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: CDI

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: 1126144618

Fecha nacimiento: 6 | 09 | 2021

Nombres: Yaetli Tzayana

Apellidos: Casanova Duarte

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: El Paraiso

Vereda:

Sector:

Dirección: Antes de llegar al hospital.

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: 1006789710

Nombres: Ardy Damary

Apellidos: Duarte Cuenca

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 4 | 08 | 1998

Correo electrónico:

Número de celular: 3213078758

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:

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:
Yaetli Tzayana casanova Duarte

N° DOCUMENTO: 1126144618 **TIPO DOCUMENTO:** RC X CC ___ OTRO ___
FECHA DE NACIMIENTO: 6/09/2021 **EDAD:** 3 años
LUGAR DE NACIMIENTO: Nueva Loja – Sucumbios - Ecuador

NOMBRE DE LA UDS: CDI Fronteras de Paz
CODIGO UDS: 86751137386 **BARRIO/VEREDA:** Bta Floresta
FECHA DE INGRESO: 1-04-2025 **FECHA DE RETIRO:** ___

SISBEN: A4 **EPS:** Emssanar **RÉGIMEN (C)**__ **(S)** X
DESPLAZADO: SI___ **NO** X **DISCAPACIDAD: SI**___ **NO** X **¿CUAL?** N/A
GRUPO ETNICO: SI___ **NO** X **¿CUAL?** N/A
GRUPO AFROCOLOMBIANO: SI___ **NO** X **¿CUAL?** N/A
NOMBRE DE LA MADRE: Arely Damary Duarte Cuenca
N° CÉDULA: 1006789710 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Miguel
NOMBRE DEL PADRE: Sheyson Roger casanova cheres
N° CÉDULA: 1122339613 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Miguel
N° DE CELULAR: ___
NOMBRE DEL ACUDIENTE: Arely Damary Duarte cuenca
N° CÉDULA: 1006789710 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Miguel
DIRECCIÓN VIVIENDA: 9/el Paraiso **ZONA POBLACIONAL: (R)** X **(U)**___
NUMERO DE CELULAR 3213078758

FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

ANDREA LOPEZ.
NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO

3
R/V

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1126144618

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 64354971

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
CASANOVA	DUARTE

Nombre(s)
YAETLI TZAYANA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2021 Mes SEP Día 06	FEMENINO	O	+

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

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
REGISTRO DE NACIMIENTO EXTRANJERO	2150702443

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
CASANOVA CHERRES SHEYSON ROGER

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1122339613	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
DUARTE CUENCA ARELY DAMARY

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1006789710	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
DUARTE CUENCA ARELY DAMARY

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1006789710	

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 2023 Mes DIC Día 11	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

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

* 64354971 *

Fiel copia del original expedida el 2023/12/11 por MAURA MERCEDES CAMACHO TORRES, CONSUL en el Consulado de Colombia

CONSULADO EN NUEVA LOJA (ECUADOR)

El suscrito (a) CONSUL certifica que el presente documento es fiel COPIA del REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO tomada de su original que reposa en el Ministerio de Relaciones Exteriores, con serial 64354971 de YAETLI TZAYANA CASANOVA DUARTE.

Se expide para DEMOSTRAR PARENTESCO.

La copia se expide el 11 de diciembre de 2023

MAURA MERCEDES CAMACHO TORRES
CONSUL
NUEVA LOJA

La autenticidad de este documento puede ser verificada en: http://verificacion.cancilleria.gov.co
Código de Verificación:CRXML11223313

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 Yaetli Tzayanci Casanova Duarte, identificado (a) con documento de identidad número 1126144618, 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, Arely Damary Duarte cuenca, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1005897710, 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: [signature]
Nombre: Arely Damary Duarte cuenca
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3213078758
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.

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

5

Registro válido

Fecha de consulta: **30/03/2025**

Ficha: **867576741052800008167**

A4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: YAETLI TZAYANA

Apellidos: CASANOVA DUARTE

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1126144618

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **15/03/2024**

Última actualización ciudadano: **15/03/2024**

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: **MARIA ZORAYDA LINARES MONTERO**

Dirección: **Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libertad**

Teléfono: **4210537 - 3213138790**

Correo Electrónico: **sisben@sanmiguel-putumayo.gov.co**

TECNICO EN AGENTE DE TRANSITO, CONTROL Y EDUCACION EN SEGURIDAD VIAL.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:
NEIBIS YULIANA CORTEZ ESTACIO

NOMBRE DEL DOCENTE:
FERMIN ANTONIO URQUIJO CHAVEZ

CENTRO TECNICO SISTEMATIZADO (CTS)

6

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	1126144618
NOMBRES	YAETLI TZAYANA
APELLIDOS	CASANOVA DUARTE
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	SAN MIGUEL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EMSSANAR S.A.S.	SUBSIDIADO	14/03/2024	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	12/05/2025 09:58:52	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...Sanos



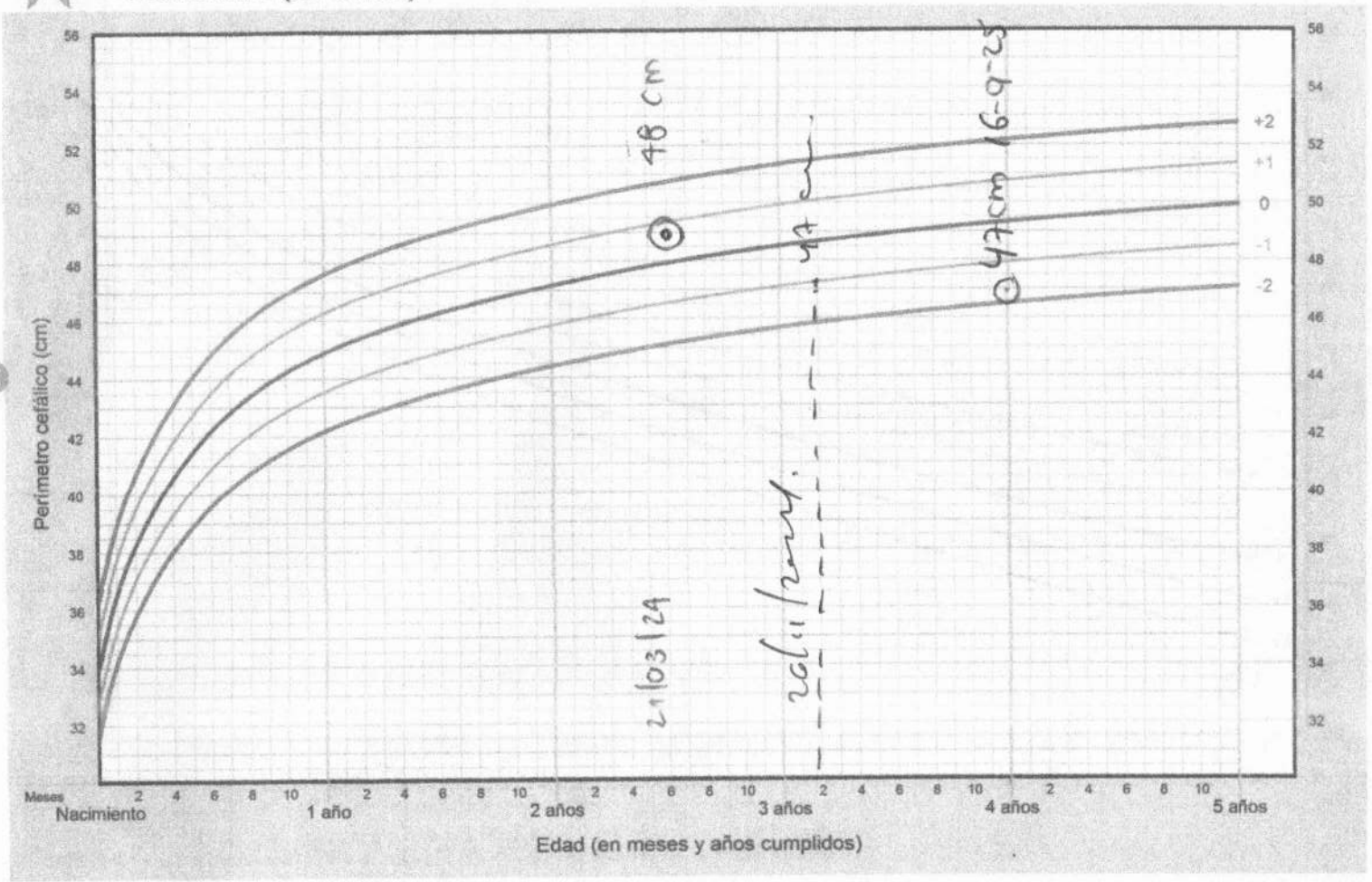
E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

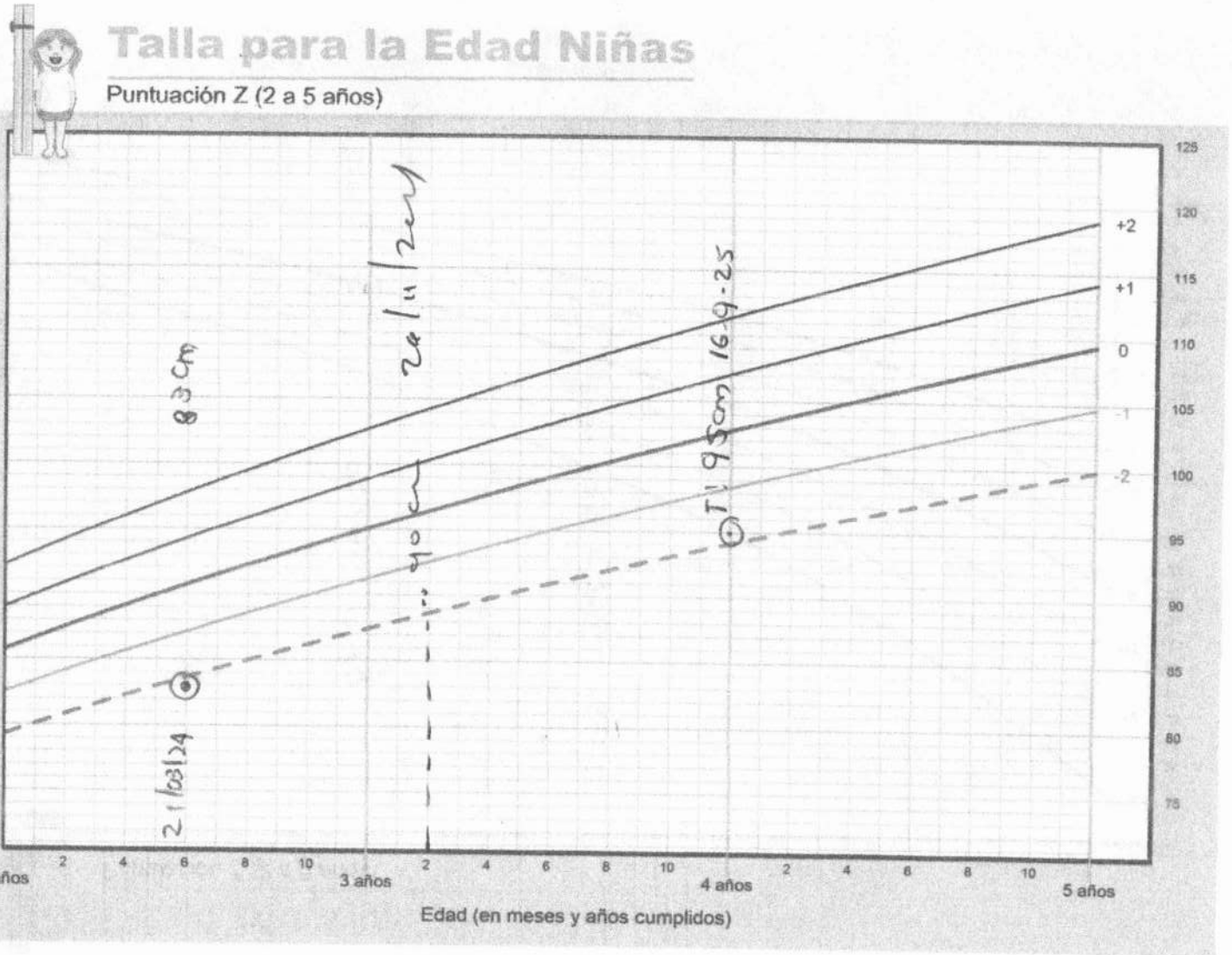
Nombres: Yaetli Tzayana	Apellidos: Casanova Duarte
Fecha de nacimiento: 06 (DÍA) | 09 (MES) | 2021 (AÑO)	Historia Clínica: 1126144618
Barrio/Vereda: Pto. Colón, San Miguel. Dorada	Responsable del niño: Arely Duarte
Teléfono: 3213078758	EPS: EMSSANAR

Perímetro Cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)

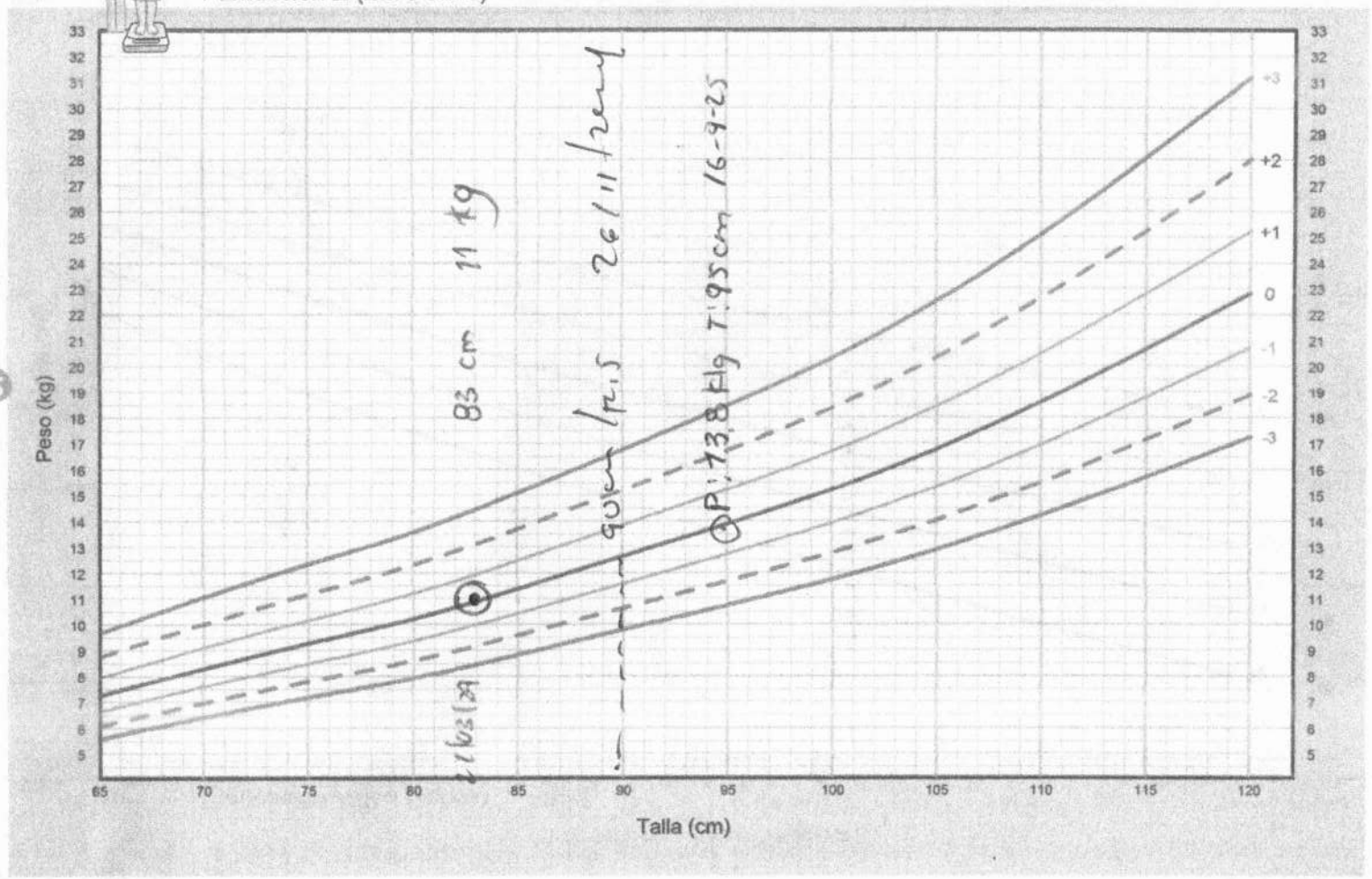


Talla para la Edad Niñas


Talla para la Edad Niñas
Puntuación Z (2 a 5 años)
Talla (cm)
Meses
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)
+2
+1
0
-1
-2
83 cm
2a 11 12 meses
16-9-25
95 cm
4°
21/03/24

Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



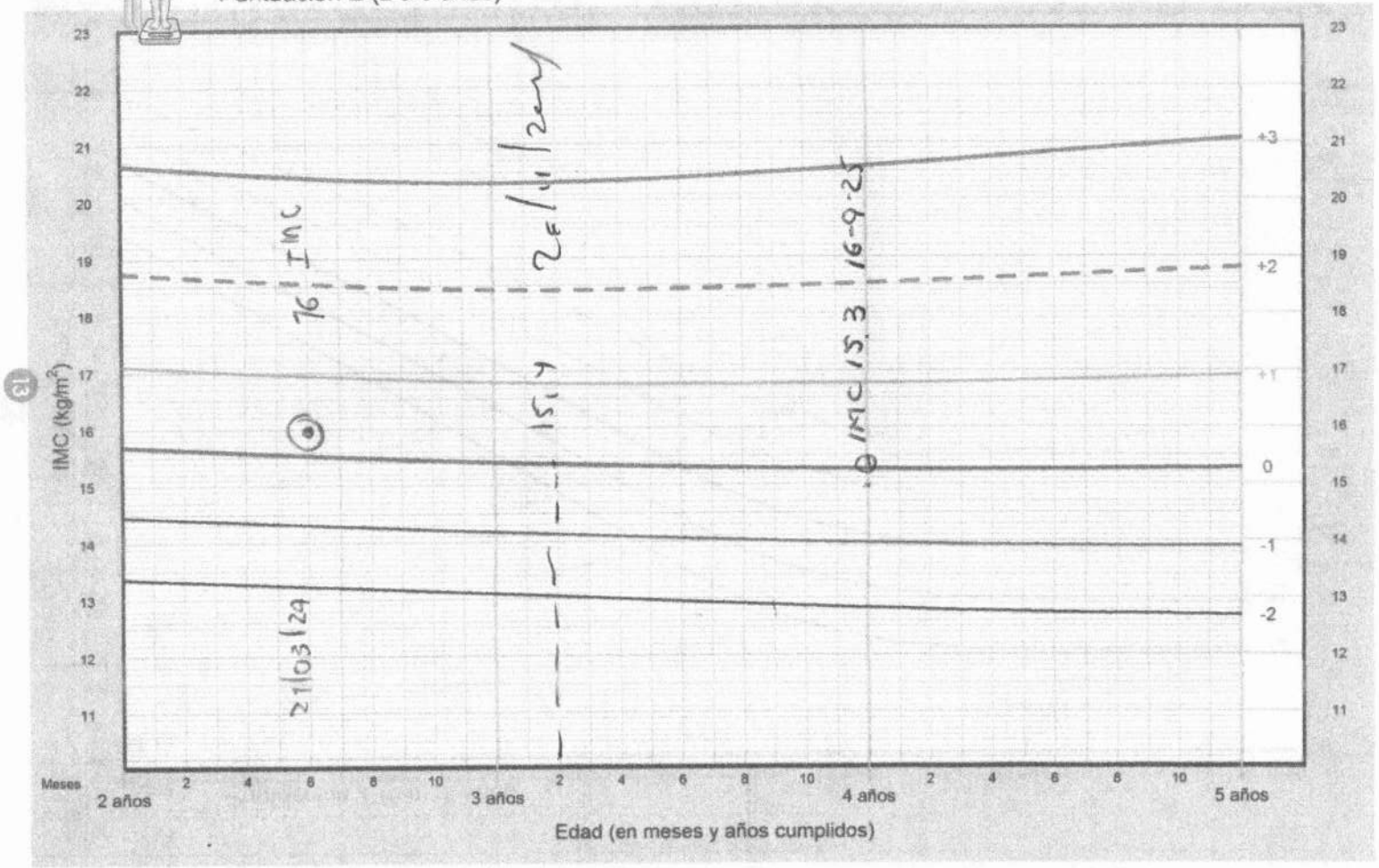
IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)

Talla (cm)

IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
21	03	24	Med	✓	
06	09	24	Med		X
26	11	2024	Med	✓	
08	09	2025			
16	09	2025	Enfer	Sin	Killeny C
06	09	2026	Medico		

Fecha de | Peso | Talla | Perímetro | Perímetro | IMC | Fecha del próximo control | Firma del profesional

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
27/03/24	11 kg	83 cm	48 Cm	14 cm	16	06/09/24	Julissa A. Vargas
26/11/2024	12,5	90	47	14.	15,6	08/09/2025	[illegible]
16-09-2025	13,8	95	47	15,5	15,3	06.09.2026	Milena C.

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

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

CARNET RIAS **PRIMERA INFANCIA**

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA
NIT. 846.002.305-9

Mi prioridad es tu salud...



Nombres y Apellidos: Yaeth Casanare
Doc. de Identidad: 1126144618 EPS: Emssanar
Teléfono: 3213078758 Domicilio: Acerto Colon

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

LILIANA MARIBEL CORDOBA
ADT. EN SALUD ORAL
RES. 8000490-2014

24-SEP-2024
24-SEP-2025
30-9-2025
30-03-2026

Aguderta usual 20/20
16-9-2025

15
R/V



Esquema de vacunas

Nombre: Yaetli Tzayana Casanova Duarte

Número de Documento: 1126144618 Fecha de nacimiento: 06/09/2021

LAS VACUNAS PROTEGEN A SU HIJA DE VARIAS ENFERMEDADES:

Vacuna	Enfermedades que previene la vacuna
BCG	Meningitis tuberculosa
Rotavirus	Diarrea por rotavirus
fIPV-OPV	Poliomielitis (parálisis flácida aguda)
Pentavalente (DPT+HB+Hib)	Difteria, tosferina, tétanos, hepatitis B, meningitis y neumonía por *Haemophilus influenzae* tipo b
Neumococo conjugada	Infecciones por neumococo (neumonía, meningitis, otitis)
DPT	Difteria, tosferina,tétanos
SRP	Sarampión, rubeola y parotiditis (paperas)

Vacuna	Enfermedades que previene la vacuna
Varicela	Varicela
FA	Fiebre amarilla
DT (Pediátrica)	Difteria y tétanos
HB	Hepatítis B
dT (Adulto)	Difteria y tétanos
Influenza estacional	Influenza (gripe estacional)
SR	Sarampión y rubeola
VPH	Prevención de cáncer e infecciones cérvico uterino

Esquema de vacunación niñas de 0 a 11 meses

Tipo Vacunas	Dosis	Edad optima 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	07	09	21	17h	03796251		
Hepatitis B (HB cero)	1 dosis	dentro de las 24 horas	07	09	21	17h	03208011	Lic [illegible]	H.G.H.V.I
**Rotavirus (Diarrea)	1ra. dosis	2 meses	8	11	21	2m	2041123 10050	Lic EL	CSAC
	2ra. dosis	4 meses	20	04	22	7m		Lic C.V	CSEO.
Pentavalente (Difteria, Tosferina, Tétanos, Hepatitis B, Meningitis, Neumonia)	1ra. dosis	2 meses	20	04	22	7m		Lic C.V	CSEO.
	2da. dosis	4 meses	05	03	24	2A	2355A 003A	JeniFFerC	HFLD
	3ra. dosis	6 meses	26	04	24	2A	2055A 00 11A	ISABEL	HFLD
***fIPV (Poliomielitis)	1ra. dosis	2 meses	8	11	21	2m	2122002	Lic EL	CSAC
	2da. dosis	4 meses	10	02	2022	5m	2137 00	Lic C.Q	CSAC
**bOPV (Poliomielitis)	3ra. dosis	6 meses	20	04	22	7m		Lic C.V	CSEO.
Neumococo conjugada (Neumonía, Meningitis, Otitis)	1ra. dosis	2 meses	8	11	21	2m	ESU0163 33	Lic EL	CSAC
	2da. dosis	4 meses	20	04	21	7m		Lic C.V	CSEO.
	3ra. dosis	6 meses	05	03	24	2A	F49925	JENIFFER C.	HFLD

* BCG dosis única: se administraria 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	05	03	24	2A	0132N 0408	JeniFFerC.	HFLD
	2a. dosis	18 meses	01	11	24	3A	0132N 07A	KERLY	HFLD
Fiebre amarilla	1a. dosis	12 meses	05	03	24	2A	W3E21V	JeniFFer.C.	HFLD
Varicela	1a. dosis	15 meses	05	03	24	2A	X006537	JeniFFer.C.	HFLD
DPT (Difteria, Tosferina, Tétanos)	1er refuerzo (4a dosis concomitante DPT)	18 meses	01	11	24	3A	2023A003A	KERLY	HFLD
bOPV (Poliomielitis)	1er. refuerzo (4a. dosis)	18 meses	01	11	24	3A	2239003	KERLY	HFLD.

2d Hepatitis B 050324 2A 032Q018B JeniFFerC. HFLD
DU Hepatitis A 050324 2A W027736 JeniFFer.C. HFLD
Ref Neumococo 050324 2A F49925 JeniFFer.C. HFLD

CTTA SANOS CUMPLIDOS

16
R/V

Esquema de vacunación niñas de 5 a 15 años

Tipo vacunas	Dosis	Edad óptima de vacunación	Fecha de aplicación			Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de salud
			día	mes	año				
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			Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de salud
			día	mes	año				
Influenza	1ra	6m.							
DPT	3d	2A	26	04	24	2822406A	FDABC1	HFID	
HB	3d	2A.	26	04	24	0324018B	FDABC.	HFID.	

Observaciones: .....

.....

Otras vacunas

Esquema de vacunación ante shock anafiláctico por componente pertúsico

Tipo vacunas	Dosis	Edad óptima de vacunación	Fecha de aplicación			Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de salud
			día	mes	año				
*DT pediátrica	1ra. dosis	Captación							
	2da. dosis	2 meses después de la 1ra. dosis DT							
	3ra. dosis	6 meses después de la 2da. dosis DT							
**Hepatitis B	1ra. dosis	Captación							
	2da. dosis	2 meses después de la 1ra. dosis HB pediátrica							
	3ra. dosis	6 meses después de la 2da. dosis HB pediátrica							

Observaciones: .....

.....

*DT sólo ante casos de reacción anafiláctica a la vacuna pentavalente que incluye componente DPT
**HB pediátrica (sólo ante casos de reacción anafiláctica a la vacuna pentavalente que incluye componente DPT)

Esquema de vacunación influenza estacional

Tipo vacunas	Dosis	Edad óptima de vacunación	Fecha de aplicación			Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de salud
			día	mes	año				
6 a 11 años	Influenza estacional	1ra. dosis	26	04	24	2A	24004 7900	ISABEL.	HRD.
		2da. dosis (al mes de la 1ra. dosis)	17	04	24	3A	U5052 4008	ISABEL	HRD
12 a 23 meses		Una dosis							
2 años (24 a 35 meses)		Una dosis							
3 a 5 años (36 a 59 meses)		Una dosis							

18
R/V

Control de crecimiento y desarrollo de su hija menor de un año (de 0 a 11 meses de edad)

Fecha día	mes	año	Edad (meses)	Peso (Kg)	Longitud (cm)	Perímetro cefálico (cm)	Hemoglobina (g/dL)	Alimentación: Lact. materna exclusiva	Alimentación: Fórmula	Alimentación: Líquidos	Alimentación: Semisólidos	Suplementación: Hierro en gotas	Suplementación: Hierro en polvo	Suplementación: Vitamina A	Observaciones
13	09	21	7d	3.280	51	33	-	Si	-	-	-	-	-	-	2001.
13	10	21	1m 7d	4.85	54.5	35.5	-	✓	✓	-	-	-	-	-	2001
13	12	21	3m	6.3	60.5	39.5	ND	SI	SI	MADRE PERSISTE EN SUCCIONES DE LA LECHE MATERNA	MONITOREAR				2001

La normativa de suplementación con hierro en polvo, indica que el rango de edad para iniciarla es de 6 a 23 meses (un sobre pasando un día, hasta completar 90 sobres).

RESUMEN PRIMER AÑO (0 a 11 meses de edad)

Vacunación completa: si ◯ no ◯

Tamizaje metabólico: si ◯ no ◯ Resultado normal: si ◯ no ◯

Tamizaje auditivo: si ◯ no ◯

Suplementación completa: si ◯ no ◯

Controles de salud según norma: (12 consultas) si ◯ no ◯

Estado nutricional

Antropometría

Son las dimensiones del cuerpo humano con el propósito de valorar el crecimiento

Normal ◯
Baja talla ◯
Bajo peso ◯
Sobrepeso/obesidad ◯

Anemia si ◯ no ◯

Hitos del desarrollo

Sostiene la cabeza de 1 a 3 meses de edad si ◯ no ◯





Hace pinza a los 3 meses de edad si ◯ no ◯

Se sienta de 4 a 6 meses de edad si ◯ no ◯





Gatea o da sus primeros pasos de 10 a 12 meses de edad si ◯ no ◯

Tamizaje de neurodesarrollo: si ◯ no ◯

Resultado normal: si ◯ no ◯

◯ ***Alerta*** *Estimule a la niña, háblele suavemente, sonríale, tómela en los brazos, cántele, póngale música suave, transmítale amor y calma en un ambiente tranquilo.*

19
R/V

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

ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACION 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 04 AÑO 2025 HORA: 3:45PM.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Yaetli Tzayana APELLIDOS Casanova Duarte

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ NÚMERO: 1.126.144.618

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 06 MES: 09 AÑO: 2021 EDAD: 3 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Emssanar Tel: 3213078758.

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: [signature]

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

Nombres Arely Apellidos Duarte

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1006789710

Firma: [signature]

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 ☐ numero _____

de _____

Firma del Rogado

Huella dactilar o plantar del Rogante

C.C. N° _____

C.C. N° _____

Nombres y apellidos del vacunador: Jeniffer Yulieth Cabezas Meneses

Firma [signature] Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 1126446069

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFU

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.

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

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

CARNET RIAS **PRIMERA INFANCIA**

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA
NIT. 846.002.369-9

Mi prioridad es tu salud...



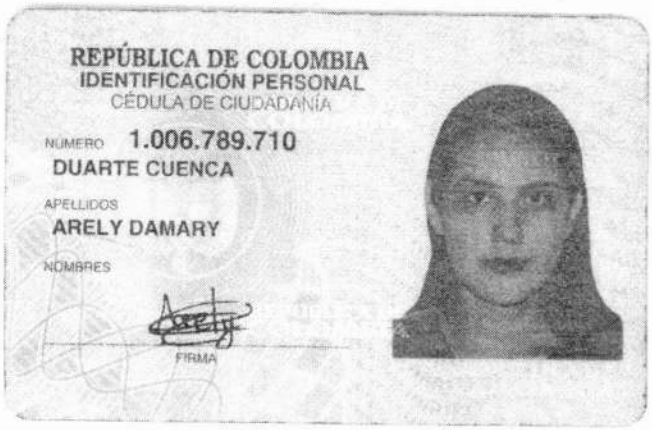
Nombres y Apellidos: Yaetli Cascavo
Doc. de Identidad: 1126144618 EPS: Emssanar
Teléfono: 3213078758 Domicilio: Puerto Colon

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

LILIANA MARIBEL CORDOBA
AUX. EN SALUD ORAL
REG. 6500498 2021

24 SEP 2024
24-SEP-2025
30-9-2025
30-03-2026

Agudeza visual 20/20
16-9-2025



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.006.789.710

DUARTE CUENCA

APELLIDOS

ARELY DAMARY

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 04-AGO-1998

SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

04-MAY-2021 SAN MIGUEL(LA DORADA)

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

P-6401800-01245197-F-1006789710-20210715 0074955714A 1 56516038

22

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 Superservicio

Código de Suscripción	SM 30192	Pago oportuno hasta:	20-ENE-2025	Mes Facturado
Factura Nro.	2036916441	Suspensión a partir de:	21-ENE-2025	DICIEMBRE 2024

1. Información General

Nombre:	OLIVER ORDOÑEZ MARTINEZ	Último pago	12-DIC-2024	$ 79.570	Fecha de Expedició
Dirección:	BR EL PARAISO	Tuve servicio de energía entre:	07 NOV-2024 - 06-DIC-2024 (29)		23-DIC-20

Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Área	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Tarifa	División Geopolítica
SM1	5301	10	1	RESIDENCIAL	RURAL	1	6	AEREA	EMPRESA	105	SAN MIGUEL - PUERTO COLON

2. Información Consumo Energía

Componentes del Costo (CU)*: Generación 455.29 + Transmisión 55.37 + Distribución 254.70 + Comercialización 121.02 + Pérdidas 62.32 + Restricción 8.41 = CU 955.10 ($/KwH)

2A. Información Medidor

Marca	Serial	Factor Multiplo
MET	14038477	1

2B. Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	7787	7721
Reactiva:		

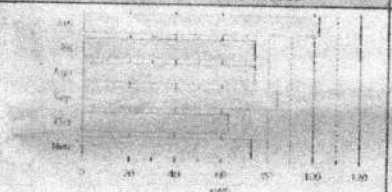
Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

2C. Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	66		
Consumo Reactiva KVarh:	0		
Costo del consumo $	63036.6		
Tarifa (hasta 173 Kwh):	399.83		
Subsidio: %	58.13	$	-36647.84
Contribución: %	0	$	0
Sub Total $	26388.76		

Meses en deuda: 1 % Tasa Interés Moratorio: 5

2D. Consumo Ultimos 6 Meses



Promedio: 78

2E. Información Calidad del Servicio

Tel. O.R. EEPB 01 8000 34 2415
Transformador SPC129 Grupo 32
DUG 95.56 FRUG 36 Circuito 14
Cargo D 243.94 Dacio % 18
CEC 75.19
DIU 91.77 FIU 82.00
HC 0.00 VC 16.00
Valor a compensar 3.301.66

3. Información de Créditos EEBP

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

Gerente General

4. Detalle Conceptos del Servicio de Energía

Conceptos EEBP	Valor Liquidado	Saldo Anterior	Saldo a Favor o Anticipado	TOTAL
ACTIVA SENCILLA MONOMIA	63,036.60	0	0.60	63.037
SUBSIDIO	36,647.84	0	0.00	36.648
AJUSTE A SUBSIDIO	1,573.34	0	0.00	1.574
COMPENSACION RES CREG 015/2018	3,301.66	0	0.00	3.302
AJUSTE A LA DECENA	0.84	0	0.00	1

5. Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP

24.660

6. Información Facturación Convenio Impuesto Alumbrado Publico

Sujeto Activo	Operador A.P.	Convenio No.	Dirección PQR	Valor Periodo	Saldo Ant.	Valor Total
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL	MUNICIPIO SAN MIGUEL	ACUERDO 008 31/08/2023	Cra 4 Cll 7 Esquina	4.770		4,770

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*	Alcaldia San Miguel	Cra 4 Cll 7 Esq B/La Libertad	6.000	0	0	6,000

*Aseo: Frecuencia Semanal > No Aprovechables: 3 Barrido: 3

8. Información Facturación Otros Convenios

Concepto	Empresa	Dirección PQR y/o Teléfono	Valor Tarifa	Saldo Anterior	Valor Total
					0
					0
					0

Total EEBP	+	Total Impuesto Alumbrado público	+	Total Aseo y/o Alcantarillado	+	Total Otros Convenios	=	Debo pagar en Total
24,660		4,770		6,000		0		35,430

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

www.eebpsa.com.co @eebpsaesp /eebpsa

(415)7709998005532(8020)1000203691644105(3900)0000035430(96)20250120

CUFE: 4e18bcc8f2fdf0ec80b223ed8e7c839aff61d8a3441565daab9f71e4ab52ea c303b52aaf509cea02eb51eae1a50240ca3

Fac. Electronica: EEBP 37855

Resolución de facturación electrónica DIAN No 18764083711901
de fecha 20\11\2024 desde No 1 hasta No. 1000000
vigencia 20\11\2024

31 $104.350

Esta Factura presta Mérito Ejecutivo de acuerdo a las Normas del Código Civil y Comercial Ley 142 Art. 130

(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

Arely Duarte
Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Angela 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 24 R/V

Ciudad

Nombre completo de la niña o niño Yaetli Tzayana Casanova Duarte

Fecha de nacimiento 06 09 2022 **N° Documento de Identidad** 1126144618

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 25 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, ya que cumple con los items de las dimensiones fundamentales acorde al rango de edad, se continuara fortaleciendo su integración, participacion e independencia y comunicacion verbal 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 01 10 2025

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

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

Observaciones generales

la niña se encuentra en un perfil esperado, ya que comple con algunos items acorde a su edad se continuara fortaleciendo, su autonomia e independencia, disfruta de las actividades, diarias y cuenta historias cortas.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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

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

Observaciones generales

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

ración itativa ⇨	Relación con los demás														Relación consigo misma/o											Relación con el mundo								
	Comunicación						Interacción						Construcción de normas			Identidad						Autoestima			Manejo corporal			Conocimiento de los objetos			Relaciones de causalidad			Representación de la Realidad Social		
	Verbal			No verbal			Independencia			Cooperación			Autonomía			Personal			Social																
	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a
0 a 6 meses	1 2 3	1 2 3	1 2 3	4 5	4 5	4 5	6 7	6 7	6 7	8 9	8 9	8 9	10	10	10	11 12 13	11 12 13	11 12 13	14 15	14 15	14 15	16 17 18	16 17 18	16 17 18	19 20 21 22	19 20 21 22	19 20 21 22	23	23	23	24	24	24	25	25	25
6 meses y 1 día a 12 meses	1 2	1 2	1 2	3 4	3 4	3 4	5 6 7 8	5 6 7 8	5 6 7 8	9 10	9 10	9 10	11 12 13 14	11 12 13 14	11 12 13 14	15 16 17 18	15 16 17 18	15 16 17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22	22	22	23 24 25 26	23 24 25 26	23 24 25 26	27 28	27 28	27 28	29 30 31	29 30 31	29 30 31	32 33	32 33	32 33
1 año y 1 día a 2 años	1 2	1 2	1 2	3 4 5	3 4 5	3 4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9 10	9 10	9 10	11 12	11 12	11 12	13 14	13 14	13 14	15 16	15 16	11 16	17 18 19	17 18 19	17 18 19	20 21	20 21	20 21	22 23	22 23	22 23	24	24	24	25 26	25 26	25 26
2 años y 1 día a 3 años	1 2 3	1 2 3	1 2 3	4 5	4 5	4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9	9	9	10 11 12	10 11 12	10 11 12	13 14	13 14	13 14	15	15	15	16 17 18	16 17 18	16 17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22 23 24	22 23 24	22 23 24	25 26	25 26	25 26	27	27	27
3 años y 1 día a 4 años	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9 10 11	9 10 11	9 10 11	12	12	12	13 14 15 16	13 14 15 16	13 14 15 16	17 18	17 18	17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22 23 24 25	22 23 24 25	22 23 24 25	26 27	26 27	26 27	28 29 30	28 29 30	28 29 30	31 32 33 34	31 32 33 34	31 32 33 34	35 36	35 36	35 36
4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días	1 2	1 2	1 2	3	3	3	4 5	4 5	4 5	6 7	6 7	6 7	8	8	8	9 10	9 10	9 10	11 12	11 12	11 12	13 14	13 14	13 14	15	15	15	16 17	16 17	16 17	18	18	18	19 20	19 20	19 20

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL

Fundación Alma de Vida
Fortaleciendo caminos de esperanza
Salud mental, pedagogía y desarrollo social

BIENESTAR FAMILIAR

2S R1V

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Tratana casanova 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)
20-11-2025	Mediante via a whatsapp madre Pidio Permiso de la niña Por motivo de paseo escolar de la hermana de la niña.	Agente educativo brindo cordial saludo, se indago estado de salud la cual madre manifesto "Profe la niña esta muy bien de salud como mi hya mayor tiene Paseo un poco lejos del Pueblo boy como madre acompañante y me llevo a la niñar se indago a la madre aque parte iran a ir a Piscina en la dorada manifesto la mama ll se le recomendo a la madre ester al pendiente de la niña adema recordarle la asistencia diaria es importante en el desarrollo de la niña e informar cualquier novedad durante el dia.	Andrea lopez	Anap

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
21-4-2025	siendo las 4:10 pm se realizo llamada indagando a la madre como se encontraba la niña la cual madre manifesto lleprofe la niña esta muy bien a las 3:00 pm y la estuvimos en casa" el dia de mañana se espera que la niña asista. ANDREA LOPEZ A. Educativo. la niña asistio a la unidad de atencion, se observa que posee buena salud y un buen estado de animo se le pido a la madre firmar la novedad. ANDREA LOPEZ A. Educativo. Madre

BIENESTAR FAMILIAR

26 R/V

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Tatiana casanova **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)
10-11-2025	Mediante llamada telefonica madre se comunico informando que la niña el dia de hoy no podra asistir.	Agente educativo brindo cordial saludo la cual indago estado de salud donde la madre manifesto "Profe la niña amaneco bien hoy no la pude llevar ya que me surgio una diligencia personal y me voy junto con la niña al lago agrio - Ecuador y llego tarde y el papa no se encuentra le agradesco su comprencion" se le recordo a la mama la importancia de la asistencia diaria de la niña ademas informar cualquier novedad durante el dia.	Andrea lopez	

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
11-11-2025	la niña asistio ala Unidad de atención se observa que ingresa en buen estado de salud, se indago ala madre si se presento alguna novedad el dia de ayer la cual manifesto " no Profe el dia de ayer realize mis diligencias y la niñes estaba muy tranquila y bien ". sele recordo ala mamita la asistencia diaria y sele pidio firmar la novedad. ANDREA LOPEZ A-Educativo Madre.

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

27
EIV

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Tzayana Casanova **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Jardin **AGENTE EDUCATIVO:** Andrea López

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)
14-10-2025	la niña no asistio ala unidad de atención.	Agente educativo realiza llamada telefonica la cual, madre atendió la llamada se indago su estado de salud madre manifesto que se encuentra muy bien se indago motivo de inasistencia madre refirio "Profe que pena la verdad se me olvido que el dia de hoy empre saben los niños al servicio y me quede dormida" se le recomendo ala mama estar pendiente los mensajes del grupo ya que Por ese medio se informo que los niños ingresaban ademas la importancia de la asistencia de la niña al servicio.	Andrea López.	Aud

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
15-10-2025	la niña ingreso ala unidad de atención, se observa ala niña en buenas condiciones de salud se le recordo ala madre la importancia de la asistencia en el desarrollo de la niña y se le pidio firma la novedad. ANDREA LOPEZ A. educativo Madre.

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

28
RIV

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Tzayana Casanova **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Jardin **AGENTE EDUCATIVO:** Andrea I.

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	Madre mediante llamada telefonica Pidio permiso de la niña.	Agente educativo brindo cordial Saludo en donde indago el estado de salud de la niña la cual made manifesto " pote la niña esta bien no lo Pude llevar Por que me surgio un imprevisto y me voy have unas diligencias personales" se indago ala made hasta donde se dirigian manifestando " para la hormiga" se le recomendo ala mamita informar cualquier novedad durante el dia.	Angela Lopez.	

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
2-10-2025	la niña ingreso a la unidad de atencion se observa a la niña aparentemente en buen estado de salud, se le pidio a la mamita firmar la novedad. ANDREA LOPEZ A educativo Madre.

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

29
21V

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Tatiana Casanova **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)
25-04-2025	Control a higiene oral.	Agente educativo le informo al Padre de familia que la niña para el dia 28-04-2025 tiene control a higiene oral por lo tanto se le pidio sacar cita ya que es muy importante los controles.	ANDREA LOPEZ.	Anab

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
29-09-2025	Saliendo de jornada madre nfomo que la niña le agendaron cita del control para mañana 30-09-2025 por lo tanto pido permiso para llevarla el dia de mañana. se le recomendo a la mamita traer copia del control a realizar. ANGELA LOPEZ A-Educativo Madre

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

30
e/v

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Zayanet casanova **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Jardín **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)
15-09-2025	la niña no asistio a la unidad de atención.	no se logro comunicación por que no hay señal por lo tanto se espera que llegue para poder realizar llamada telefonica.	ANDREA LOPEZ.	

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

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
16-09-2025	se realizo llamada siendo las 4:22 pm la cual se brindo cordial saludo se indago el estado de salud y motivo de inasistencia, la cual madre manifesto "Profe la niña esta muy bien como no habia energia ni señal y como mi hija la que estudia no tuvo clases nos fuimos para donde la abuela de la niña mediante el dia de mañana ya la llevo" la cual se le recomendo a la mama la asistencia diaria de la niña ya que es muy importante en su desarrollo infantil. ANDREA LOPEZ A-Educativo Madre la niña ingreso ala unidad de atención se observa ala niña en buen estado de salud se le pidio ala mama firmar la novedad. ANDREA LOPEZ A-Educativo Madre