.	Realize llamada telefonica pero la madre no atendio la llamada se opera hasta la tarde para volver a llamar.	Para la finca a visitar los abuelos por lo tanto no alcance a llegar temprano a la casa para llevarlo y como no contaba con señal no pude llamar e informarle el niño se	ANDREA LOPEZ.	
			encuentra muy bien de salud y estado fisico. se le informa a la mama que realize el registro de la novedad, mañana que ingresa el niño para que me la firme.		

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
22-04-2023	El niño ingreso ala unidad de atencion se observa que el niño postee buena salud y buen estado fisico. Madre firma la novedad. Liliana chaval

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Ian nael Ortega **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Nivel Jardin **AGENTE EDUCATIVO:** Andrea L.

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)
1-04-2025	El niño no asistio por motivo de transporte.	Madre se comunico informando que no traera al niña ya que se le daño lamoto transporte con el que se desplaza. Indague el estado de salud del niño	realize llamada de por medio de whassap indagando alguna situacion durante el dia el estado de salud del niño. Madre refiere: "Profe el niño esta muy bien y no se presento ninguna situacion	ANDREA LOPEZ.	Liliana chapal
		madre refiro "profe el niño esta muy bien de salud. se le recomienda a la mamita informar cualquier situacion durante el dia.	el dia de mañana asistira normalmente al CDI.		
			2-03-2025 El niño ingresa en buen estado de salud a la unidad de atencion. se le pide a la mamita firmar el registro de novedades.	ANDREA LOPEZ.	Liliana chapal.

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO

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