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

Fecha de diligenciamiento: 01 04 2025

## INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

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

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

Unidad de Servicio sugerida: C.D.I Fronteras de Paz

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

Número de documento: 1.122.344.339

Fecha nacimiento: 16 11 2023

Nombres: Kael Argenis

Apellidos: Contreras Marquez

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: Urbana

Barrio: Los Prados

Vereda:

Sector: N/A

Dirección: Al respaldo de la casa cultural del municipio

## 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: 27.744.011

Nombres: Kelis Yohana

Apellidos: Marquez Perez

País de nacimiento: Venezuela

Fecha nacimiento: 27 07 1995

Correo electrónico: Marquezkelly756@hotmail.com

Número de celular: 3228118472

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: Kelis M.

Nombre y Firma del profesional que diligencia: yadini aron

Observaciones:

Fundación Alma de Vida

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



**NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:**
Kael Argenis Contreras Marquez

**N° DOCUMENTO:** 1.122.344.339 **TIPO DOCUMENTO:** RC X CC ___ OTRO ___
**FECHA DE NACIMIENTO:** 18-Noviembre-2023 **EDAD:** 1.año,4 meses
**LUGAR DE NACIMIENTO:** Colombia Putumayo Puerto Asis

**NOMBRE DE LA UDS:** C.D.I Fronteras de Paz
**CODIGO UDS:** 867571126972 **BARRIO/VEREDA:** 7 de Agosto
**FECHA DE INGRESO:** 01-Abril-2025 **FECHA DE RETIRO:** _____

**SISBEN:** _____ **EPS:** Nuevo EPS **RÉGIMEN (C)** ___ **(S)** X
**DESPLAZADO:** SI ___ NO X **DISCAPACIDAD:** SI ___ NO X **¿CUAL?** _____
**GRUPO ETNICO:** SI ___ NO X **¿CUAL?** _____
**GRUPO AFROCOLOMBIANO:** SI ___ NO X **¿CUAL?** _____
**NOMBRE DE LA MADRE:** Kelis Yohana Marquez Perez
**N° CÉDULA:** 27.744.011 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Venezuela
**NOMBRE DEL PADRE:** Jakson Argenis Contreras Marquez
**N° CÉDULA:** 28.038.818 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Venezuela
**N° DE CELULAR:** 322811 8472.
**NOMBRE DEL ACUDIENTE:** _____
**N° CÉDULA:** _____ **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** _____
**DIRECCIÓN VIVIENDA:** _____ **ZONA POBLACIONAL:** (R) ___ (U) ___
**NUMERO DE CELULAR** 3228118472

Kelis M.
**FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE**

Yeraini Giron.
**NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO**

321 48 93 186
321 77 48 798
almadevida@outlook.com

3

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.122.344.339

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 63700331

*63700331*

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código X 6 7

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o inspección de Policía

REGISTRADURIA DE SAN MIGUEL(LA DORADA) - COLOMBIA - PUTUMAYO - SAN M

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| CONTRERAS | MARQUEZ |

Nombre(s): KAEL ARGENIS

Fecha de nacimiento: Año 2023 Mes NOV Día 16 | Sexo (en letras): MASCULINO | Grupo sanguíneo: O | Factor RH: POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA PUTUMAYO PUERTO ASIS

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO | Número certificado de nacido vivo: 2311531074550 9

**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: MARQUEZ PEREZ KELIS YOHANA

Documento de identificación (Clase y número): DE 27744011 | Nacionalidad: VENEZUELA

**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 segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: CONTRERAS ARRIETA JACKSON ARGENIS

Documento de identificación (Clase y número): DE 28038818 | Nacionalidad: VENEZUELA

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos: MARQUEZ PEREZ KELIS YOHANA

Documento de identificación (Clase y número): DE 27744011 | Firma: Kelis M.

**Datos primer testigo**

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número): | Firma:

**Datos segundo testigo**

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número): | Firma:

**Fecha de inscripción**

Año 2023 Mes DIC Día 05

Nombre y firma del funcionario que autoriza: ALENK GISSELA ARIAS REALPE - REGI

Nombre y firma

**Reconocimiento paterno**

Jackson C

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

05.DIC.2023 - VALIDO PARA DENUNCIA DE NACIONALIDAD. SEGUN RESOLUCION 8617 DEL 19 DE AGOSTO DEL 2021.. LIBRO DE VARIOS - NO. 217

ESPACIO RESERVADO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
Adhesivo Copia Registro Civil
35416007-5

ESTA REPRODUCCIÓN FOTOMECÁNICA ES FIEL COPIA DE SU ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURÍA

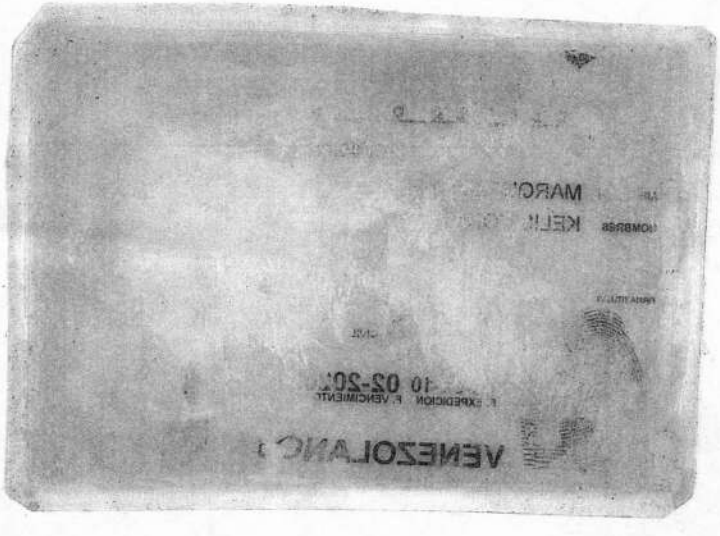
San Miguel (La Dorada) - Putumayo, 05 de diciembre de 2023
VALIDO PARA TRAMITES LEGALES Y CIVILES.

ALENK GISSELA ARIAS REALPE
Registradora Municipal del Estado Civil ( E )

REGISTRADURÍA
DEL ESTADO CIVIL


REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
CEDULA DE IDENTIDAD
V 28.038.818
142
Gustavo Vizcaino
Director
APELLIDOS CONTRERAS ARRIETA
NOMBRES JACKSON ARGENIS
Jackson C
31/01/2000
F. NACIMIENTO
SOLTERO
EDO CIVIL
20/09/2022
F. EXPEDICION
09/2032
F. VENCIMIENTO
VENEZOLANO


CEDULA DE IDENTIDAD
V 27.744.011
MM23
APELLIDOS MARQUEZ PEREZ
NOMBRES KELIS YOHANA
Dante Rivas
Director
27-07-95 SOLTERA
F. NACIMIENTO EDO CIVIL
25-02-10 02-2020
F. EXPEDICION F. VENCIMIENTO
VENEZOLANA



Sisbén

Departamento Nacional de Planeación

**Fecha de consulta:** 09/12/2025

**Ficha:** 86757674952700002669

**Pobreza extrema**

DATOS PERSONALES

**Nombres** KAEL ARGENIS

**Apellidos** CONTRERAS MARQUEZ

**Tipo de documento** Registro Civil

**Número de documento** 1122344339

**Municipio** SAN MIGUEL

**Departamento** PUTUMAYO

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

**Encuesta vigente** 19/02/2024

**Última actualización ciudadano** 05/12/2025

**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 |

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 | 1122344339 |
| NOMBRES | KAEL ARGENIS |
| APELLIDOS | CONTRERAS MARQUEZ |
| FECHA DE NACIMIENTO | **/**/** |
| DEPARTAMENTO | CASANARE |
| MUNICIPIO | YOPAL |

**Datos de afiliación :**

| ESTADO | ENTIDAD | REGIMEN | FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA | FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
|---|---|---|---|---|---|
| ACTIVO | NUEVA EPS S.A. | SUBSIDIADO | 01/08/2024 | 31/12/2999 | CABEZA DE FAMILIA |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Impresión:** | 12/05/2025 14:37:04 | **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

nueva eps

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) KAEL ARGENIS CONTRERAS MARQUEZ identificado(a) con RC 1122344339 se encuentra afiliado a la EPS.

**Fecha de Activación de Servicios: 01/08/2024**

**Estado de la Afiliación:** **Vigente**

**IPS:** **SUBSIDIADO-E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA**

**Categoría:** **SISBEN_1**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 23 días del mes 6 del año 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

**Observaciones:**

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS. NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

# CARNET DE CONTROL

## NIÑO Y NIÑA

## ...Sanos



E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

## MIS DATOS

| | |
|---|---|
| Nombres: Kael Argenis | Apellidos: Contrera Marquez |
| Fecha de nacimiento: D 18 M 11 2023 | Historia Clínica: 1.122 344 339 |
| Barrio/Vereda: San Felipe | Responsable del niño: Kellys Marquez |
| Teléfono: | EPS: Mallamas |

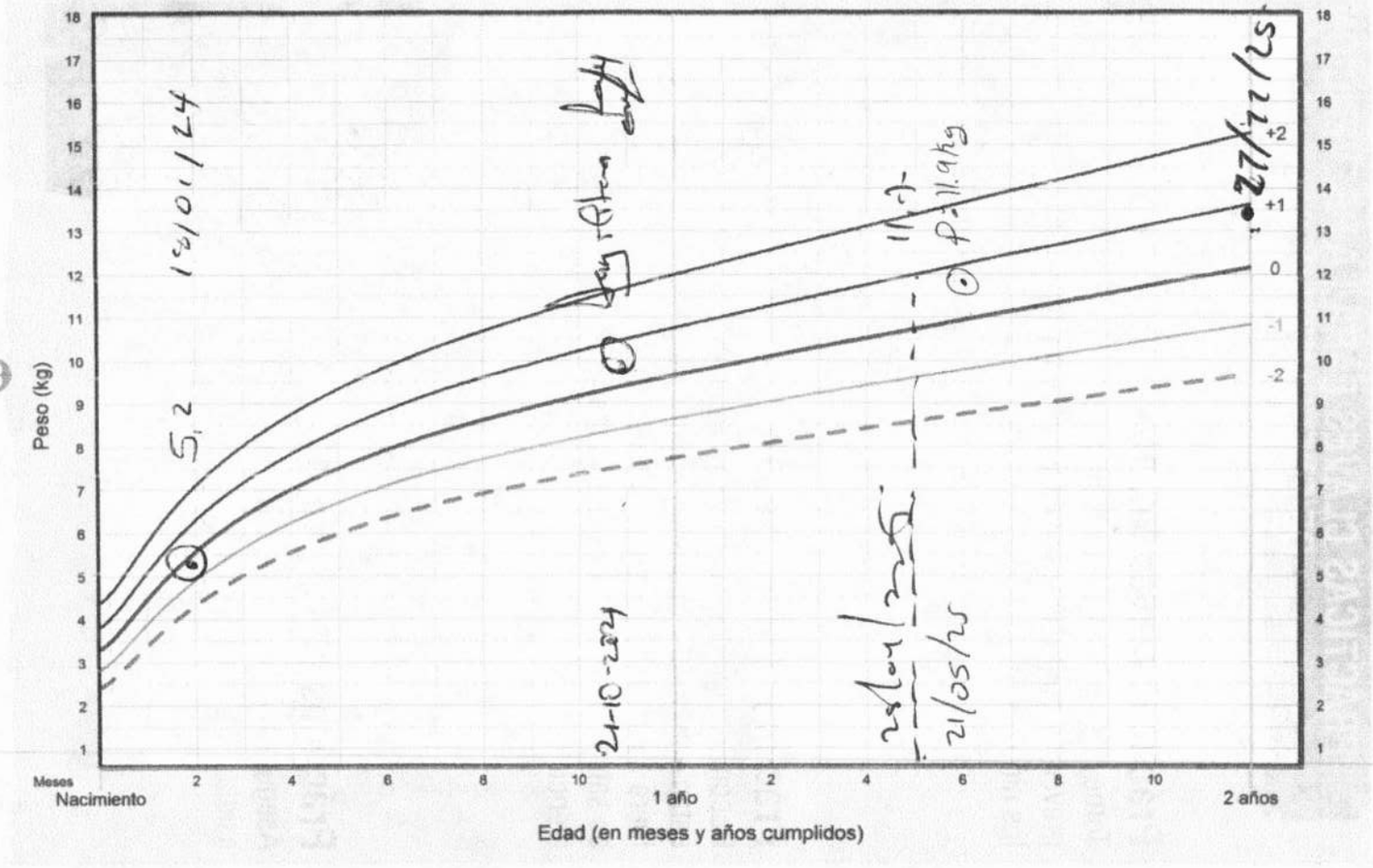
# CITAS PROGRAMADAS

| DÍA | MES | AÑO | HORA | ASISTIÓ SI | ASISTIÓ NO |
|---|---|---|---|---|---|
| 14 | Enero | 2024 | Mañ | Si | |
| 18 | Marz | 2024 | Ent | | X |
| 28 | 04 | 2025 | Tarde | ✓ | |
| 29 | 05 | 2025 | Jefe | Sr | P. de Rx |
| 18 | nov | 2025 | Med | | |
| 18 | Abril | 2026 | Enf. | | |

Dra. Cindy Cabrera
Médico General
R.M. 6702185 - Uovalle

# Peso para la Edad Niños

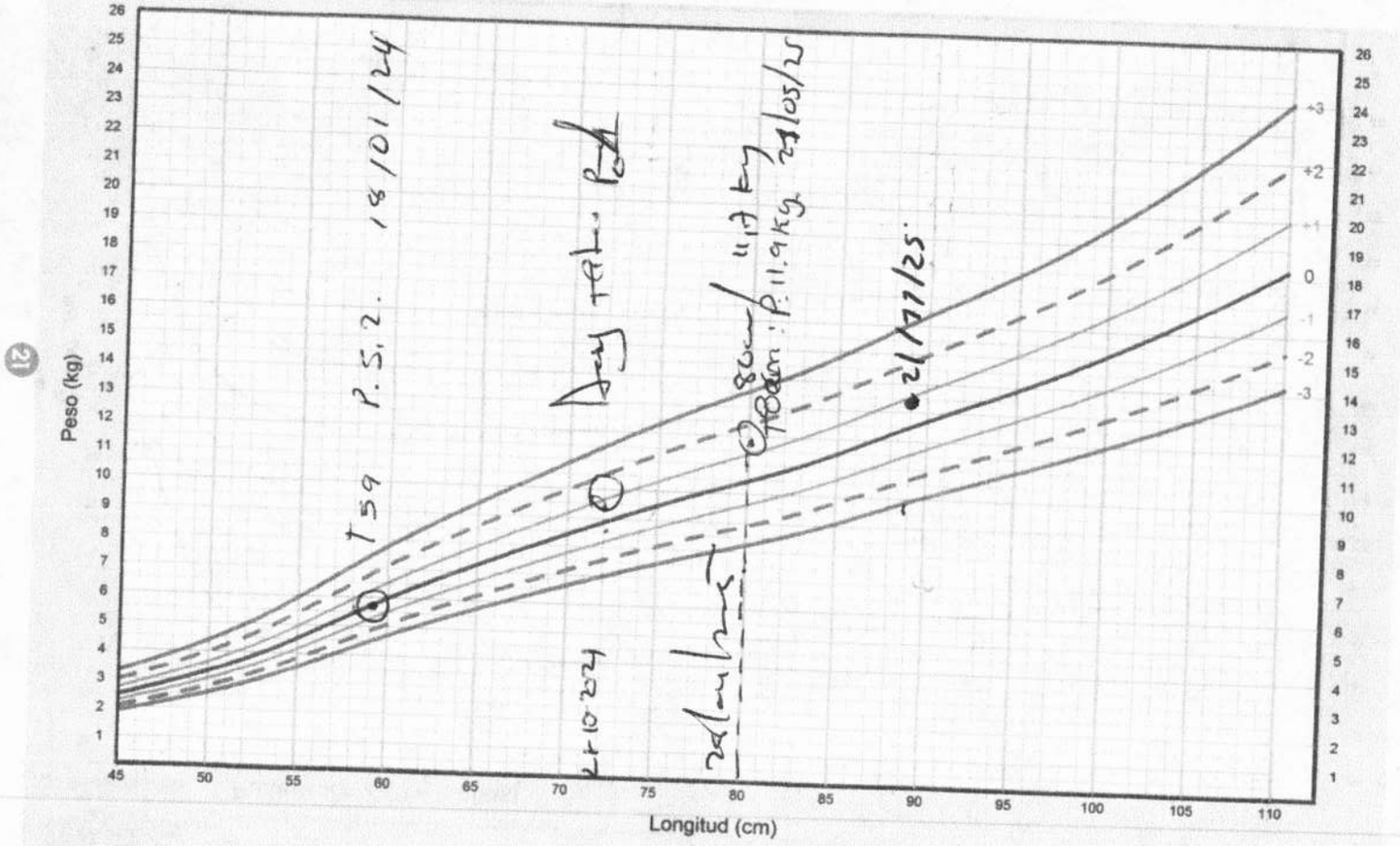
Puntuación Z (0 a 2 años)





# Peso para la Talla Niños

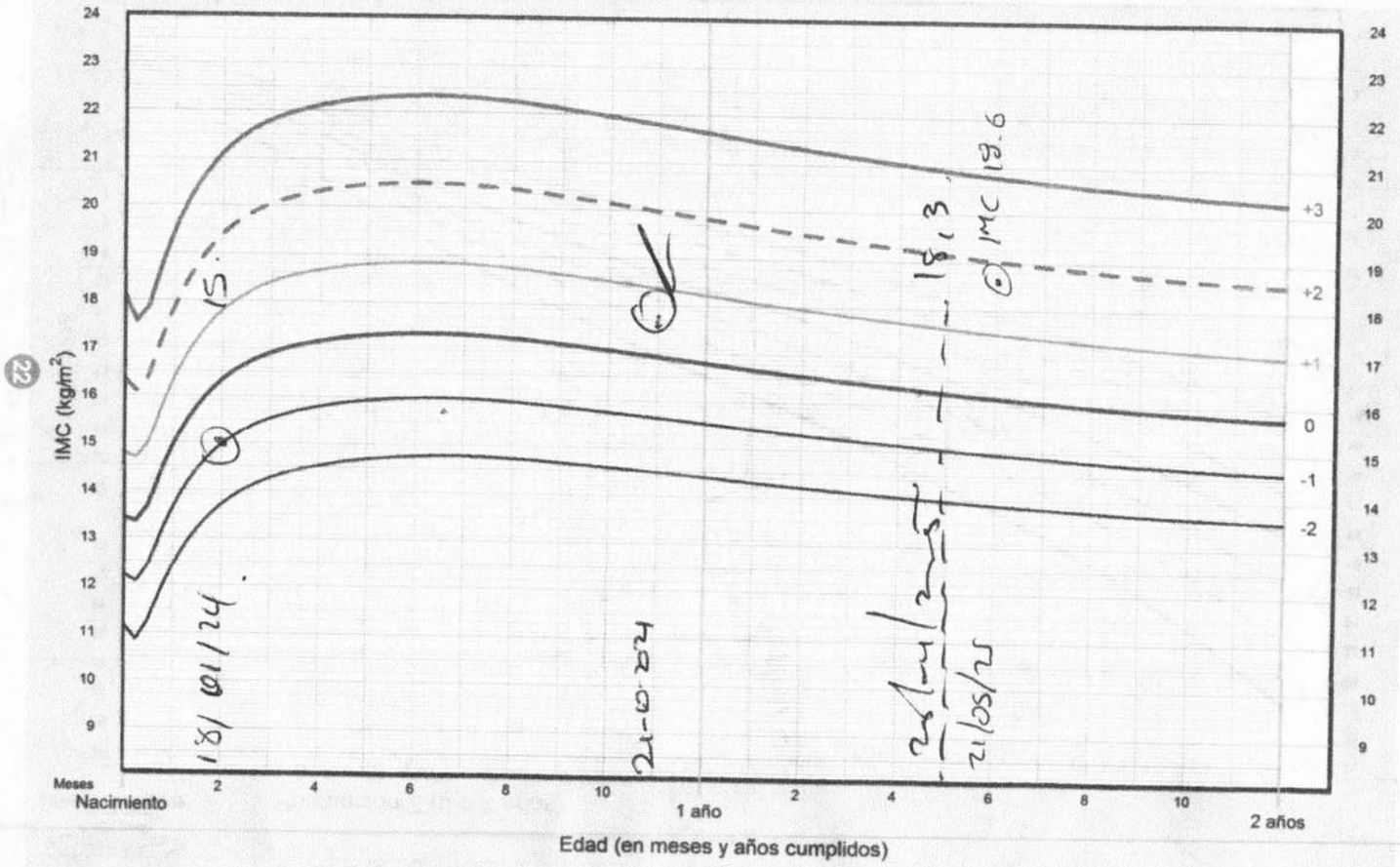
Puntuación Z (0 a 2 años)



13

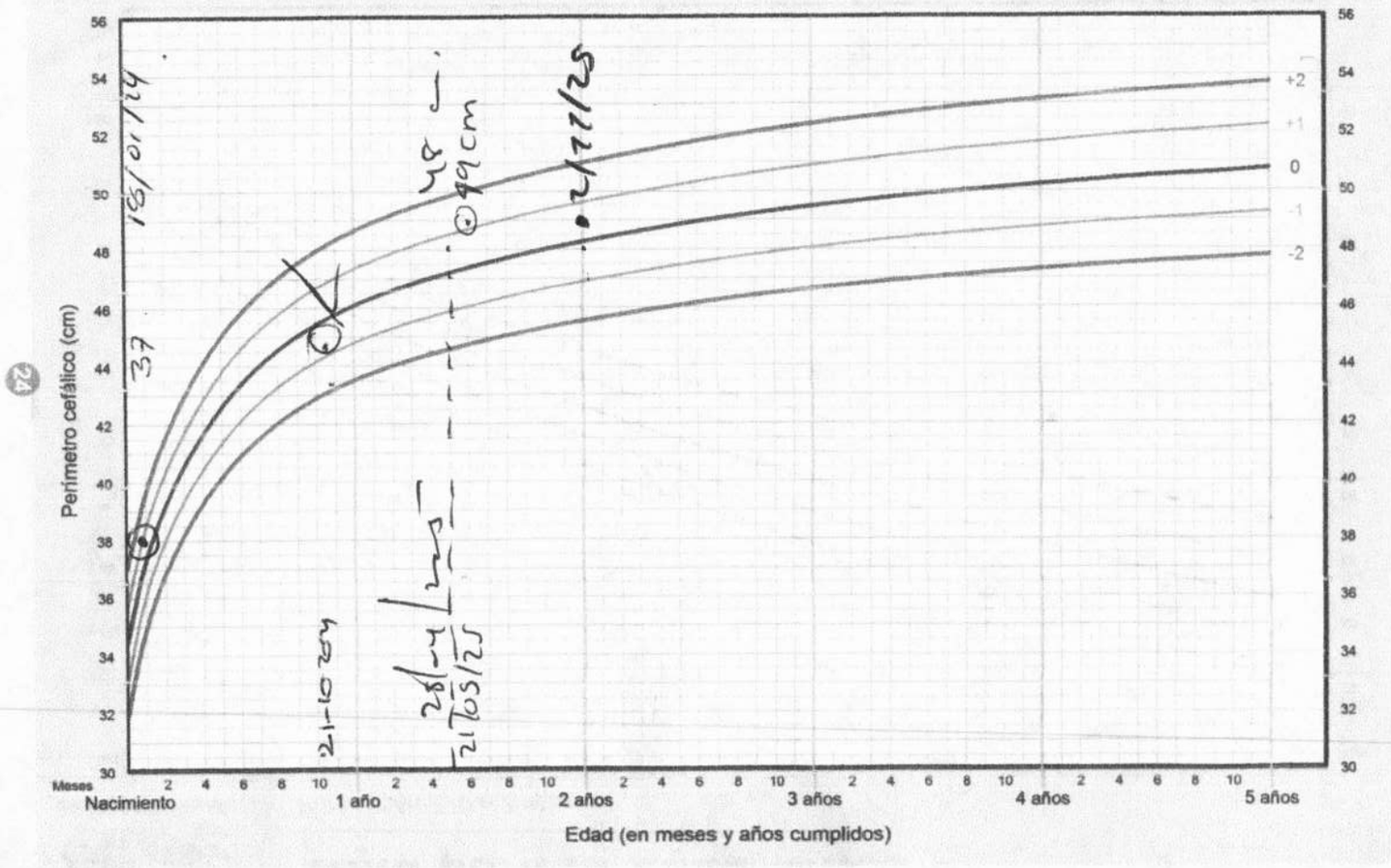
# IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



# Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)



**Oportunamente** con todas las
us hijos, **Garantiza la Protección**
enfermedades como:

sis meníngea, **H**epatitis B, **P**oliomielitis,
y otras enfermedades causadas por
us Influenzae tipo B, **D**ifteria, **T**osferina,
iarrea por rotavirus; **N**eumonía, **O**titis,
bacteriemia causada por Neumococo,
d respiratoria causada por el virus de
a, **S**arampión, **R**ubéola, **P**arotiditis,
epatitis A, **F**iebre Amarilla y **V**irus del
lumano.



sca ya
us vacunas
ratis, hazlo de una!

**erio de Salud y Protección Social**

rección de Promoción y Prevención
ección de Enfermedades Transmisibles
de Gestión Integrada de Enfermedades

**SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES**

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

**VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 3 años | D | M | A | SI* NO |
| 4 años | D | M | A | SI* NO* |
| 5 años | D | M | A | SI* NO* |

*Menor o igual a 20 normal

**CIÓN INTEGRAL DE LA SALUD Y EL DESARROLLO DE LA PRIMERA INFANCIA**

| SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO | | | | D | M | A |
|---|---|---|---|---|---|---|
| eonatal | Normal | | Alterado | D | M | A |
| vo OEA/PEAA | Normal | | Alterado | D | M | A |
| opatía nita Compleja | Normal | | Alterado | D | M | A |
| | Normal | | Alterado | D | M | A |

**ENCIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA** — D M A

**FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES**

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

**ATENCIÓN EN SALUD BUCAL**

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

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

| | Fecha | | | Valoración Nutricional | | Puntuación Z | Atención en salud por |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Día | Mes | Año | Peso | Talla | | |
| s | | | | | | | |
| eses | | | | | | | |
| eses | | | | | | | |
| eses | | | | | | | |
| eses | | | | | | | |
| neses | | | | | | | |
| neses | | | | | | | |
| neses | | | | | | | |
| s | | | | | | | |
| s | | | | | | | |
| s | | | | | | | |

**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL**

3115340160



# Carné de Vacunación



Nombres y Apellidos Kael Argenis
Contreras Marquez

RC | TI | OTRO — Tipo de Documento: 1122344339 — No. de Documento

Fecha de Nacimiento: 18 (DÍA) 11 (MES) 2023 (AÑO)

Sexo: Masculino

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: 2670 Talla: 48

Dirección:

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Responsable:

| Edad | Vacuna | Dosis | Día | Mes | Año | Laboratorio | Lote | Observaciones | Responsable |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **2 meses** | Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐ | | | | | | | | |
| | Poliomielitis (VIP) | 1ª | 18 | 01 | 24 | Biolog | Z233005A | | |
| | Pentavalente: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib) | 1ª | 18 | 01 | 24 | Serum | Z85 1X040C | | |
| | Pentavalente: Hepatitis B | 1ª | 18 | 01 | 24 | Serum | Z85 1X040C | | |
| | Pentavalente: Difteria, Tétanos, Tosferina | 1ª | 18 | 01 | 24 | Serum | Z85 1X040C | | |
| | Diarrea por rotavirus | 1ª | 18 | 01 | 24 | GSK | AR01D498AC | HFIP | YENIFFER |
| | Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐ | 1ª | 18 | 01 | 24 | Pfizer. | F49925 | | |
| **4 meses** | Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐ | | | | | | | CITA! 18 - MARZO 2024. | |
| | Poliomielitis (VIP) | 2ª | 11 | 04 | 24 | Bilthoven | Z234002A | | |
| | Pentavalente: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib) | 2ª | 11 | 04 | 24 | Serum | Z852X014B | | |
| | Pentavalente: Hepatitis B | 2ª | 11 | 04 | 24 | Serum | Z852X014B | | |
| | Pentavalente: Difteria, Tétanos, Tosferina | 2ª | 11 | 04 | 24 | Serum | Z852X014B | CRE-SEN CON AMOR | |
| | Diarrea por rotavirus | 2ª | 11 | 04 | 24 | Glaxo | AN01D750AAC | | Sirita Delia auxiliar |
| | Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐ | 2ª | 11 | 04 | 24 | Pfizer | GW7663 | | |
| **6 meses** | Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐ | | | | | | | | |
| | Poliomielitis (VIP) | 3ª | 12 | 06 | 24 | Biological | 2234003A | 11 06 24 | [illegible] |
| | Pentavalente: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib) | 3ª | | | | | | | |
| | Pentavalente: Hepatitis B | 3ª | 12 | 06 | 2024 | Ser | 2852X014C | | [illegible] |
| | Pentavalente: Difteria, Tétanos, Tosferina | 3ª | | | | | | | |
| | Influenza estacional | 1ª | 12 | 06 | 2024 | Brubu | 24009979 | | [illegible] |
| **7 meses** | Influenza estacional | 2ª | 15 | 07 | 2024 | Brubu | 24009979 | | [illegible] |
| **12 meses** | Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP) | 1ª | 28 | 11 | 24 | Serum | 0132N0724A | Venezuela | Venezuela |
| | Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐ | Refuerzo | 15 | 04 | 25 | Pfizer | HJS277 | | |
| | Varicela | 1ª | 15 | 04 | 25 | Merck | Y018590 | HEID | Eduard Ipal |
| | Hepatitis A | Única | 15 | 04 | 25 | MSD | 20220701 5 | | |
| | *Influenza estacional | Anual | 27 | 05 | 25 | Seqirus | P100792794 | HEID | Eduard |
| **18 meses** | Poliomielitis (VIP) | 1er Refuerzo | 12 | 06 | 25 | Biological | 2406001 | HEID | Kerly |
| | Difteria, Tosferina y Tétano DPT ☐ Pentavalente ☐ | 1er Refuerzo | 12 | 06 | 25 | Serum | 2853X020C | HEID CITA: 12-06-25 | Kerly |
| | **Fiebre Amarilla | Única | 28 | 11 | 24 | Sanofi | 231VEC0032 | Venezuela | Venezuela |
| **5 años** | Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP) | 2ª | 12 | 06 | 25 | Serum | 0132N074A | HEID CITA: A los 5 años | Kerly |
| | Poliomielitis (VIP) ☐ (VOPb) ☐ | 2do Refuerzo | | | | | | | |
| | Difteria, Tétanos, Tosferina | 2do Refuerzo | | | | | | | |
| | Varicela | Refuerzo | | | | | | | |
| **Niñas a partir de los 9 años** | Virus del papiloma humano (VPH) | 1ª | | | | | | | |
| | | 2ª | | | | | | | |
| | | 3ª | | | | | | | |
| **Sin rango de edad** | Covid-19 | 1ª | | | | | | | |
| | | 2ª | | | | | | | |
| | | 1er Refuerzo | | | | | | | |
| | | 2do Refuerzo | | | | | | | |
| **Vacunas** complementarias y otras dosis | | | | | | | | | |

*De acuerdo al antecedente de primovacunación **A los 12 meses en municipios priorizados de acuerdo a la normatividad vigente

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 alimento

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

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

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL

La salud es de todos — Minsalud

CIUDAD San Miguel FECHA: DÍA 28 MES 04 AÑO 2025 HORA: 11:10 AM

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:**

NOMBRES Kael Argenis APELLIDOS Contreras Marquez

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1122344339

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 18 MES: 11 AÑO: 2023 / EDAD: 1 años Tel: 3228118472

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Nueva EPS

**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)
le da Miedo de la vacuna.

| | |
|---|---|
| **¿CÓMO SE APLICA?** | Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides). |
| **VACUNA Y DOSIS** | Nombre de la vacuna a aplicar . ninguna .<br>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: Kelis M.

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

Nombres: Kelis Yahana Apellidos Marquez perez

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 27744011

Firma: Kelis M.

**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 _____

Huella dactilar o plantar del Rogante

Firma del Rogado

C.C. N° _____

C.C. N° _____

Nombres y apellidos del vacunador: Kerly Jimenez Zdrate

Firma Kerly J.Z Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 1075682134

**DATOS DE LA INSTITUCIÓN**

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): H.E.D

DEPARTAMENTO/DISTRITO: PUTUMAYO

MUNICIPIO: San Miguel

E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA
NIT. 846.002.309-9

Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

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

CARNET
RIAS

PRIMERA INFANCIA

E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA

# Mi prioridad es tu salud



Nombres y Apellidos: Kael Argenis Contrera

Doc. de Identidad: RC 1122344339

EPS: Nueva EPS

Teléfono: 3228118471

Domicilio: B/ prados

| | | 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 | 3 A | 4 A | 5 A |
| 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 | | | | | | | 03-04-2025 03-10-2025 | 02-10-2025 02-04-2026 | | | | | |
| | | Profilaxis y remoción de placa | | | | | | | | | | | | | |
| | | Aplicación de sellantes (Según Criterio) | | | | | | | | | | | | | |
| | V | Vacunación | | | | | | | | | | | | | |

LILIANA MARZBEL CORDOBA
AUX. EN SALUD ORAL
RES. 8600493-2011

| 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 Kael Argenis Contreras Marquez, identificado (a) con documento de identidad número 1122.344.339, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

| Autorización | Fotos | ✓ | Audios | ✓ | Videos | ✓ | Otros datos personales | ✓ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**Autorización - Uso imagen del titular:**

Yo, Kelis Yohana Marquez Perez, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número _____, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

| Autorización | Fotos | ✓ | Audios | ✓ | Videos | ✓ | Otros datos personales | ✓ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**La autorización comprende:**

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

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

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

Los productos autorizados son originados por Fundación 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: Kelis M.
Nombre: Kelis Yohana Marquez Perez
Calidad - Titular: ✓ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3228118472
Fecha: 02-04-2024
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.

# 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

Ledis Yohana Marquez
**Firma del Padre de Familia y/o acudiente**

Roxana Mendez
**Agente educativa**

**Huella del niño/niña**

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

"Generamos Desarrollo con Energía"

Vigilado Superservicios

| Código de Suscripción | SM 34739-0 | Pago oportuno hasta: | INMEDIATA | Mes Facturado |
|---|---|---|---|---|
| Factura Nro | 2037146730 | Suspensión a partir de: | INMEDIATA | MAYO 2025 |

## 1.Información Genera

**Nombre:** JOSE FLORENCIO TORRES — **Último pago** $ 15,370

**Dirección:** BR LOS PRADOS — Tuve servicio de energía entre: 16-ABR-2025 - 16-MAY-2025 (30)

| Ciclo | Ruta | Orden | Estrato | Tipo de Uso | Área | Nivel de Tensión | Carga Instalada | Tipo de Red | Propiedad de Activos | Código Tarifa | División Geopolítica |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SM1 | S109 | 188 | 2 | RESIDENCIAL | URBANA | 1 | 1.5 | AEREA | EMPRESA | 105 | SAN MIGUEL - LOS PRADOS |

| Tipo de Documento | Fecha y hora de Emisión | Fecha y hora de Generación | Medio de Pago | Forma de Pago | Factura Electrónica de Venta |
|---|---|---|---|---|---|
| FACTURA DE VENTA | 26/05/25 | 26-MAY-25 | PAGO EN EFECTIVO | CONTADO | EEBP - 257301 |

## 2.Información Consumo Energía

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

| Generación | Transmisión | Distribución | Comercialización | Pérdidas | Restricción | = CU | ($/KwH) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 408.27 | 62.2 | 269.61 | 126.87 | 59.16 | 43.58 | 969.7 | |

### 2A.Información Medidor

| Marca | Serial | Factor Múltiplo |
|---|---|---|
| HIK | 16333483 | 1 |

### 2B.Información de Lecturas

| Energía | Lectura Actual | Lectura Anterior |
|---|---|---|
| Activa: | 5047 | 4985 |
| Reactiva: | | |

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

### 2C.Liquidación Consumo del Periodo

| | | |
|---|---|---|
| Consumo Activa Kwh: | 62 | |
| Consumo Reactiva KVarh: | 0 | |
| Costo del consumo $ | 60121.4 | |
| Tarifa (hasta 173 Kwh): | 555.64 | |
| Subsidio: % 42.7 | $ | -25669.85 |
| Contribución: % 0 | $ | 0 |
| Sub Total $ | 34451.55 | |

Meses en deuda: 2 — % Tasa Interés Moratorio: 0.5

### 2D.Consumo Últimos 6 Meses

| | Mes | Activa | Reactiva |
|---|---|---|---|
| 2024 | NOVIEMBRE | 0 | 0 |
| 2024 | DICIEMBRE | 0 | 0 |
| 2025 | ENERO | 0 | 0 |
| 2025 | FEBRERO | 0 | 0 |
| 2025 | MARZO | 5 | 0 |
| 2025 | ABRIL | 8 | 0 |
| | PROMEDIO | 2 | 0 |

### 2E.Información Calidad del Servicio

Tel. O.R EEBP: 01 8000 942415
Transformador: SLD103 Grupo: 22
DIUG: 30.24 FIUG: 19 Circuito: C14
Cargo D: 265.8314 Dscto %t:20
CEC: 8.07
DIU: 81.73 FIU: 100
HC: 5.43 VC: 7
Valor a Compensar:

## 3.Información de Créditos EEBP

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

Gerente General

AVISO DE SUSPENSION

## 4.Detalle Conceptos del Servicio de Energía

| Conceptos EEBP | Valor Liquidado | Saldo Anterior | Saldo a Favor o Anticipado | Total |
|---|---|---|---|---|
| ACTIVA SENCILLA MONOMIA | 60,121.40 | 3,905.50 | .00 | 64,026.90 |
| SUBSIDIO | -25,669.85 | .00 | .00 | -25,669.85 |
| AJUSTE A SUBSIDIO | 771.50 | 771.50 | .00 | 1,543.00 |
| RECARGO POR MORA | 23.39 | .00 | .00 | 23.39 |
| AJUSTE A LA DECENA | 4.56 | .00 | .00 | 4.56 |

## 5.Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP — 39,928

## 6.Información Facturación Convenio Impuesto Alumbrado Públi

| Sujeto Activo | Operador A.P. | Convenio No. | Dirección PQR | Valor Periodo | Saldo Ant. | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| MUNICIPIO DE SAN MIGUEL | MUNICIPIO SAN MIGUEL | ACUERDO 008 31/08/2023 | Cra 4 Cll 7 Esquina | 619 | 363 | 982 |

## 7.Información Facturación Convenio Aseo y Alcantarillad

| Concepto | Empresa | Dirección PQR | USO | Valor Tarifa | Subsidio o Factor Solidario | Cargo Consumo o Variable | Valor Tasa Ambiental | Saldo Anterior | Ajustes/Otros | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Alcantarillado | | | | 0 | 0 | | | 0 | | 0 |
| Aseo* | | | | 12,000 | 0 | | | 12,000 | | 24,000 |

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

## 8.Información Facturación Otros Convenios

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

| Total EEBP | + Total Impuesto Alumbrado público | + Total Aseo y/o Alcantarillado | + Total Otros Convenios | = Debo pagar en Total |
|---|---|---|---|---|
| 39,928 | 982 | 24,000 | 0 | $ 64,910 |

IFE: 13a87168134b8d41bc4e0f4c2548106c830abb4f38e4b7d97c618d1b0eec32b98895f95d53da9a837fedaeaffd23ab05

(415)7709998005532(8020)100020371467305 5(3900)0000064910(96)20250623

Pago fácil por Internet en www.eebpsa.com.co/factur
www.eebpsa.com.co @eebpsaesp /eebpsa

## PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre 21

**Ciudad** San Miguel - La Dorada.

**Nombre completo de la niña o niño** Kael Argenis Contreras Marquez

**Fecha de nacimiento** 18 11 2023 **N° Documento de Identidad** 1122344339.

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

hijo: 3
hermanos: 2

**Primer Registro Cualitativo**

**Nombre del observador** Yaoleni Giron

**Fecha de registro cualitativo** 07 07 2025

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

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

**Observaciones generales** Se evidencia que el usuario disfruta de los juegos al aire libre, especialmente actividades como visitar el parque, caminar y subir y explorar diferentes espacios físicos, sería provechoso la cooperación se puede incorporar actividades grupales como juegos por turnos, dinamicas de roles sencillos.

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

●

**Segundo Registro Cualitativo**

**Nombre del observador** Maritza Siagama Certiga.

**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**

● Kael se encuentra dentro de lo esperado teniendo en cuenta que ha cumplido con los items correspondientes a su etapa de edad, se continuara con el programa pedagogico como se ha venido realizando.

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

**Tercer Registro Cualitativo**

**Nombre del observador**

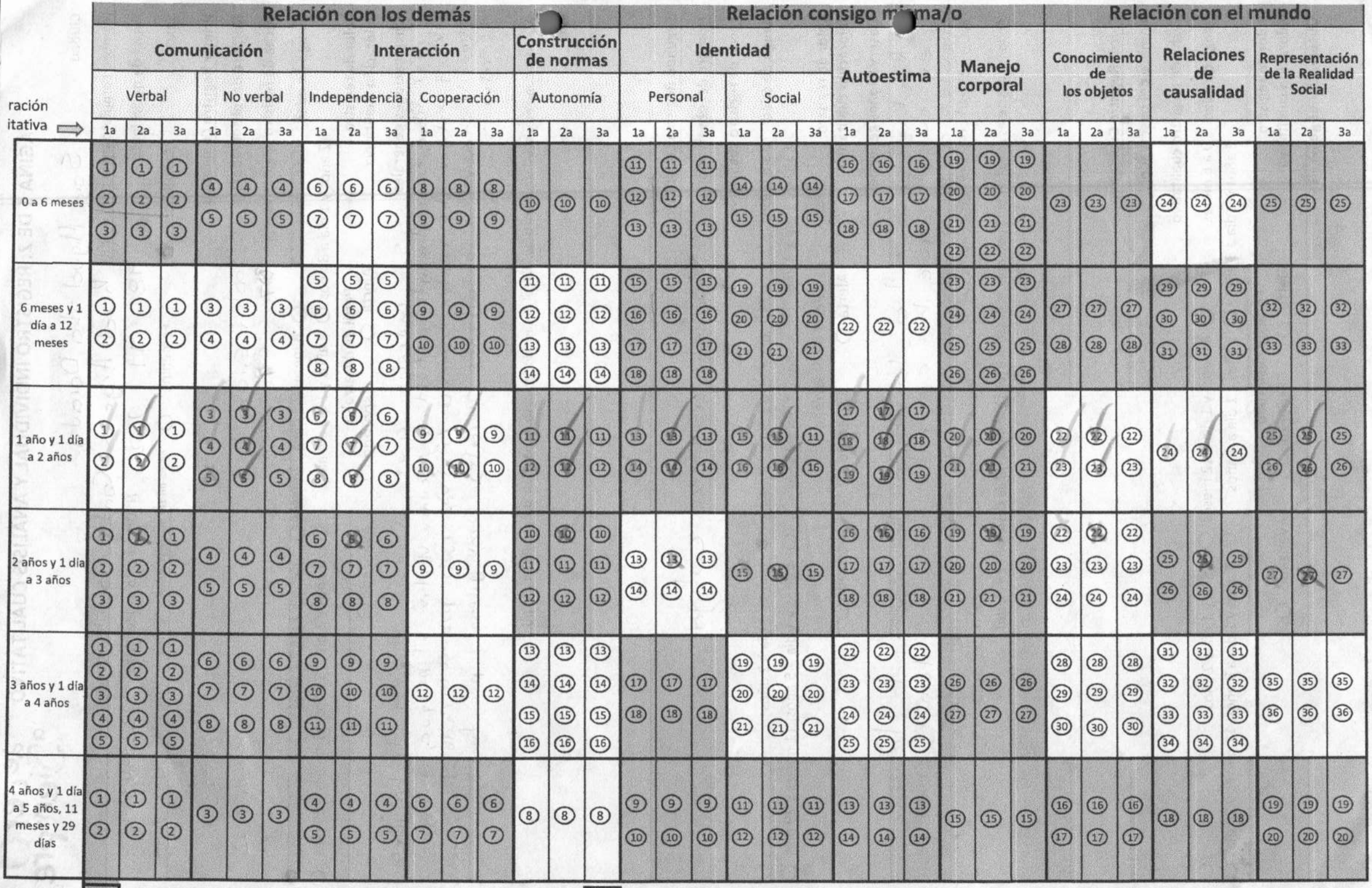
**Fecha de resgistro cualitativo** Día Mes Año

**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

22
R/V

BIENESTAR FAMILIAR

**REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES**

NOMBRE DEL USUARIO: Kael Argenis Contreras UNIDAD DE ATENCIÓN: Caminadores AGENTE EDUCATIVO: Maritza

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 03-04-2025

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 | Durante el diligenciamiento del formato RAM y llamado asistencia se evidencia la inasistencia del niño usuario. | La agente educativa se comunica con la madre de familia para conocer el motivo de la inasistencia la madre de familia manifiesta por el motivo de la lluvia no pudo traer al niño usuario. | Maritza | |

| | SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO |
|---|---|
| 25-11-2025 | El niño usuario ingresa con total normalidad a la sala. |

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Kael Argenis C. UNIDAD DE ATENCIÓN: Caminadores AGENTE EDUCATIVO: Maritza

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 03-04-2025

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) |
|---|---|---|---|---|
| 13-11-2025 | Durante la revisión de carpeta del niño usuario se evidencia la proxima cita 18-11-2025. | La agente educativa dialoga con la madre de familia de forma verbal Sobre la cita programada y no se le valla olvidar la madre manifiesta que lo tiene presente. | Si Maritza | Kelis M. |

BIENESTAR FAMILIAR

| | SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO |
|---|---|
| | 14-11-2025 La agente educativa le recuerda nuevamente la cita programada, la madre manifiesta que lo tiene presente, la agente le recuerda la importancia de pedir la cita.<br><br>18-11-2025 La agente educativa le recuerda y la madre manifiesta que el día de hoy esta muy ocupada y que se le habia olvidado la proxima cita para el día de hoy, se compromete ir mañana o hoy para llevar al niño usuario. |

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

24
R/N

BIENESTAR FAMILIAR

**REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES**

**NOMBRE DEL USUARIO:** Kael Argenis C. **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Caminadores **AGENTE EDUCATIVO:** Maritza

**MUNICIPIO:** San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 03-04-2025

**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) |
|---|---|---|---|---|
| 03-10-2025 | Durante el diligenciamiento del formato RAM y llamado a lista se observa la inasistencia del niño usuario. | La agente educativa se comunica con la madre de familia para conocer el motivo de la inasistencia, la madre manifiesta que por el clima y la gripe del niño usuario no va traer el día de hoy | Maritza S.C | Kelis M. |

| | SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO |
|---|---|
| 06-10-2020 | El niño usuario se encuentra bien de salud desde casa, con un poco de gripa. |

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

25 RV

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Kael Argenis C UNIDAD DE ATENCIÓN: Sala cuna AGENTE EDUCATIVO: Maritza

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 03-04-2025

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 | Durante el diligenciamiento del formato RAM y llamado a lista se observa la inasistencia. | La agente educativa se comunica con la madre de familia para saber el motivo de la inasistenaa, la madre manifiesta que por motivos del clima y la gripe no pudo traer a los niños. | Maritza | Kelis M. |

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

BIENESTAR FAMILIAR

| | SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO |
|---|---|
| 17/09/2025. | 16-09-2025 El niño usuario ingresa con un quemado en el pie derecho, la Madre de familia dialogando con la agente educativa, expresa que el niño se quema en la moto, cuando se subia con la tia, la Madre informa que el niño cuenta con medicamento. El caso se remite al apoyo salud y nutricia. |
| 16/09/25 | Desde el componente de salud y nutricion se estableció comunicación con la madre de familia para conocer sobre el accidente y saber que medidas se tomaron al respecto. Ella menciono que le esta aplicando al niño una crema llamada Dermaskin de 40 gramos, la cual "Le esta ayudando a cicatrizar". Hasta el momento no se observa inflamación, ni signos de infección en la herida, se identifica buena cicatrización. Por ende se da a conocer a la madre de estar pendientes del area afectada. Ademas, el niño ingresa al CDI sin ninguna novedad adicional Durante la verificación de novedades y asistencia apoyo psicosocial identifica que la herida del niño en pierna presenta inflamación- expulsión deliquidos la cual se procede inmediatamente a llamar via telefonica a madre de familia con el fin de informa la situación. Asi mismo dirigir al niño a recibir atención medica urgente con el proposito de recibir atención medica y continuar con recomendaciones desde la parte de salud. Madre llega al CDI y en conjunto con apoyo en salud y nutrición llevan al Menor hasta el H. Fronterizo La Dorada Posteriormente se recibe la atención medica indicando el medico que el menor requiere de derechos de Sala de curaciones por 10 dias. Asi mismo tomta medicamentos con: Cefalexina suspensión y Acido fusidico. Kelis M. Mamá. Kelis M. Apoyo Psicosocial. |

BIENESTAR FAMILIAR

## SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO

**18/09/2025**

Posteriormente a la acada realizada el dia d 17/09/2025 d dia jueves se procede a realizar llamada telefonica a madre de familia. con el fin de indagar estado de salud del niño. Comenta que d niño ya #### recibio curacion a las 8:00 am por parte de los profesionales de la salud. Refiere madre que el niño encasandmente se encuentra estable. Desde el apoyo Psicosocial se realizan recomendaciones en cuanto a cuidado dentro del hogar, la aplicación y el suministro de la crema y medicamentos. Se recomienda informar cualquie novedad y asi mismo consultar si presenta algun sintomatologia que no sea normal en cuanto a la salud del niño.

MA Martha M
Apoyo psicosocial. Kelis M.

**19/09/2025**

Se realiza acercamiento con madre de famila dentro del CDI ya que se acercan con el niño a deja a la salita al hermano. Se identifica que el niño se encuentra activo sin vendaje en la herida. Comenta la madre que llevan en ese momento a realizar curaciones al Hospital. Se realizan recomendaciones de cuidado y de aplicación de crema. Asi mismo no automedicar ni suministrar ningun otro Medicamento a la Herida hasta la culminación y ### total cuidado y cicatrización de la herida.

Kelis M. Coordinacion.

**22/09/2025**

Apoyo psicosocial Verifica estado de salud del niño logrando evidenciar que se encuentra en adecuadas condiciones de Salud. La herida cicatrizando adecuadamente. Madre Comenta que hoy llevan al niño a la curación y seguira con las recomendaciones Por parte de los profesionales de la Salud.

Kelis M.
Madre de familia.

| | SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO |
|---|---|
| 23/04/25 | Se realizó llamada telefonica en donde la madre manifestó que el niño se encuentra bien, siguen compliendo con las curaciones realizadas en el hospital y la herida presenta buena cicatrización segun la enfermera que los atendio. Se informa la continuidad del seguimiento al estado de salud. Nutrición |
| 24/04/25 | Se verifica el estado de salud del niño mediante seguimiento por llamada telefonica. Los padres manifestaron que "ya esta mucho mejor, la herida se encuentra seca y tambien cumplió con la curación de hoy" Por parte del componente de salud y nutrición se continuara con el seguimiento al caso Nutrición. |
| 25/04/25 | Se realiza videollamada para conocer el estado de salud del menor. El padre de familia manifesto que el niño recibió la curación y que la ultima corresponde el dia domingo. Por este motivo se recomienda sacar cita con medico general para obtener la aprovación del reingreso del niño al CDI. Los padres se comprometen a realizar el agendamiento de la cita y tambien mencionan que el niño se encuentra mucho mejor. Se vuelve a recordar la continuidad del seguimiento al caso y la disposición de estar atenta a cualquier novedad que se presente. Nutrición. |
| 29/04/25 | El niño usuario ingresa con total normalidad a la sala caminadores, se le observa que el quemado se esta cicatrizando y esta seco, y el niño se encuentra en perfecta condiciones. Maritza - Agente educativa. |

| | SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO |
|---|---|
| 24/04/25 | De igual forma estara en proceso de observacio |

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

28
R/N

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Kael Argenis C. UNIDAD DE ATENCIÓN: Sala cuna AGENTE EDUCATIVO: Maritza

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 03-04-2025

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) |
|---|---|---|---|---|
| 10-09-2025 | Durante el diligenciamiento y llamado a lista se puede observar la inasistencia del niño usuario. | La agente educativa se comunica con la madre de familia por medio de una llamada para saber el motivo de la inasistencia, la madre manifiesta que tuvo un inconveniente familiar por tal razón no pudo traer al niño usuario. | Maritza. | |

| | SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO |
|---|---|
| | 11-09-2025 Siendo 8:00 el niño usuario ingresa con total normalidad, tranquilo y felices. |

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

29
R/V

BIENESTAR FAMILIAR

**REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES**

**NOMBRE DEL USUARIO:** Kaleth. Isaias C. **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Sala cuna **AGENTE EDUCATIVO:** Maritza

**MUNICIPIO:** San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 03 - 04 - 2025

**Clasificación de la Información:** CLASIFICADA

| FECHA | DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN | ACCIÓN | FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO | FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A) |
|---|---|---|---|---|
| 27-08-25 | Durante la semana se ha observado en los niños usuarios que juegan brozco, muerden, empujan de forma brusca.<br><br>Estos comportamientos se han evidenciado en los dos hermano. | Las agentes educativas han buscado estrategias para evitar que los niños presenten estos tipos de comportamiento. Lo cual se remite al apoyo psicosocial. | Maritza | Kelis M. |

| | SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO |
|---|---|
| 1/09/25 | Posteriormente se cita a padre de familia del niño con el propósito de establecer un dialogo y llegar acuerdos y compromiso desde el hogar para mejorar las conductas agresivas del niño dentro de la salita. Padre y madre de familia son receptivos a la información y se comprometen a mejorar algunas situaciones familiares. Espacio de dialogo acompañado por agente educativa.<br>Auxiliar Yuli<br>Apoyo Psicosocial. |

23
RIV

BIENESTAR FAMILIAR

**REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES**

**NOMBRE DEL USUARIO:** Kael Argenis C. **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Salacuna **AGENTE EDUCATIVO:** Maritza

**MUNICIPIO:** San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 03-04-2025

**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) |
|---|---|---|---|---|
| 21-08-2025 | Durante la semana se ha observado en los niños usuarios que juegan brusco, muerden y empujan de forma brusca.<br><br>Estos comportamientos se ha evidenciado en los dos hermanos. | Las agentes educativas han buscado estrategias para evitar estos comportamientos en los niños.<br><br>lo cual se remite al apoyo psicosocial. | Maritza | Kael M. |

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

| | SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO |
|---|---|
| | Posterior mente al reporte de la agente educativa se realiza acercamiento con padre de familia con el propósito de establecer un dialogo y llegar acuerdos y compromisos desde el hogar para mejorar conductas agresivas del niño dentro de la salita.<br>Padre y madre de familia son receptivos a la información y se comprometen a mejorar algunas situaciones familiares. Espacio de dialogo acompañado por agente educativa.<br><br>Apoyo Psicosocial. |

24
RN

BIENESTAR FAMILIAR

**REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES**

NOMBRE DEL USUARIO: Kael Argenis C. UNIDAD DE ATENCIÓN: Salacuna AGENTE EDUCATIVO: Maritza

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 03-04-2025

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

| FECHA | DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN | ACCIÓN | FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO | FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A) |
|---|---|---|---|---|
| 27-08-2025 | El niño usuario ingresa con total normalidad y recibe los alimentos en la hora de la tarde el niño presenta aparentemente una fiebre. | La agente educativa se comunica con la madre de familia para que lo vengan a llevar y lo lleven al hospital. la agente educativa le hace una recomendación a la madre. | Maritza S.C. | Araceli Garrido Tia |
| | | | | |

| | SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO |
|---|---|
| | 28-8-2025 El niño ingresa con total normalidad el día de hoy. |

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

25
RN

BIENESTAR FAMILIAR

**REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES**

**NOMBRE DEL USUARIO:** Kael Argenis C. **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Sala cuna **AGENTE EDUCATIVO:** Maritza

**MUNICIPIO:** San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 03-03-2025

**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) |
|---|---|---|---|---|
| 15-03-25 | Durante el diligenciamiento del formato RAM y llamado a lista se observa la inasistencia del niño usuario. | La agente educativa se comunica con la madre de familia para conocer el motivo de la inasistencia la madre no contesta la llamada sino contesto otra persona. | Maritza. | Yelis M. |

| | SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO |
|---|---|
| | 19-8-2025 El niño usuario ingresa con total normalida a la sala, con alegria y entusiasmo. |

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Kael Argenis Contreras UNIDAD DE ATENCIÓN: Salacunas AGENTE EDUCATIVO: Maritza

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 04-03-2025

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) |
|---|---|---|---|---|
| 01-08-2025 | Durante el diligenciamiento del formato RAM se observa que el niño usuario no asistio el día de hoy. | La agente educativa llama a la madre para conocer el motivo de la inasistencia, la madre manifiesta que el día de ayer lavo la ropa por tal razon el niño no cuenta con ropa para asistir, Tambien se le presento Un inconveniente familiar | Maritza | Kelis M. |

| | SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO |
|---|---|
| 04-08-2025 | El niño usuario ingresa nuevamente a la unidad de atención con alegria y entusiasmo, la cual los caracteriza. |

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

BIENESTAR FAMILIAR

**REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES**

**NOMBRE DEL USUARIO:** Kael Argenis Contreras **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Salacunas **AGENTE EDUCATIVO:** Maritza SiC

**MUNICIPIO:** San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 09-07-2025

**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) |
|---|---|---|---|---|
| 09-07-2025 | Durante la semana de actividades las agentes educativas han observado que el niño a intentado morder a otro niño mientras compartían un juego, esta situación se ha presentado ocasionalmente por parte del niño | La agente educativa informa a la profesional de psicosocial de la situación observada para iniciar un proceso de acompañamiento individual al niño. | Maritza SiC | Kaels M. |

| | SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO |
|---|---|
| 10/07/2025 | Posteriormente al recabir el reporte por parte de la agente educativa se procede a realizar llamado telefonica con el fin de llegar a un acuerdo de realizar un dialogo de sensibilizacion y acompañamiento a la situacion observada por las agentes educativas. Dentro de la llamada telefonica se acuerda que el dia Viernes 11 a las 3:30 pm se realizara el dialogo con el fin de buscar herramientas y pautas de crianza dentro del hogar y dentro del aula para evitar situaciones futuras.<br>Madeleine Rodriguez.<br>Apoyo Psicosocial. |

28
RIV

BIENESTAR FAMILIAR

**REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES**

**NOMBRE DEL USUARIO:** Kaleth Isaias Contreras **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Salacunas **AGENTE EDUCATIVO:** Maritza

**MUNICIPIO:** San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 09-07-2025

**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) |
|---|---|---|---|---|
| 09-07-2025. | Durante la semana de actividades las agentes educativas han observado que el niño intento morder a otro compañero mientras compartian un juego esta situación se ha presentado ocasionalmente por parte del niño. | La agente educativa informa a la profesional de psicosocial de la situación observada para iniciar un proceso de acompañamiento individual al niño. | Maritza SC | Kaleth M. |

| | SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO |
|---|---|
| 10/07/2025. | Posteriormente al recabir el reporte por parte de la agente educativa, se procede a realizar llamada telefonica con el fin de llegar a un acuerdo de realizar un dialogo de Senabilizacion y acompañamiento a la Situacion descuidada por los agentes educativos. Dentro de la llamada telefonica se acuerda que el dia viernes 10/07/25. a las 3:30 pm se realizara el dialogo con el fin de buscar herramientas y Pautas de crianza dentro del hogar y dentro del aula para evitar situaciones futuras. Marcela Moreno J. Apoyo Psicosocial. |

BIENESTAR FAMILIAR

**REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES**

**NOMBRE DEL USUARIO:** Karl Argenis Contreras **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Caminadores **AGENTE EDUCATIVO:** Yaslen Gilon.

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

**Clasificación de la Información:** CLASIFICADA

| FECHA | DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN | ACCIÓN | FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO | FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A) |
|---|---|---|---|---|
| 06/06/2025 | | El dia viernes 6/06/2025, el niño asistió a la unidad de servicios presentando ampollas en la boca, aparentemente ya un poco secas. Se informo a la madre que debia estar pendiente durante el día en caso de que el niño presentara alguna molestia o no aceptara los alimentos proporcionados en el comedor, ademas la madre expresa que tabien esta realizando enjuagues bocales en casa para sanar las ampollas, en cuanto a las nebulizaciones ya se cumplieron los tres dias y ya no presenta tos. | Yaslen Gilon | Karl A. |

| | SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO |
|---|---|
| 09/05/2025 | Siendo las 4:15 pm del mismo día se pudo evidenciar que el niño Kael recibio de manera voluntaria los alimentos proporcionados en el comedor, ademas el niño presento un buen comportamiento durante este dia.<br><br>El día lunes (el niño) se observo que el niño Kael presenta una mejoria de las ampollas, aparentemente ya no las presenta, se cierra la novedad. |

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

30
RIV

BIENESTAR FAMILIAR

**REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES**

NOMBRE DEL USUARIO: Karol Arigeis Canticia UNIDAD DE ATENCIÓN: Caminadores AGENTE EDUCATIVO: Yaslani Giron.

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 01/04/2025

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

| FECHA | DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN | ACCIÓN | FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO | FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A) |
|---|---|---|---|---|
| 03/06/2025 | Agente educativo registra la inasistencia de la niña usuaria al momento del llamado a lista. | Agente educativa se comunica con la madre de familia para conocer el motivo de la inasistencia del niño usuario, la madre explica que el niño presenta un cuadro gripal y que lo llevaria al area de urgencias para ser atendido, Agente educativa recomienda a la madre que en caso de ser atendido presentar soportes medicos.<br><br>Siendo las 2:00 pm Agente educativo se comunica mediante llamada telefonica con la madre donde ella explica que le diagnosticaron Rinofaringitis, donde le ordenaron Nebulización cada cada 20 minutos por 3 veces al dia | Yaslani giron. | Karol A. |

SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO

| | |
|---|---|
| 04/06/2025 | por tres días, cabe aclarar que es un control de nebulizaciones donde el niño asiste por 3 días al area de urgencias para cumplir con la orden medica, ademas la madre presenta soporte medico, ademas la madre tambien explica que el niño presenta unas ampollas en la boca donde le mandaron a realizar enjuague bucal en casa.<br><br>Agente educativo realiza llamada telefonica con la madre del niño para conocer la evolución de salud de Kael Contreras, donde explica que el niño ya se encuentra un poco mejor y que el día de mañana nuevamente asistira al area de urgencias para cumplir con el tratamiento de las Nebulizaciones, igualmente explica que las ampollas que presenta en la boca tambien se han presentado mejoria con el enjague bucal que se le ha realizado.<br>Yaslin Gilon |
| 05/06/2025 | El dia de hoy jueves, el agente educativo realizó llamada telefonica al padre de familia con el proposito de conocer la evolución del estado de salud del niño, quien previamente habia presentado tos y ampollas en la boca, el padre informó que el niño ha mostrado mejoria en relación con la tos y las ampollas bucales, sin embargo, al momento de salir a trabajar el niño aparentemente aun presentaba fiebre, dada a la aparición a la fiebre se recomienda al padre de familia que, en cuanto sea posible, acuda al area de urgencias para que el niño sea evaluado por un profesional de salud. Se remite a coordinacion.<br>Yelis M. |

E.S.E. Hospital Fronterizo LA DORADA

# ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

codigo de habilitacion 867570002101 Nit: 846002309

Dir:Barrio El Paraiso Tel: 3134821413

## ORDEN MEDICA URGENCIAS.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **PACIENTE:** | CONTRERAS MARQUEZ KAEL ARGENIS | | | **FOLIO No:** 259830 | **FECHA:** 03/06/2025 7:51 a.m. |
| **No HISTORIA:** | 1122344339 | **EDAD:** | 1 Año 6 Meses | **ADMIN No:** 1446522 | |
| **IDENTIFICACION:** | RC1122344339 | **SEXO:** | Masculino | **TELEFONO:** 3223483762 | |
| **EMPRESA:** | NUEVA EPS | **FEC. NAC:** | 18/11/2023 | **MUNICIPIO:** PUERTO ASIS PUT | |
| **REGIMEN:** | Subsidiado | | | **DIRECCION:** BARRIO SAN FELIPE | |

**DIAGNOSTICO**

J00X RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)
K121 OTRAS FORMAS DE ESTOMATITIS

| No. | CODIGO | DESCRIPCION | CANT. |
|---|---|---|---|
| 1 | 939402 | NEBULIZACION Observaciones: 2 DIARIAS CON BERUDUAL 8/3 1 CADA 20 MINUTOS POR 3 DIAS | 6 |

Eduar Andrés Tobar D.
MÉDICO GENERAL
RM. 1.085.265.919
U.C.C.

[redacted] FESIONAL: TOBAR DELGADO EDUARD ANDRES
[redacted] MEDICO: 1085265919
ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL

Firma Paciente:

Fecha Impresion: 03/06/2025

InfoSalud Net

Fundación Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

## REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Kael Argeis UNIDAD DE ATENCIÓN: Caminadores AGENTE EDUCATIVO: Yasleni Giron

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 01/04/2025

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

| FECHA | DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN | ACCIÓN | SEGUIMIENTO | FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO | FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A) |
|---|---|---|---|---|---|
| 26/05/2025 | Durante revisión de carpeta el niño Kael presenta esquema de vacunación incompleto de la vacuna influenza y tiene pendiente la vacuna de los 18 meses para el 12/06/2025. | Salud y nutrición y Agente educativa realizan acercamiento con la madre de familia para darle a conocer que el niño tiene pendiente la vacuna de la influenza, la madre expresa que el niño tiene gripe pero ella se acercara al area de (urgencias) vacunación para que le apliquen el biologico y se le recuerda a la madre que el niño tiene la proxima cita de vacunación para el 12/06/2025 | La madre de familia se acerca a cita de vacunación el día martes 27/05/2025 para ser vacunado con el Biologico de la influenza al niño Kael y presenta el soporte de vacunación a la Agente educativo donde ella corrobora que el niño fue vacunado con la influenza gestacional. Se recuerda a la madre de familia que la proxima vacuna esta pendiente para el día 12/06/2025 | Yasleni Giron<br>nutricionista | Kelis M. |

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

BIENESTAR FAMILIAR

**REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES**

**NOMBRE DEL USUARIO:** Rael Nigenis contreras **UNIDAD DE ATENCIÓN:** caminadores **AGENTE EDUCATIVO:** Yolyni Giron

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

**Clasificación de la Información:** CLASIFICADA

| FECHA | DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN | ACCIÓN | SEGUIMIENTO | FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO | FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A) |
|---|---|---|---|---|---|
| 06-05-2025 | Mediante el llamado de asistencia se verifica la inasistencia del niño el dia de hoy. | El agente educativo intenta comunicarse con la madre, pero no es posible establecer contacto, se deja un mensaje de voz por whatsapp indicando el motivo de la inasistencia del niño. | 07-05-2025<br>El agente educativo se comunica via telefonica con el padre para conocer el estado de salud del niño y el motivo de inasistencia desde el 6 y 7 de mayo<br>Durante la llamada el padre de familia manifiesta que el niño ha presentado malestar con Fiebre. razon por la cual no ha podido asistir a la unidad.<br><br>Se recomienda acudir al medico para una valoración adecuada y, de ser | Yolyni Giron. | |
| | | | | | |

| | SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO |
|---|---|
| | posible, presentar un permiso por escrito junto con el soporte medico que respalde la inasistencia. |
| 08-05-22 | El dia 8 de mayo ingreso el niño a la unidad. en compañia de su madre. Se indago a la madre sobre el estado de salud que habia estado presentando el niño, la madre manifesto lo siguiente "profe, el niño desde ayer en la noche no volvio a presentar Fiebre. y durmio tranquilo. Durante el dia de hoy, el agente educativo evidencio que el niño presento buen apetito y actitud, participó activamente. en las actividades. |
| | |
| | |

24
R/V

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Rael Argenis Contreras UNIDAD DE ATENCIÓN: (caminadores) AGENTE EDUCATIVO: Yadini Given.

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 6- oct- 2025.

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

| FECHA | DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN | ACCIÓN | SEGUIMIENTO | FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO | FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A) |
|---|---|---|---|---|---|
| 30-09-2025 | El Agente educativo registra la inasistencia del niño usuario al momento del llamado a lista. | Mediante seguimiento telefonico realizado por el Agente educativo, la madre del niño informa que no fue posible traer el niño a la unidad debido a la lluvia. y el niño esta resfriado | El dia 07-05-2025 el niño ingresa a la unidad de servicio. segun lo que refiere la madre con un registro de mocos. | Yadini Given. | Yelis M. |
| | | | | | |
| | | | | | |

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

25
RIV

BIENESTAR FAMILIAR

## REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Rael Argenis Contreras UNIDAD DE ATENCIÓN: caminadores AGENTE EDUCATIVO: yasleni Guevara

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 6-04-2025

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

| FECHA | DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN | ACCIÓN | SEGUIMIENTO | FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO | FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A) |
|---|---|---|---|---|---|
| 30-04-2025 | Durante el proceso de asistencia se evidencia la inasistencia del niño usuario. | Mediante seguimiento telefonico realizado por el Asiente educativo, la madre del niño informa que no fue posible traer el niño a la unidad debido a la lluvia. y el niño esta refriado. | El dia 02-05-2025. ingresa el niño usuario a la unidad de servicio, segun lo que refiere la madre aparentemente goza de buena salud. | yasleni Guevara | Rael M. |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |