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

Fecha de diligenciamiento: 01 | 04 | 2025

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

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

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

Unidad de Servicio sugerida: 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: 1.122.344:406

Fecha nacimiento: 16 | 02 | 2024

Nombres: Liam Matheo **Apellidos:** Navia Parra

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:** urbano **Barrio:** Libertad. **Vereda:**

Sector: N/a **Dirección:** diagonal ala iglesia catolica

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: 1.122.784.978

Nombres: Dantelly Jasmin **Apellidos:** Parra Torres

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 27 | 12 | 1994

Correo electrónico: Mariatorres_6215@hotmail.com

Número de celular: 312 491 2468

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: Dantelly Parra

Nombre y Firma del profesional que diligencia: yenni calvo.

Observaciones:

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:
Liam Matheo Navia Parra

N° DOCUMENTO: 1.122.344.406 **TIPO DOCUMENTO: RC** X **CC** ___ **OTRO** ___
FECHA DE NACIMIENTO: 18-Febrero-2024 **EDAD:** 1 año, 1 mes
LUGAR DÉ NACIMIENTO: Colombia Nariño Pasto

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:** Emssanar **RÉGIMEN (C)**___ **(S)** X
DESPLAZADO: SI X **NO**___ **DISCAPACIDAD: SI**___ **NO** X **¿CUAL?** ___
GRUPO ETNICO: SI X **NO**___ **¿CUAL?** Indigena
GRUPO AFROCOLOMBIANO: SI___ **NO** X **¿CUAL?** ___
NOMBRE DE LA MADRE: Dantelli Jasmin Parra Torres
N° CÉDULA: 1.122.784.978 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Sibundoy
NOMBRE DEL PADRE: ___
N° CÉDULA: ___ **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** ___
N° DE CELULAR: 3124912468
NOMBRE DEL ACUDIENTE: ___
N° CÉDULA: ___ **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** ___
DIRECCIÓN VIVIENDA: ___ **ZONA POBLACIONAL: (R)**___ **(U)**___
NUMERO DE CELULAR 3124912468

Dantelli Parra t. — **FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE**

Yasmi Girón. — **NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO**

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP	1.122.344.406

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 63700408

63700408

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria	Notaria	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
X						X 6 Z

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

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

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
NAVIA	PARRA

Nombre(s)

LIAN MATHEO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2024 Mes FEB Día 18	MASCULINO	A	POSITIVO

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

COLOMBIA NARIÑO PASTO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	240212108666625

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

PARRA TORRES DANYELLY JASMIN

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.122.784.978	COLOMBIA

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

NAVIA MUÑOS BRAYAN HERNAN

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.007.728.302	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

PARRA TORRES DANYELLY JASMIN

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.122.784.978	Danyelly Parra

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	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2021 Mes MAR Día 13	ROY EDISON CALIZ QUIRAMA - REGIST Nombre y firma

dispapeles 60395

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.122.784.978
PARRA TORRES
APELLIDOS
DANYELLY JASMIN
NOMBRES

Danyelli Jasmin Parra T.
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 27-DIC-1994
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

07-FEB-2013 SIBUNDOY
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-6401900-00435155-F-1122784978-20130510 0032980695A 1 37680527



FECHA DE NACIMIENTO 29-JUN-1995
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.64 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
04-JUL-2013 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO

P-6401800-00488015-M-1007728302-20131006 0035315731A 1 39803384



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.007.728.302
NAVIA MUÑOS
APELLIDOS
BRAYAN HERNAN
NOMBRES

Brayan navia
FIRMA

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

HACE CONSTAR

Que consultado el sistema de información indígena de Colombia (SIIC), se registra la Comunidad Indígena AWA LA UNION LA DORADA en las bases de datos de esta Dirección.

Que consultado el auto-censo sistematizado y aportado por la Comunidad Indígena AWA LA UNION LA DORADA, se registra el Señor (a): LIAM MATEO NAVIA PARRA, identificado (a) con RC y número de documento: 1122344406, en el(los) censo(s) del(los) año(s) 2025.

Se expide en Bogotá D.C., al(os) 18 día(s) del mes 11 del año 2025.

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

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

Url Verificación

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL
CABILDO INDIGENA AWA LA UNION LA DORADA
Resolución 0127 de septiembre 22 de 2014
Código DANE 51119

EN PAZ CON LA NATURALEZA

EL SUSCRITO GOBERNADOR DEL CABILDO INDIGENA AWA LA UNION LA DORADA, CON RESOLUCIÓN N° 0127 DE SEPTIEMBRE 22 DEL 2014, EN USO DE SUS FACULTADES LEGALES Y CONSTITUCIONALES Y EN ESPECIAL LAS CONFERIDAS EN LA LEY 89 DE 1890, LEY 21 DE 1991 Y DEMÁS.

HACE CONSTAR QUE:

LIAM MATHEO NAVIA PARRA identificado con R.C. N° 1122344406 expedida en San Miguel (La Dorada), se encuentra afiliados y están registrados en el censo poblacional del cabildo indígena AWA LA UNION LA DORADA PUTUMAYO.

Esta constancia se expide a favor del interesado y es válida para tramites personales.

En constancia se firma en la Dorada, San Miguel Putumayo a los treinta (30) días del mes de abril de 2025.

NELLY PASCAL GUANGA
C.C. N.º 41116311 expedida en el Valle del Guamuez
Gobernadora Cabildo Awa La Unión La Dorada

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	1122344406
NOMBRES	LIAM MATHEO
APELLIDOS	NAVIA PARRA
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	18/02/2024	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	12/05/2025 14:04:11	**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

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS EMSSANAR EPS SAS
Régimen Subsidiado

EMSSANAR EPS SAS, CERTIFICA que el afiliado relacionado a continuación, presenta la siguiente información a la fecha de su expedición:

Tipo y Número de identificación:	RC 1122344406
Apellidos:	NAVIA PARRA
Nombres:	LIAM MATHEO
Tipo de discapacidad:	Ninguna
Plan de salud:	Régimen Subsidiado
Estado de servicio:	Vigente
Fecha de Afiliación:	18/02/2024
Departamento de Afiliación:	PUTUMAYO
Municipio de Afiliación:	SAN MIGUEL
Zona:	Urbana - Cabecera Municipal

N - El afiliado no requiere encuesta SISBEN debido al grupo poblacional que tiene.

IPS de atención de primer nivel

IPS	Direccion	Servicio
ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA - SAN MIGUEL (PUTUMAYO)	KR 7 # 1 - 36	MEDICINA GENERAL

Tiene derecho a recibir los servicios contemplados en el Plan de Beneficios en Salud.
Válida únicamente para comprobación de derechos de la red prestadora, en la fecha de expedición. No es válido para aclarar multiafiliación ni para traslados (Decreto 806 Artículo 55 y 56).

Señores Prestadores: Esta certificación es válida únicamente para corroborar el estado del afiliado en el momento de la prestación del servicio, de la población contratada y remitida periódicamente por la institución según normatividad. En ningún momento esta certificación puede ser empleada para reemplazar las autorizaciones necesarias para la prestación de servicios en los niveles superiores de complejidad

En constancia se firma el 24 de Junio de 2025 a solicitud del interesado.

JEFE COMERCIAL
EMSSANAR EPS SAS

Toda certificación generada es almacenada en base de datos para su verificación, la modificación parcial o total de este documento puede incurrir en un delito.

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA ...Sanos



E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

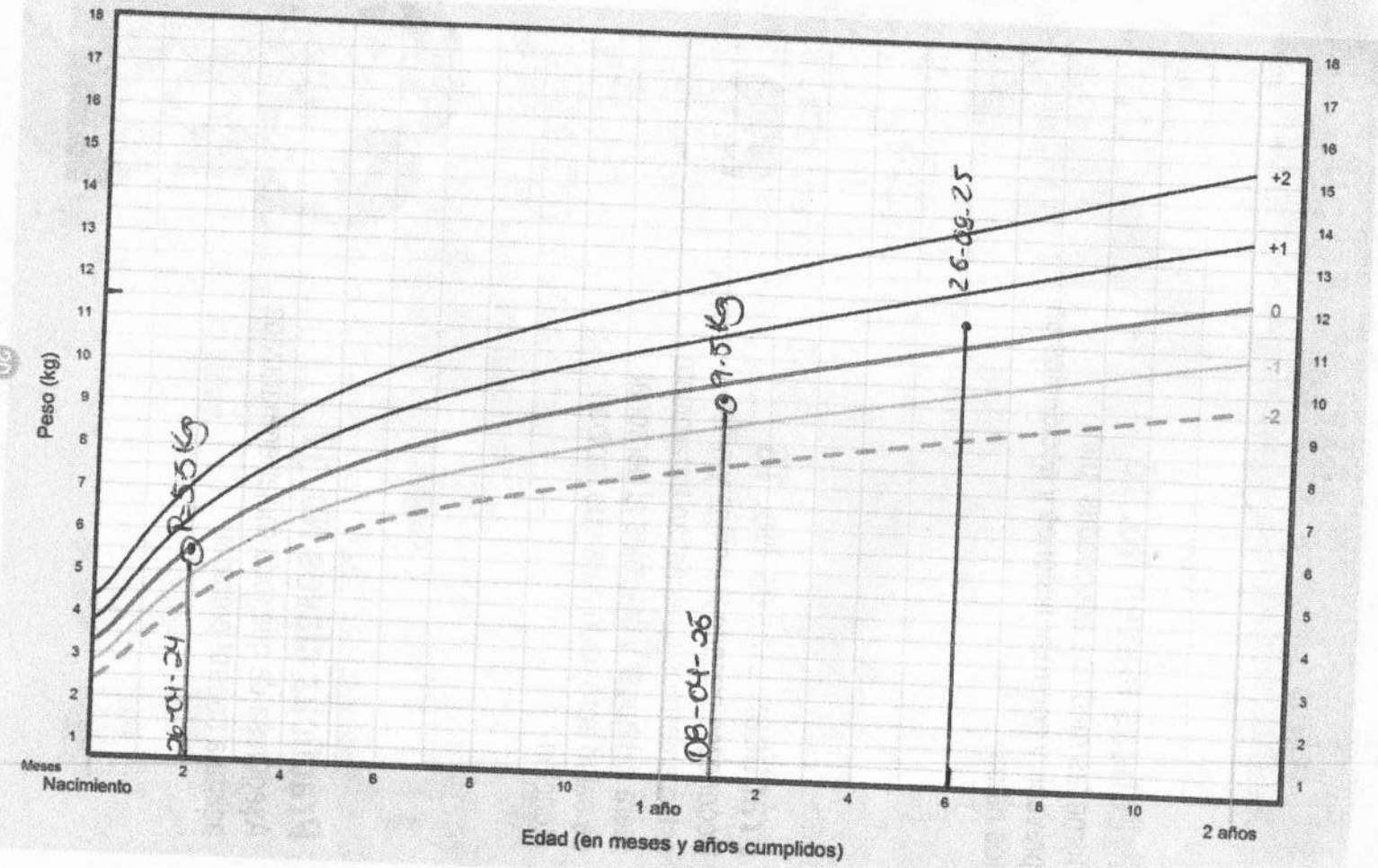
Nombres: IVAN MATHEO	**Apellidos:** NAVIA PARRA
Fecha de nacimiento 18 DIA | 02 MES | 2024 AÑO	**Historia Clínica:** 1122344406
Barrio/Vereda: B/ LA ESPERANZA	**Responsable del niño:** DANYELE P.
Teléfono:	**EPS:** 118

CITAS PROGRAMADAS

DIA	MES	AÑO	HORA	ASISTIO	
				SI	NO
~~10~~	04	2024	Medico	✓	
08	~~04~~	2024	~~Enf~~ Med	✓	Inasistencia
18	08	2024	Enf		
01	08	2025	Enf.	✓	
18	02	2026	Medico		

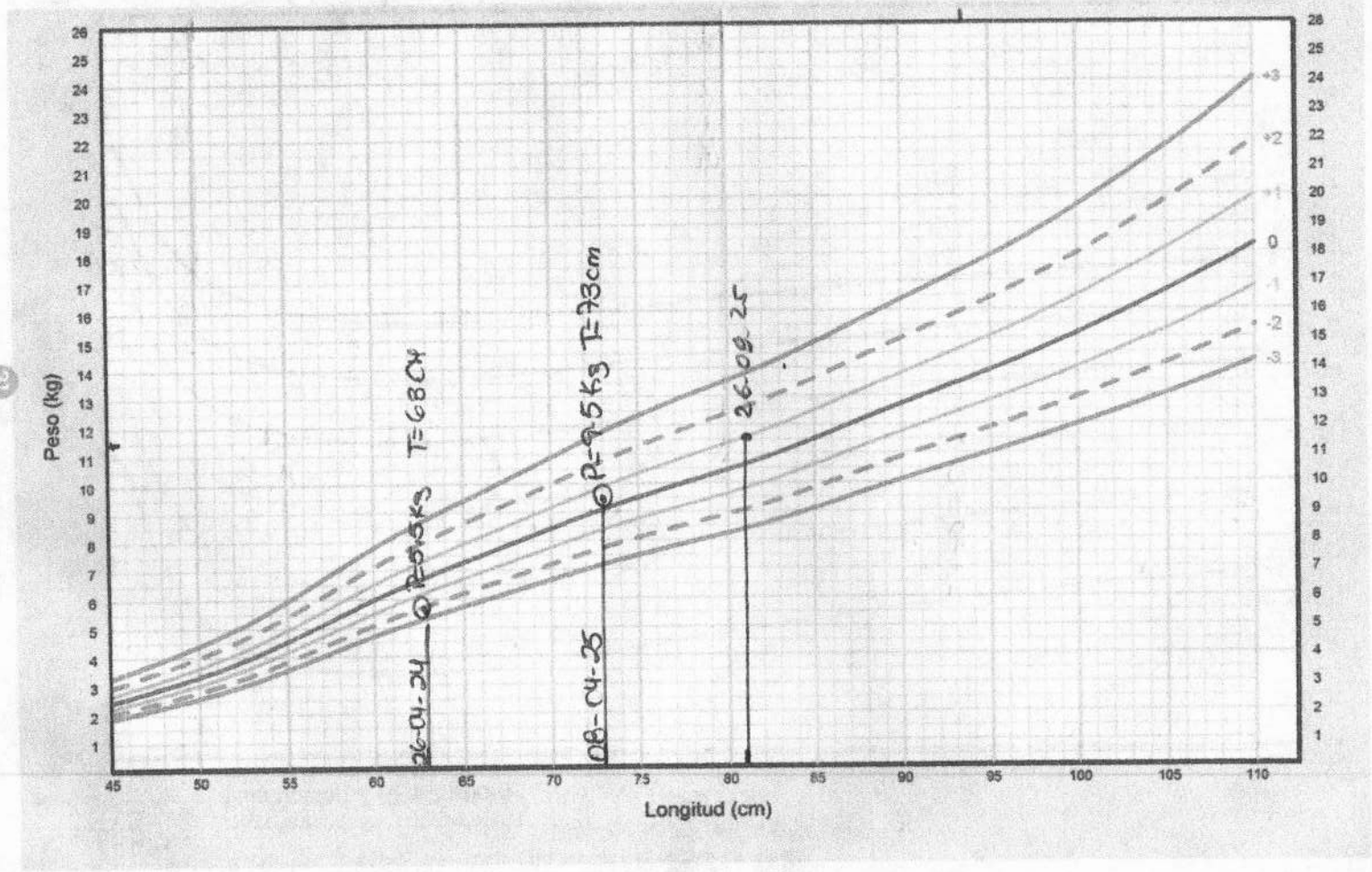
Peso para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



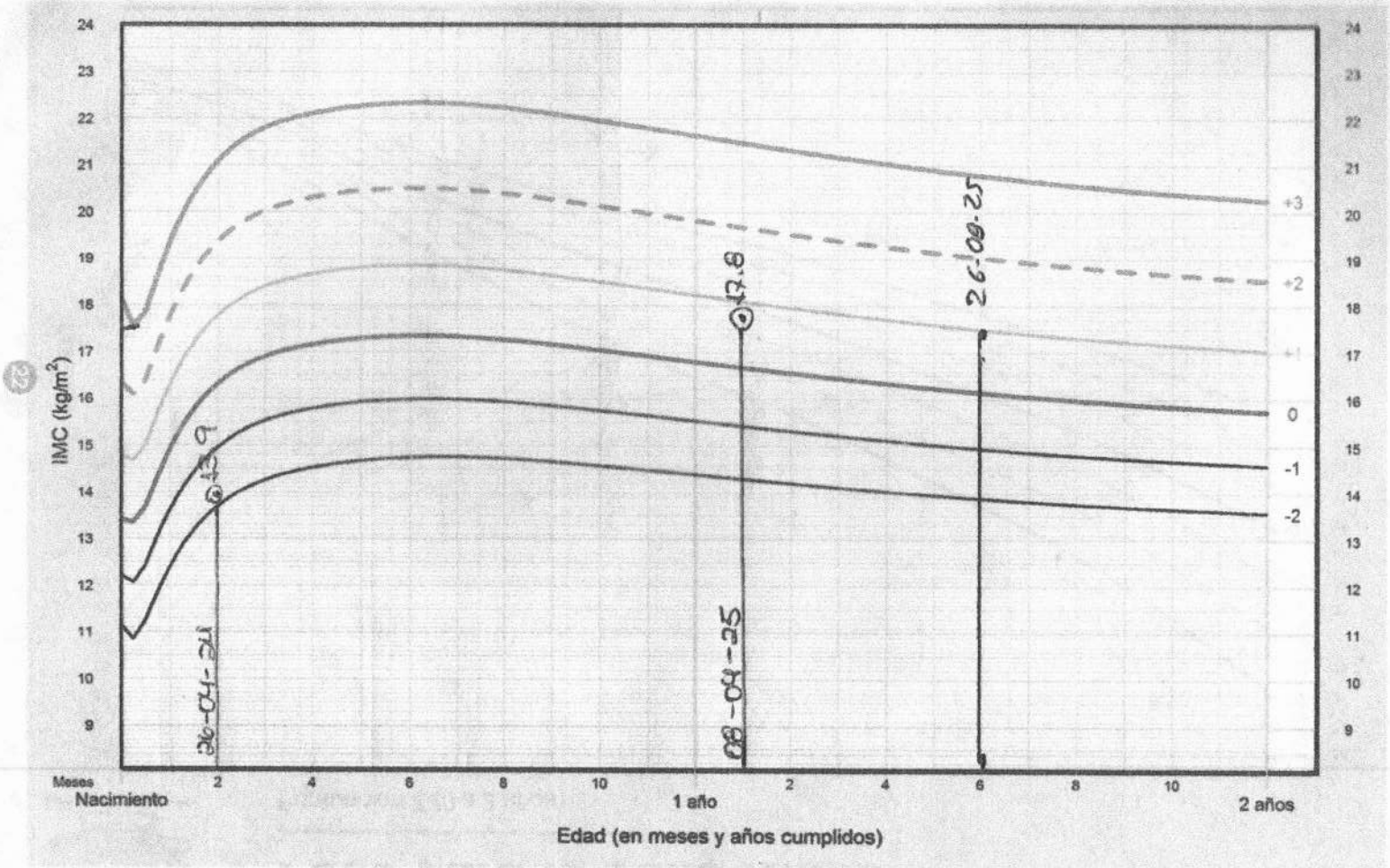
Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



IMC para la Edad Niños

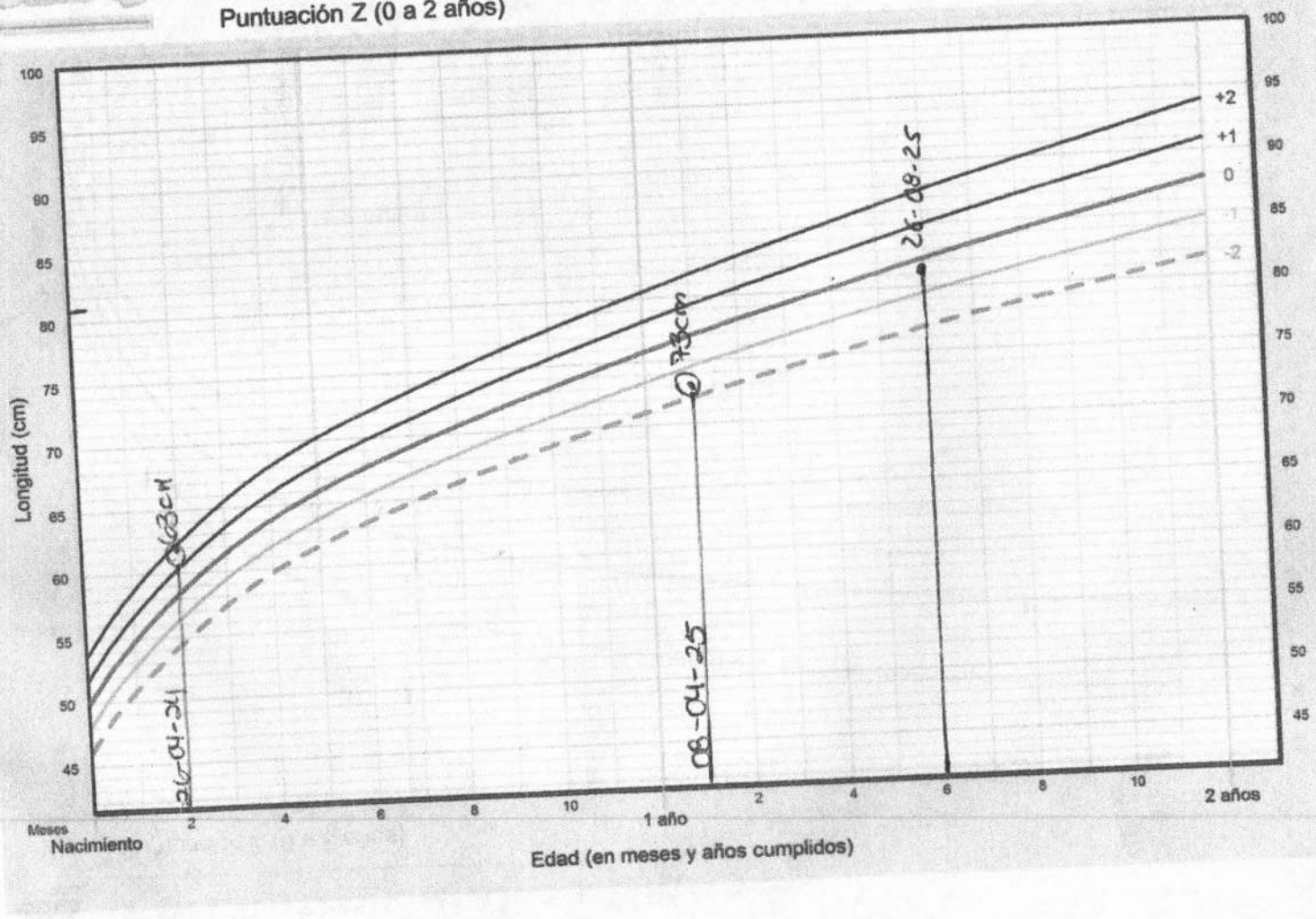
Puntuación Z (0 a 2 años)



Talla para la Edad Niños

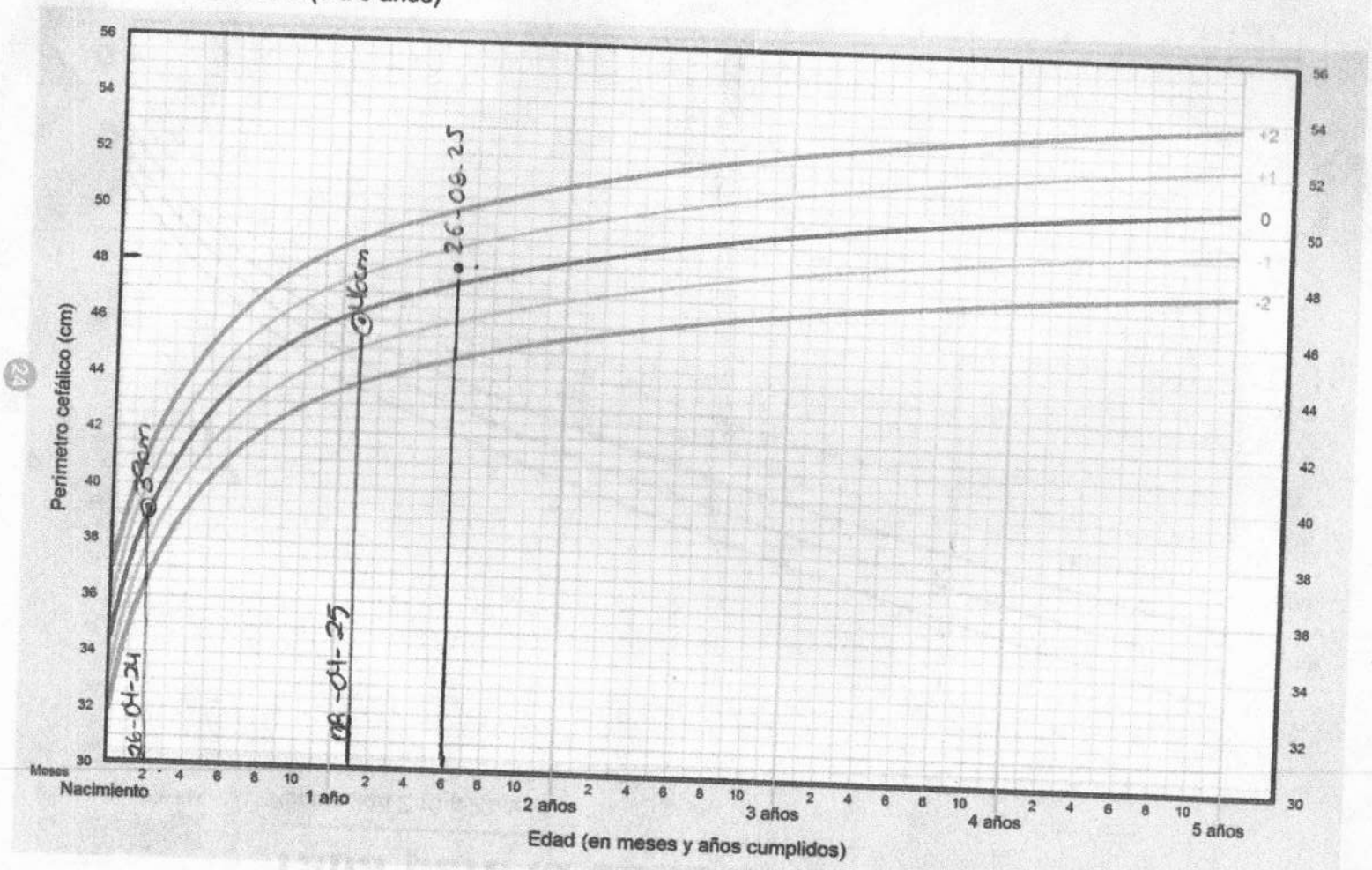


Puntuación Z (0 a 2 años)



Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)



Carné de salud infantil

Datos del Niño o de la Niña

1° Apellido: NAVIA

2° Apellido: PARRA

Nombre: LIAM MATHEO

Fecha de Nacimiento: Día: 18 Mes: 02 Año: 2024

Sexo: F ___ M X I ___

Grupo Sanguíneo: A Rh: Positivo

Lugar de nacimiento: HUDN

Municipio: Pasto Departamento: Nariño

EPS: Emssanar

No. de Afiliación: ___

No. de Registro Civil: 1.122.344.406.

CNV. 24021210866625

En caso de urgencia favor avisar a:

Nombre: Danyelly Jasmin Paez TOMS

Domicilio: Pasto - Barrio Oredo

Cra 17 D # 19-22

Municipio: Pasto Departamento: Nariño

Teléfonos: 3124912668

Otros domicilios: ___

Carné de Vacunación

	Vacunas	Fecha	Lote Numero	Laboratorio	IPS	Próxima Cita	Vacunador	Observaciones
R.N.	Hepatitis B	18-2-24	Serum	037M20056	HUDN		Illegible	
	BCG	18-2-24	Serum	032G40056	HUDN		Illegible	
2 MESES	Difteria Tetanos Tos Ferina	18-4-24	Serum	285240041F	HFLD		ISABEL A	
	Hepatitis B	18-4-24	Serum	285240041F	HFLD		ISABELA	
	H. Influenza B	18-4-24	Serum	285240041F	HFLD		ISABEL A	
	Polio	18-4-24	Serum	285240041F	HFLD		ISABEL A	
	Rotavirus	18-4-24	GSK	ARU073004A	HFLD		ISABEL A	
	Neumococo	18-4-24	GSK	FY499 25	HFLD		ISABEL A	
4 MESES	Difteria Tetanos Tos Ferina	02-07-24	Serum	285Xd48	HFLD		Kerly J	
	Hepatitis B	02-07-24	Serum	285Xd48	HFLD		Kerly J	
	H.Influenza B	02-07-24	Serum	285Xd48	HFLD		Kerly J	
	Polio	02-07-24	Biologica	2239001	HFLD		Kerly J	
	Rotavirus	02-07-24	GSK	ARU083848	HFLD		Kerly J	
	Neumococo	02-07-24	Pfizer	6JB536	HFLD		Kerly J	
6 MESES	Difteria Tetanos Tos Ferina	02-09-24	Serum	282340110	HFLD	CITA: 02-09 2024	Isabel A	
	Hepatitis B	02-09-24	Serum	282340110	HFLD			
	H. Influenza B	02-09-24	Serum	282340110	HFLD			
	Polio	02-09-24	Biologica	2239005	HFLD		Isabel A	
6 A 23 MESES	Influenza Estacional 1 dosis	30-05-25	Seqirus	P100792794	HFLD		Isabel A	
	Influenza Estacional 2 dosis	02/07/25	Seqirus	P100792794	HFLD	CITA: 30-06-25	Isabel A.	
	Influenza Estacional Ref.							
12 MESES	Sarampión Rubéola Parotiditis	26-03-25	Serum	0132N074A	HFLD	CITA: al año.	Yenifer	
	Neumococo Refuerzo	26-03-25	Pfizer	HJ8279	HFLD		Yenifer	
	Hepatitis A	26-03-25	MSD	202201045	HFLD		Yenifer	
	Varicela	26-03-25	Merck	4019869	HFLD		Yenifer	
18 MESES	Difteria Tetanos Tos Ferina	08 Sept 2025	Serum	2854x015E	HFLD	cita: 02-09 2025.	Isabel Arias	
	Polio	08/09/25	Biologica	2423003				
1 a 59 Años	Fiebre Amarilla	26-03-25	Illegible	2314Cu03E	HFLD		Yenifer	
1 A 5 AÑOS	Difteria Tetanos Tos Ferina					cita: 5 Años Cumplidos		
	Polio							
	Sarampión Rubéola Parotiditis	08 Sept 2025	Serum	0133N119B	HFLD		Isabel Arias	
	Varicela							
OTRAS	Covid 1 dosis							
	Covid 2 dosis							

18
R/

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 LA DORADA FECHA: DÍA 10 MES 04 AÑO 2025 HORA: 01:11 PM.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES LIAM MATTHEO APELLIDOS NAVIA PARRA

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ NÚMERO: 1.122.344.406.

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 18 MES: 02 AÑO: 2024 / EDAD: 1. años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE 118

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) NO DISPONIBILIDAD DE BIOLOGICO — Y POR 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: Danyelly Parra

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

Nombres DANYELLY JASMIN Apellidos PARRA TORRES

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 1.122.784.978

Firma: Danyelly Parra.

En caso de requerirse firma a ruego:

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

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

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

de _____

Firma del Rogado

Huella dactilar o plantar del Rogante

C.C. N°

C.C. N°

Nombres y apellidos del vacunador: Sandra M

Firma _____ Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 1122336822

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFID

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Putumayo MUNICIPIO: Sanmiguel

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.

CERTIFICADO ODONTOLOGICO

Certifico la asistencia del niño **NAVIA PARRA LIAM MATEO** identificado con N° de registro 1.122.344.406 expedido en SAN MIGUEL PUTUMAYO , asiste a la clinica odontologica con la compañia de su madre JASMIN PARRA identificada con cedula de ciudadania N° 1122784978 Expedida en el SIBUNDOY PUTUMAYO, para realizar tratamiento de higene oral y aplicacion de fluor .

RECOMENDACIONES:

1. **APLICACION DE FLUOR**
2. **ASISTIR A CONSULTA ODONTOLOGICA CADA 6 MESES**
3. **APLICACION DE SELLANTES**

CERTIFICADO EXPEDIDO EN LA DORADA PUTUMAYO A 03 DIAS DEL MES DE OCTUBRE DEL AÑO 2025

Sandra Elizabeth Chamorro
Odontóloga
Universidad Cooperativa de Colombia

SANDRA ELIZABETH CHAMORRO
ODONTOLOGA GENERAL
CC 1.085.917.801

Powered by CamScanner

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 Liam Matheo Navia Parra, identificado (a) con documento de identidad número 1.122.344.406 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, DanYelly Jasmin Parra Torres, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1.122.784.978, 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: DanYelly Para
Nombre: DanYelly Para
Calidad - Titular: ____ Representante legal: ____
Teléfono de contacto: 3124912468
Fecha: 01-04-2025
Municipio: San Miguel

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

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

Danyelly Parra T.
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 10986	Pago oportuno hasta:	02-ABR-2025	Mes Facturado
Factura Nro.	2037043463	Suspensión a partir de:	03-ABR-2025	MARZO 2025

1. Información General

Nombre:	JOSE PARRA		07-MAR-2025	Último pago $	236,740
Dirección:	BR SAN FELIPE			Tuve servicio de energía entre:	19-FEB-2025 - 19-MAR-2025 (28) 22-MAR-20

Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Área	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Tarifa	División Geopolítica
SMI	S106	351	2	RESIDENCIAL	URBANA	1	8	AEREA	EMPRESA	105	SAN MIGUEL - SAN FELIPE

Tipo de Documento	Fecha y hora de Emisión	Fecha y hora de Generación	Medio de Pago	Forma de Pago	Factura Electrónica de Venta

2. Información Consumo Energía

Componentes del Costo (CU): Generación + Transmisión + Distribución + Comercialización + Pérdidas + Restricción = CU ($/KwH)

527.60 + 49.85 + 253.23 + 121.95 + 70.79 + 14.68 = 1,038.10

2A. Información Medidor

Marca	Serial	Factor Múltiplo
ELS	8416962	1

2B. Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	24690	24489
Reactiva:		

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

2C. Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	201		
Consumo Reactiva KVarh:	0		
Costo del consumo $	208658.1		
Tarifa (hasta 173 Kwh):	519.05		
Subsidio: %	50	$	-89795.65
Contribución: %		$	0
Sub Total $	118862.45		

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

2D. Consumo Ultimos 6 Meses

Mes	Consumo
2025/Feb	297
2025/Ene	229
2024/Dic	220
2024/Nov	196
2024/Oct	229
2024/Sep	313

Promedio: 247

2E. Información Calidad del Servicio

Tel. O.R. EEPB: 01 8000 942415
Transformador: SLD113 Grupo: 22
DIUG: 30.24 FIUG: 19 Circuito: C14
Cargo D: 249.01 Dscto %: 20
CLC: 300.21
DIU: 81.94 FIU: 96.00
UC: 1.40 VC: 5.00
Valor a compensar: 29,901.90

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	208,658.10	0	0.00	208,658
SUBSIDIO	89,795.65	0	0.00	-89,796
AJUSTE A SUBSIDIO	3,827.01	0	0.00	3,827
COMPENSACION RES CREG_015/2018	-29,901.90	0	0.00	-29,902
AJUSTE A LA DECENA	-3.56	0	0.00	4

5. Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP

92,784

6. Información Facturación Convenio Impuesto Alumbrado Público

Sujeto Activo	Operador A.P.	Convenio No.	Dirección PQR	Valor Periodo	Saldo Ant.	Valor Total
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL	MUNICIPIO SAN MIGUEL	ACUERDO 008 31/08/2023	Cra 4 Cll 7 Esquina	15,406	0	15,406

7. Información Facturación Convenio Aseo y Alcantarillado

Concepto	Empresa	Dirección PQR	USO	Valor Tarifa	Subsidio o Factor Solidario	Cargo Consumo o Variable	Valor Tasa Ambiental	Saldo Anterior	Ajustes/Otros	Valor Total
Alcantarillado				0	0	0	0	0		0 0
Aseo	Alcaldia San Mi	Cra 4 Cll 7 Esq B/La Libertad		12,000	0	0	0	0		0 12,000

*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
92,784		15,406		12,000		0		120,190

CUFE:

606da691763b7dbb7c1998817555525e5b311fd38e3c743e0ade3400f26ffa1
2377eb0bf32e2de5743ce8ff70e64b31fea

(415)7709998005532(8020)1000203704346303(3900)0000120190(96)20250402

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

www.eebpsa.com.co @eebpsaesp /eebpsa

Fact. Electrónica: EEBP 189191

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

Proveedor Tecnologico: dispapeles S.A.S. NIT: 860028580-2 Software: fact-e

Esta factura presta mérito ejecutivo de conformidad con el artículo 130 de la Ley 1753 de 2015 y artículo 148 de la Ley 1955 de 2019

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad San Miguel - La Dorada

Nombre completo de la niña o niño Lian Matheo Navia Parra

Fecha de nacimiento 18 02 2024 **N° Documento de Identidad** 1122344406

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

hijo=2
hermano: 1

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Yaleni Gijon.

Fecha de registro cualitativo 02. 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 El niño muestra avances en su motricidad fina y gruesa se evidencia la fuerza al correr, caminar, brincar y rodar en los espacios de recreación, se recomienda reforzar el uso de palabras con juegos de construccion nombrando objetos o colores, estimular el juego cooperativo proponiendo actividades de construccion en grupos.

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 02 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

● Lian Matheo Navia se encuentra dentro de lo esperado teniendo encuenta que ha cumplido con los items correspondiente 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)***

oración litativa ⇨	Relación con los demás																																	
	Comunicación						Interacción						Construcción de normas			Relación consigo misma/o																				
	Verbal			No verbal			Independencia			Cooperación			Autonomía			Identidad						Autoestima			Manejo corporal			Conocimiento de los objetos			Relaciones de causalidad			Representación de la Realidad Social		
																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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Liam Matheo Navia **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)
09-12-2025	La madre de familia manifiesta a la hora de llegada 8:00 am que el niño amaneció, suelto Durante la mañana se cambio 4 veces. Este caso se remite a salud y nutricion.	La agente educativa dialoga con la madre de familia que no era normal que el niño usuario este con esa sintoma de estar suelto, por tal razón y por el salud del niño usuario, le recomienda llevarlo al medico para saber por que el niño esta asi, con ese sintoma. por tal raza sale 12:55 pm.	Maritza S.C	Daniela Parra.

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
10-12-25	la nutricionista se comunica con la madre para saber como sigue el niño, la madre refiere que el niño esta mejor, sigue con un poco de diarrea, pero a mejorada, se le recomienda no darle alimentos que tenga lacteos o que son pesados como el brocoli, coliflor, entre otros.
11-12-2025	la nutricionista evidencia que el niño se reintegra al CDI, durante la jornada no se le dara lacteos. ya que aun sigue con un poco de los malestares gastrointestinales.

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Liam Matteo Nava **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)
12-12-2025	Durante el diligenciamiento del formato RAM se evidencia la inasistencia del niño usuario el día de hoy.	La madre manifiesta que por motivos personales no pudo traer al niño usuario eso expresa mediante el dialogo con la agente educativa.	Maritza Sic	

Fundación Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Liam Matheo Nauca 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)
18-11-2025	El niño usuario ingresa con un raspon en la cara.	La agente educativa dialoga con la madre, la madre manifiesta que se callo en el hospital y se raspo la cara, la agente le habla del cuidado del niño y las caidas peligrosas, que generan riesgo. la madre se compromete a cuidar mas al niño	Maritza.	Danyelly Parra

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Lian Matheo N. **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Caminadores **AGENTE EDUCATIVO:** Maritza

MUNICIPIO: San Migue **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	El niño usuario ingresa con un aporeado en la nariz, la madre manifiesta que el niño se callo en la sanja. en la cera de la casa.	La agente educativa conversa con la madre de tener mucho cuidado con el nico usuario.	Maritza.	Daniela Parra

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Liam Matheo N **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)
02-10-2025	Durante la revisión de carpeta del niño usuario se evidencia que el niño tiene programa proxima cita 8-10-2025	La agente educativa informa a los padres de familia de la cita de higiene oral con anticipación del niño usuario y la importancia de no perder la cita para el día programado.	Maritza S.C.	Brayan Nava.

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Liam Matheo Navia **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)
19-09-2025	Hospitalización del niño usuario siendo 12:00 pm por urgencia.	Los padres de familia se comunican con la agente educativa, para informar la inasistencia del niño usuario por el motivo de la hospitalización por fiebre. El caso se remite al apoyo salud y nutrición.	Maritza S.C	Daniella Parra

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
19/05/2025	Se realiza acompañamiento y seguimiento al estado de salud del niño. Responde llamada telefonica Padre de familia comenta que el niño se encuentra en casa. Hoy al medio dia fue dado de alta. El padre comenta tambien que le suministraron antibiotico, suero y acetaminofen. Se realiza recomendaciones de apoyo psicosocial y salud con el fin de que la salud fisica del niño mejore. Asi mismo se recomienda informa cualquier novedad.
22/05/2025	El niño usuario ingresa con total normalidad alegre y contento.

30
RTV

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Liam Matheo Navia 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)
2-09-2025	Durante la revisión de carpetas del niño usuario se observa la proxima cita que tiene programada. 02-09-2025.	La agente educativa informa a la madre de familia la cita programada para el día 02-09-2025 siendo 4:10 pm lo hace de forma verbal y se le envía un mensaje.	Maritza.	Brayan Navia

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	01-9-2025 se le recuerda nuevamente a la madre de formula de la vacuna para el día de mañana. 02-9-2025 La agente educativa le recordo a la madre para la vacuna del niño usuario, la madre manifiesta que el día de hoy no le hara colocar la vacuna, yaque las vacunas a colocar tienen una reacción en el niño. y manifiesta que se la coloca el viernes despues del jardín para que este en casa. La madre de famila se compromete que el día viernes lo lleva a vacunar.

	FORMATO ACTA DE COMPROMISO	BIENESTAR FAMILIAR

ACTA DE COMPROMISO

REGIONAL	CENTRO ZONAL	MUNICIPIO	FECHA
PUTUMAYO	LA HORMIGA	San Miguel	02-09-2025
LUGAR: San Miguel (La dorada).			Hora
UNIDAD: Caminadores			2:00 pm.
NOMBRE DEL RESPONSABLE		CC. RESPONSABLE	TELEFONO
Danyelly Jasmin Parra Torres		1122784974	3124912466

TEMA

Solicitud de documentos pendientes a la familia

OBJETIVO(S)

Informar a la familia sobre citas y controles pendientes

Se informa a la madre/padre: Danyelly Jasmin Parra T identificada con numero de cedula: 1122784974, quien se compromete asistir a las citas y controles médicos pendientes de forma responsable, adicional a ello me comprometo a entregar copias para la actualización de la carpeta de los siguientes documentos:

- ✓ Vacuna.
- ✓ _____
- ✓ _____
- ✓ _____

El presente compromiso tendrá vigencia durante el período de tiempo comprendido entre el 02 de Septiembre de 2025 y el 05 de Septiembre de 2025, de no ser así se informará a las entidades correspondientes con previo aviso a la coordinadora local.

En constancia, se firma a los Martes (02) días del mes de Septiembre de 2025.

ACUERDOS Y COMPROMISOS

La madre de familia se compromete llevar al niño Usuario a la Vacuna que tiene programada.

PERSONAL RESPONSABLES DE LA SOCIALIZACIÒN

NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	FIRMA
Danyelly Jasmin P.	Madre	Danyelly Parra.

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Liam Matheo Navia **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)
20-08-25	El día de hoy el niño Usuario tiene permiso para no asistir, ya que el niño tiene la cita de higiene oral, por tal razón no asistirá el dia de hoy.	La madre de familia se compromete llevar al niño a la cita medica, ya que la agente educativa le hablo de la importancia de dicha cita.	Maritza.	Danyelly Parra

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	27-8-2025 El niño usuario ingresa nuevamente a la sala con total normalidad el dia de hoy.

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Lia Matheo Navia **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Salacunas **AGENTE EDUCATIVO:** Maritza

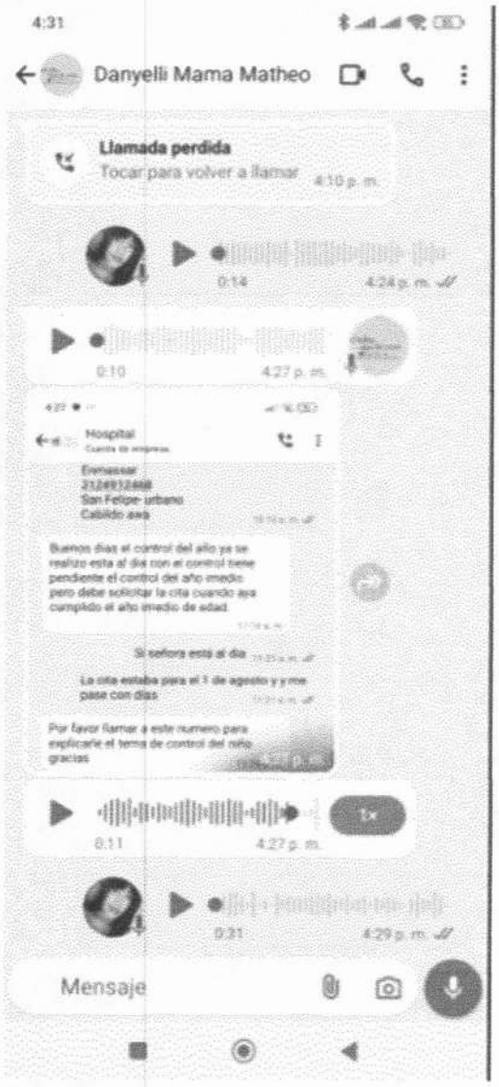
MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 04-03-2025

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)
31-07-2025	Durante la revisiá de carpeta se evidencia que el niño usuario tiene para 1 de Agosto 2025 cita del control cremien to y desarrollo.	La agente educativa se comunica con la madre para recordarle la fecha estipulada y tenerlo presente que no se debe hacer perder la cita de Control de crecimiento y desarrollo.	Maritza S.C.	Donnelly para

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
1-08-2025	A la madre se le recuerda nuevamente siendo 4:00 pm la importancia del control. 04-08-2025. Se le recuerda nuevamente a la madre de pedirle la cita al niño usuario y la importancia, la agente educativa le hizo un compromiso con la madre para llevar al control y pedir la cita para 5-08-2025. siendo 8:50 am. 04-08-2025 La agente educativa se comunica con la madre para conocer si ya le pidió la cita, ella manifiesta que los medicos le dijeron que la cita de agosto se reprograma para el año y medio. Anexa comprobante. 15-8-2025 Se le recuerda a la madre de familia la cita del niño de crecimiento y desarrollo. la madre hasta el momento NO ha dado respuesta. firma madre: 22-8-2025 Madre de familia envia confancia de la cita pragama para el dia 26-8-25, Anexo comprovante.

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


4:31
Danyelli Mama Matheo
Llamada perdida
Tocar para volver a llamar
4:10 p. m.
0:14
4:24 p. m.
0:10
4:27 p. m.
Hospital
Buenos días el control del año ya se realizo esta al dia con el control tiene pendiente el control del año medio pero debe solicitar la cita cuando aya cumplido el año medio de edad
Si señora está al dia
La cita estaba para el 1 de agosto y y me pase con dias
Por favor llamar a este numero para explicarle el tema de control del niño gracias
0:11
4:27 p. m.
0:31
4:29 p. m.
Mensaje

	FORMATO ACTA DE COMPROMISO	BIENESTAR FAMILIAR

ACTA DE COMPROMISO

REGIONAL	CENTRO ZONAL	MUNICIPIO	FECHA
PUTUMAYO	LA HORMIGA	San Miguel	
LUGAR: CDI Frontera de paz			Hora
UNIDAD: Caminadores			
NOMBRE DEL RESPONSABLE		CC. RESPONSABLE	TELEFONO
Danyelly Jasmin Parra		1122784978.	

TEMA

Solicitud de documentos pendientes a la familia

OBJETIVO(S)

Informar a la familia sobre citas y controles pendientes

Se informa a la madre/padre: Danyelly Jasmin Parra identificada con numero de cedula: 1122784978, quien se compromete asistir a las citas y controles médicos pendientes de forma responsable, adicional a ello me comprometo a entregar copias para la actualización de la carpeta de los siguientes documentos:

- ✓ Crecimiento y desarrollo.
- ✓ _____
- ✓ _____
- ✓ _____

El presente compromiso tendrá vigencia durante el período de tiempo comprendido entre el _____ de _____ de 2025 y el ___ de _____de 2025, de no ser así se informará a las entidades correspondientes con previo aviso a la coordinadora local.

En constancia, se firma a los Martes (19) días del mes de Agosto de 2025.

ACUERDOS Y COMPROMISOS

PERSONAL RESPONSABLES DE LA SOCIALIZACIÒN

NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	FIRMA
Maritza Sicagama	Docente	Maritza S.C
Danyelly Jasmin P	Madre	Danyelly Parra

36

ASIGNACION DE CITA MEDICA:

Fecha Impresion: 21/08/2025

ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

Dir:Barrio El Paraiso Tel: 3134821413

Orden No: 166279

PACIENTE:	NAVIA PARRA LIAM MATHEO
IDENTIFICACION:	RC1122344406
No HISTORIA:	1122344406
PROFESIONAL:	BAZA HERNANDEZ VICTOR MANUEL
ESPECIALIDAD:	ENFERMERA(O) PROFESIONAL
HORA DE LA CITA:	09:00 a. m.
FECHA DE LA CITA:	26/08/2025
TIPO:	De Control
CLASE:	CONTROL PRIMERA INFANCIA
EMPRESA:	EMSSANAR EPS S.A.S.
FECHA SOLICITADA POR USUARIO:	21/08/2025
OBSERVACIONES:	

Recuerde facturar 30 minutos antes de la hora asignada, de lo contrario su cita sera reprogramada dependiendo de la disponibilidad de agenda

InfoSalud Net

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Liam Matheo Navia **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Sala Cunas **AGENTE EDUCATIVO:** Manitza

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)
05-08-2025	Durante el ingreso del niño usuario aparenta ingresar con un chichon	La agente educativa indaga a la madre de familia para saber que paso con ese chichon, la madre manifiesta que el niño se habia caido con una prima jugando lo cual se hizo ese chichon.	Manitza	Daniela Parra

38
R/V

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Liam Matheo Navia **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Sala Cuna **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)
30-07-2025	La madre de familia llega a la unidad de forma presencial Siendo 8:20 am expresando la inasistencia del niño usuario	La madre de familia expresa que siendo 5:00 pm al niño lo montaron en moto para salir algun lugar, la madre expresa que en ese momento se quema con el mofle, generando una ampolla por tal razon no asistira el dia de hoy.	Maritza	Danyelly Parra

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
30-07-2025	Siendo 3:00 pm la agente educativa llama a la Madre para Saber el estado del niño y la madre, manifiesta que el niño se encuentra bien y que el quemado se reventó y le estan aplicando crema y el niño esta bien.
31-07-2025	El niño usuario regresa nuevamente a la unidad de atención alegre y con total normalidad y el pie esta en proceso de sanar del quemason que se izo.

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Liam Matheo Navia P **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Sala Cunas **AGENTE EDUCATIVO:** Maritza S.C

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

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
16-07-2025	Siendo 1:20 las agentes educativas observan y sienten en Matheo una fiebre.	Las agentes educativas proceden a llamar a la madre para que lleven al niño y le hacen la recomendación de llevarlo al medico.	Maritza S.C	. Brayan Navia.
17/07/2025	La nutricionista de la unidad de servicio se comunica con la madre para conocer el estado de salud del niño.	También procede a la remisión con la nutricionista de salud, para estar en seguimiento. Diana Aguirre. La madre manifiesta que el niño en la noche del 16/07/2025 continuo con fiebre, por lo cual le dieron acetaminofen para que pueda descansar. A la mañana del día 17/07/2025 el niño tiene malestar de gripa pero la mamá lo asocia al brote de diente que esta en proceso ya que anteriormente habia sucedido.		

BIENESTAR FAMILIAR

SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO

Sin embargo se recomienda a la madre dirigirse al hospital si los sintomas son persistentes, la madre manifiesta que va a tener todos los cuidados en casa y que va a dirigir un permiso al COI por la inasistencia del día jueves y viernes

18-07-2025 siendo 8:00 am el padre de familia se presenta presencialmente con la agente educativa, informando del motivo de ausencia, por motivo de salud, al igual se le hace la recomendación al padre de familia, del cuidado del niño.

20-07-2025 siendo 8:00 am el niño ingresa nuvamente a la unidad de atención- Sala cunas.

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

SAN MIGUEL -LA DORADA -PUTUMAYO **18 DE JULIO DEL 2025**

Señora:
MARITZA SIAGAMA
DOCENTE DE SALA CUNA
CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL

Asunto: Permiso de ausencia por motivos de salud

Cordial saludo,

Por medio de la presente, me permito informar que mi hijo **Liam Matheo Navia Parra**, quien asiste a esta guardería, no podrá asistir durante los días **17 de julio del 2025** al **18 de julio del 2025**, debido a motivos de salud.

Agradezco su comprensión y apoyo durante este tiempo. Tan pronto se recupere, se reintegrará a sus actividades con normalidad.

Cordialmente,

Firma: Brayan Navia.
BRAYAN HERNAN NAVIA MUÑOS
C.C. No. 1.007.728.302
Teléfono de contacto: 3145414565

DROGUERÍA CAMPIÑO

Vive Sanamente

NIT: 37087919-1

DIRECCIÓN: CL 5 4-23 B/ SAN FELIPE
SAN MIGUEL LA DORADA Cel: 323 576 2492

FACTURA DE VENTA
Nº 184

Cliente: Brayan Navia

Nit: Tel:

FECHA
17/09/25

CANT.	DESCRIPCIÓN	VR. UNIT.	VR. TOTAL
1	Noxpirin		15000.
1	Amoxicilina		14.000
1	Jeringa.		500
1	Vitafriol		32.000

42
2/4

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Liam Matheo Navia **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Salacunas. **AGENTE EDUCATIVO:** Maritza S.C

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.	Daryelly Dara.

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
10/04/2025	Posteriormente al recibir 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 sensibilización y acompañamiento a la situación observada por las agentes educativas. Dentro de la llamada telefonica se acuerda que el dia Viernes 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. Machete Mosquera. Apoyo Psicosocial.

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Mateo Nieva Parra **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Campo dero. **AGENTE EDUCATIVO:** _____

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 6-oct-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)
02-10-2025	durante el ingreso del niño a la unidad, se observa que presenta aparentemente una lesión tipo trauma en la nariz, al consultar con el padre, refiere que actualmente le está aplicando crema a este la lesión no se ha sanado.	se le recomienda a la madre solicitar una cita medica en el hospital con el fin de que el niño reciba una atención adecuada y tratamiento medico oportuno.		Brayan Nieva.

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	El dia de hoy 08-07-2025 la agente educativa pregunta al padre de familia sobre los granitos que el niño tiene, lo cual el padre expresa que ya pidio cita medica para el niño el dia Miercoles. Daniela Parra. Tambien se le solicitud un seguimiento por parte de salud y nutricion para la observacion de los granitos en Lian Matheo Navia. Diana Aguirre

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

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: Mateo Nava Rivas **UNIDAD DE ATENCIÓN:** comunitarios **AGENTE EDUCATIVO:** yoleni 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)
25-06-2025	El agente educativo realiza revisión de completo donde se puede verificar que el niño usuario tiene tiene para el día 30 - junio vacuna de la influenza.	Agente educativo se comunica con la madre de Familia informandole que para el día 30-06-2025 el niño tiene la aplicación de la vacuna. 01-07-2025- 10:00 am. agente educativo informa a la madre de familia mediante mensaje de texto que el niño el día 30-06-2025 tiene pendiente la cita para ese día, la madre refiere que la vacunadora no trabaja el día festivo	yoleni Giron	Brayan Muñoz

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

SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO	

pero que el dia 01-07-2023 en horas de la tarde lo hace vacunar ya que la enfermera rural siempre lo vacuna en casa. se recomienda que en cuanto haga el proceso de vacunación presentar la copia del carnet de vacunación.

02-07-2023 el señor Brayan muñoz entrega la copia del carnet de vacunas con (la) docente educativo la anexa a la carpeta del niño.

Brayan Muñoz
B Firma padre de familia.

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Mateo Nava **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Caminadores **AGENTE EDUCATIVO:** Yaleni 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)
29-05-2025	Niño remitido a salud y nutrición por que presenta episodios de Fiebre	Salud y nutrición se comunica con la madre de familia para realizar seguimiento al estado de salud del niño, madre manifiesta que la madre manifiesta que el niño presentaba fiebre en sus pies solamente pero ella ha decido hacerle una limpieza con un huevo	nutricionista	Dorkelly para

Fundación Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Liam Matheo Navia **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)
27/05/2025	Mediante el llamado de asistencia se verifica la inasistencia del niño el día de hoy	Agente educativa se comunicó con la madre de familia, quien informó que el niño presentó Fiebre alrededor de la medianoche y aunque en la madrugada la Fiebre pasó, no tuvo buena noche, estuvo irritable y logró dormir solo hacia las 7:00 am, por lo que decidió no despertarlo debido a su estado de salud. Se sugiere a la madre llevar al centro de salud o medico lo antes posible para que reciba la atención necesaria.	El mismo día, a las 2:00 pm, se realizo una nueva llamada para conocer el estado de salud del niño, la madre refiere que el menor no volvió a presentar Fiebre hasta ese momento.	Yasleni Giron	• Danyelly Parra
			El dia miercolas 28/05/2025 se evidencia nuevamente la inasistencia del niño. Al comunicarse con la madre, ella informa que el niño continua con Fiebre. Además, menciona que, de acuerdo con sus creencias étnicas, considera que el niño se encuentra "tostado" por lo que realizó un ritual con un huevo, lo que según ella, mejoró la Fiebre y el malestar estomacal. No obstante, manifiesta que el niño todavía presenta "Fiebre en los pies"	Yasleni Giron	• Danyelly Parra

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	La Agente educativa reitera la recomendación de llevar al niño a un centro medico para que reciba atención profesional, considerando que en el municipio se ha reportado casos de dengue y fiebre amarilla. La madre responde que no le gusta llevarlo al hospital, pero tiene la intención de llevarlo a una clinica privada. Esta novedad se realizo a la 9:07am Se remite a salud y Nutrición. S Yaslen Giron. Agente educativo.
	Siendo las 3:30 pm, la agente educativo se comunica con la madre de familia mediante un mensaje de texto para conocer el estado de salud del niño. La madre respondió que el niño ya se encuentra mejo, señalando que ha mostrado mejoria en su condición general y que, afortunadamente, no presenta fiebre en ella tarde.
	El dia jueves 29/05/2025 Lian Matheo Navia. se reintegra a la unidad de servicio, aparentemente bien de salud. Agente educativa entabla una conversación para conocer como paso la nocho y la madre expresa que estuvo bien. y no paso mala noche. Danyelly Parra.

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Liam Mateo Navia. UNIDAD DE ATENCIÓN: Caminadores AGENTE EDUCATIVO: Yadeni 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 la revisión de carpeta de el niño Liam presenta esquema de vacunación incompleto de la vacuna influenza.	Salud y nutrición y Agente educativo realiza acercamiento con madre para darle a conocer el que la niño tiene pendiente la vacuna de influenza, donde la madre expresa que se acercara al area de vacunación para preguntar y hacer vacunar al niño.	La madre de familia se acerca al area de vacunación el dia viernes 30/05/2025 para ser vacunar al niño Liam con el Biologico de la influenza gestacional y presenta soporte de vacunación a la Agente educativa donde ella corrobora que el niño fue vacunado con la influenza gestacional	Yadeni Giron. Nutricionista	Daniella Parra.