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: 22 / 07 / 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: CDI 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: 1122344424

Fecha nacimiento: 18 / 04 / 2024

Nombres: Brihan Yonaikel

Apellidos: Torres Bitriago

Presenta discapacidad? ( ) Si (●) No

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

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

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

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

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

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

Departamento residencia: Putumayo

Municipio de residencia: San Miguel

Zona:

Barrio: Los prados

Vereda:

Sector:

Dirección: Los prados

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: 6746762

Nombres: Stheffany

Apellidos: Bitriago Garcia

País de nacimiento: Venezuela

Fecha nacimiento: 31 / 05 / 1999

Correo electrónico:

Número de celular:

Número de fijo:

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

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

Nombre y Firma del padre, madre y/o cuidador: Stheffany

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Maritza S.C

Observaciones:

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:

Brihan Yonaitel Torres Vitriago

N° DOCUMENTO: 1122344424 **TIPO DOCUMENTO:** RC X CC ___ OTRO ___

FECHA DE NACIMIENTO: 18/Abril/2024 **EDAD:** 1.3 Meses

LUGAR DE NACIMIENTO: Puerto Asis (putumayo)

NOMBRE DE LA UDS: CDI Fronteras de Paz

CODIGO UDS: 867571126972 **BARRIO/VEREDA:** 7 Agosto

FECHA DE INGRESO: 22-07-2025 **FECHA DE RETIRO:** _____

SISBEN: A1 **EPS:** Mallamas **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: Stefany Deyanira

N° CÉDULA: 6146762 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Bogota

NOMBRE DEL PADRE: Yonaitel Eduardo Torres M.

N° CÉDULA: 6146893 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Bogota

N° DE CELULAR: 3138541885

NOMBRE DEL ACUDIENTE: stefany Deyanira Torres.

N° CÉDULA: 6146762 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Bogota

DIRECCIÓN VIVIENDA: 7 agosto **ZONA POBLACIONAL:** (R) __ (U) X

NUMERO DE CELULAR 3138541885.

Stefany

FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Maritza Siagama

NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.122.344.424

Indicativo Serial 63700428

63700428

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código X 6 3

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
TORRES	VITRIAGO

Nombre(s)

ERIHAN YONAIKEL

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

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

COLOMBIA PUTUMAYO PUERTO ASIS

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	240415010939891

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

VITRIAGO GARCIA STHEFANY DEYANIRA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
DE 29769962	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

TORRES MUJICA YONAIKEL EDUARDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
DE 25895641	VENEZUELA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

VITRIAGO GARCIA STHEFANY DEYANIRA

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
DE 29769962	Sthefany Vitriago

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

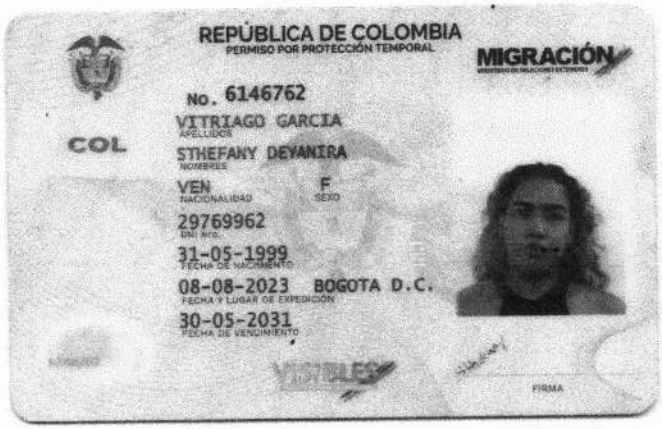
Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2024 Mes MAY Día 06	ROY EDISON CALLE QUIRAMA - REGIST Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

dispapeles 60295



REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

No. 6146762

COL

VITRIAGO GARCIA
APELLIDOS

STHEFANY DEYANIRA
NOMBRES

VEN
NACIONALIDAD

F
SEXO

29769962
DNI Nro.

31-05-1999
FECHA DE NACIMIENTO

08-08-2023 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO

VISTOBUENO

FIRMA



E1460295

INDICE DERECHO

El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información migratoria.

Carlos Fernando García Manosalva
Director General de Migración Colombia

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL6146762<<2<<<<<<<<<<<<<<<
9905315F3105308VENE1460295<<<3
VITRIAGO<GARCIA<<STHEFANY<DEYA



REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL
MIGRACIÓN
No. 6146893
COL
TORRES MUJICA
APELLIDOS
YONAIKEL EDUARDO
NOMBRES
VEN
NACIONALIDAD
M
SEXO
25895641
DNI Nro.
17-12-1996
FECHA DE NACIMIENTO
10-03-2024 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO
VISIBLES
FIRMA



E1472513
INDICE DERECHO
El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información migratoria.
MIGRACIÓN
www.migracioncolombia.gov.co
Carlos Fernando García Manosalva
Director General de Migración Colombia

IPCOL6146893<<5<<<<<<<<<<<<<<<
9612176M3105308VENE1472513<<<9
TORRES<MUJICA<<YONAIKEL<EDUARD

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 02/07/2025

Ficha: 867576741052800011162

A1

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: BRIHAN YONAIKEL

Apellidos: TORRES VITRIAGO

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122344424

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 06/12/2024

Última actualización ciudadano: 30/12/2024

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARIA ZORAYDA LINARES MONTERO

Dirección: Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libertad

Teléfono: 4210537 - 3213138790

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

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	1122344424
NOMBRES	BRIHAN YONAIKEL
APELLIDOS	TORRES VITRIAGO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	SAN MIGUEL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD MALLAMAS EPSI	SUBSIDIADO	19/04/2024	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	12/05/2025 13:57:42	**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**,

E.P.S. INDIGENA MALLAMAS	CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN	Código: AS-FR-008 Versión: 01 Vigencia: 19/07/2018

COORDINACION DE AFILIACIÓN Y REGISTRO

CERTIFICA

Una vez verificada la base de datos empresarial, el afiliado relacionado a continuación presenta la siguiente información con corte a la fecha de expedición de la misma.

Que el (la) señor(a):	TORRES VITRIAGO BRIHAN YONAIKEL
Identificación	RC 1122344424
Municipio	SAN MIGUEL
Nivel Sisbén	1
IPS Asignada	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA - PRINCIPAL
Estado	Activo
Fecha Afiliación	19/04/2024 12:00:00 a. m.
Régimen	Subsidiado
Zona	U2

Dada el martes, 22 de julio de 2025

Cordialmente

Oficina Virtual Mallamas - EPS

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...Sanos



E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

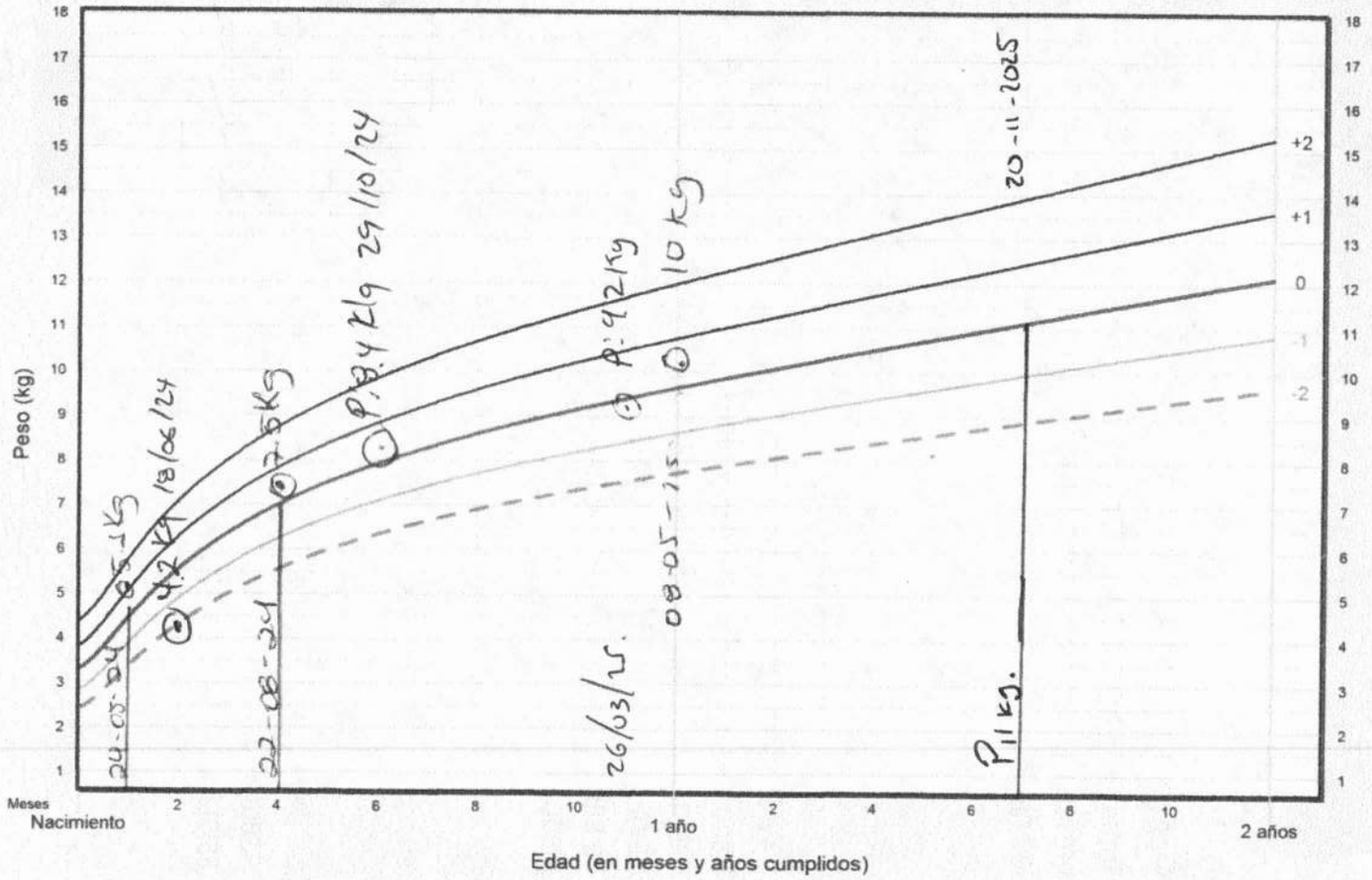
Nombres: Brihan Yonaiker	Apellidos: Torres Vitriago
Fecha de nacimiento: 18 DÍA | 04 MES | 2024 AÑO	Historia Clínica: 1122344424
Barrio/Vereda: B/ Los Prados	Responsable del niño: Estefanis Vitriago
Teléfono: 3138541885	EPS: Mallamas

CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ	
				SI	NO
18	Junio	2024	Enf.	✓	Milena C
18	Agosto	2024	Medico	✓	S.
~~16~~ 29	Octubre	2024	Enf.	✓ si	Milena C
18	Enero	2025	Enfermo		
26	marzo	2025	Enf	Si	P. Ocfen
18	Abril	2025	Med	Si	~~No~~
~~16~~ 20	11	25	Jefe	si	Dejaron tasmeter
20	Abril	2026	Medico		

Peso para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



Peso para la Talla Niños
Puntuación Z (0 a 2 años)
Peso (kg)
Longitud (cm)
24-05-24 P=3.3Kg T=60cm
4.2Kg 62cm 18-6-24
22-08-24 P=7.5Kg T=67cm
8.4Kg T: 69cm 29/10/24
26/03/25
08-05-2025 P: 9.2Kg T: 76cm
78cm 10Kg
P 11Kg T 82cm
20-11-2025

IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)

IMC (kg/m²)

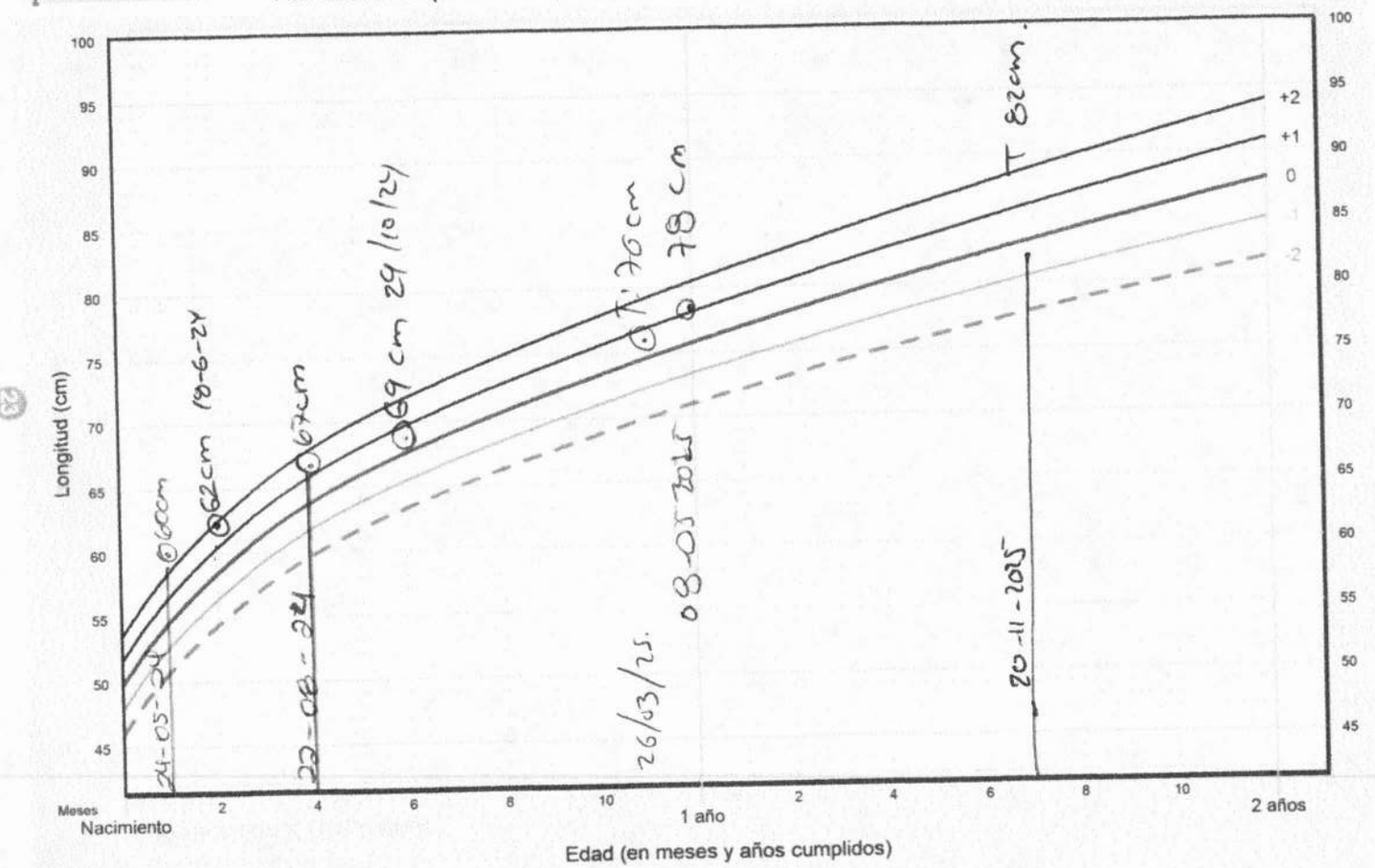
Meses
Nacimiento
1 año
2 años

Edad (en meses y años cumplidos)

24-05-24 ⊙ 14.2
⊙ IMC 19.9 18-06-24
22-08-24 ⊙ 16.7
⊙ IMC 17,6 29/10/24
26/03/25 ⊙ IMC 15.9
08-05-25 ⊙ 16.4
20-11-2025 IMC 16.4

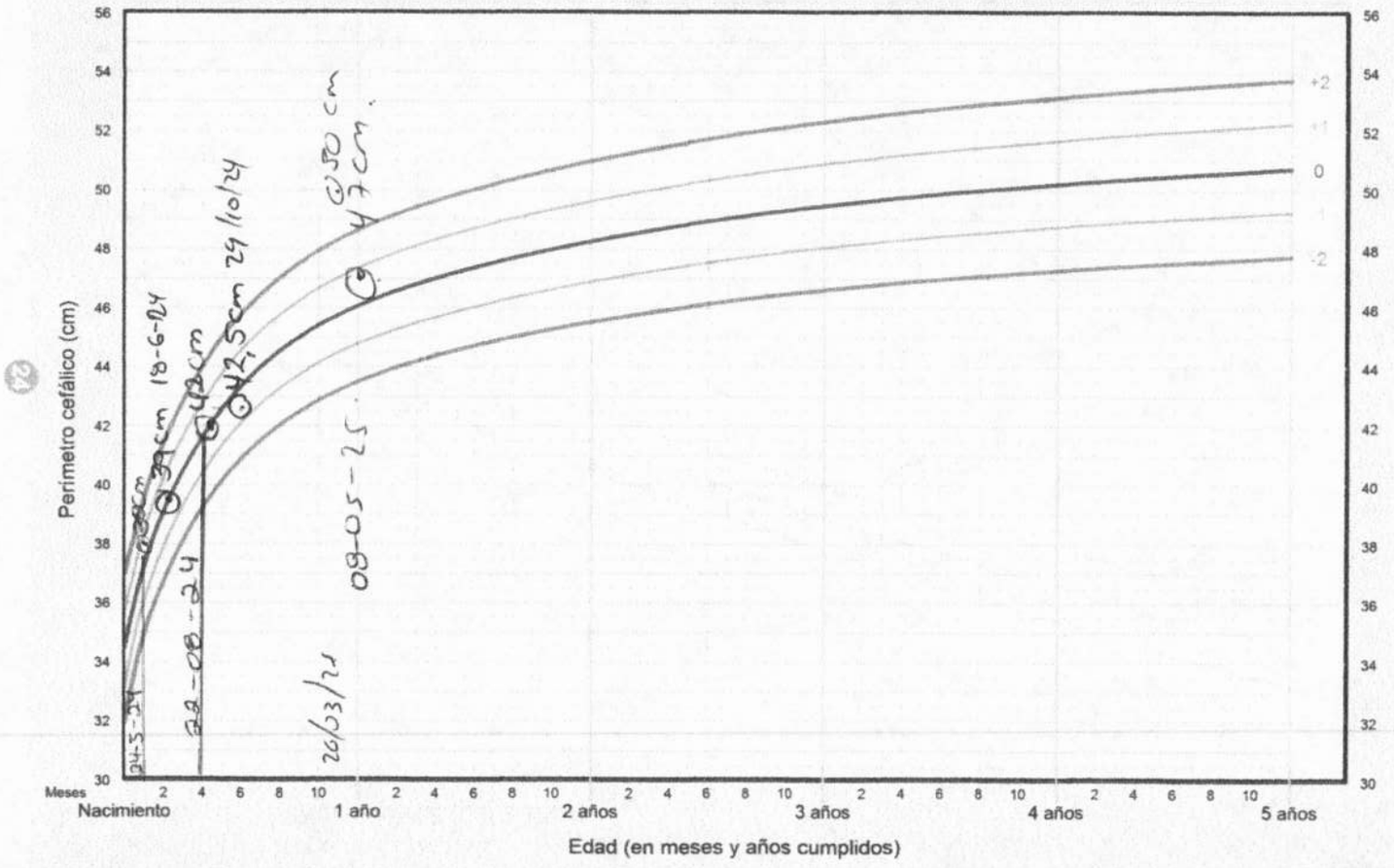
Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)



16
RN

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

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

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

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

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

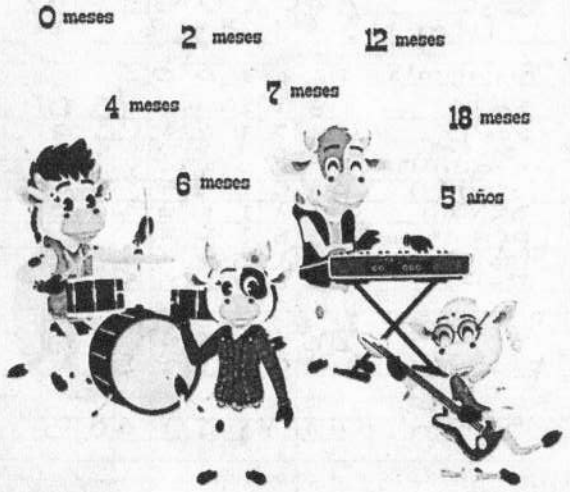
3 años						
4 años						
5 años						

*Menor o igual a 20 normal

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

Tuberculosis meningea, hepatitis B, poliomielitis, meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b, difteria, tosferina, tétanos, diarrea por rotavirus; neumonía, otitis, meningitis, bacteriemia causada por neumococo, enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza, sarampión, rubéola, paroditidis, varicela, hepatitis A, fiebre amarilla y virus del papiloma humano.

Edad de aplicación de las vacunas a los niños y niñas menores de 6 años:



Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Brihan Yonaikel Torres Vitriago

Fecha de nacimiento: 18 Abril 2024

Nº de certificado de nacido vivo:

Registro civil: 1·122·344·424

Sexo: Masculino

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: 4.060 Talla: 53 sem 39

Dirección: 13/ 7 Agosto

Teléfono 1: 3223793185

Teléfono 2:

Responsable: Stefany Deyanira Vitriago

Municipio de residencia: San Miguel

Departamento: putumayo

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Powered by CamScanner

cita: 2 meses cumplidos

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

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién nacido						Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐						
	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	18	Abril	24	Serum I.I	03720605	H. local rito Asis				Cristina
	Hepatitis B	Recien nacido	18	Abril	24	Serum I.I	03720056	H. local pto. As.				Cristina
2 meses						Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐						
	Poliomielitis (VIP)	1.ª	28	06	2024	Biological	L22390001					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	28	06	2024	Serum	28521X0148	HFLD				Jenifer Cabeza
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª	28	06	2024	Serum	28521X0146					
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.ª	28	06	2024	Serum	28521X0148					
	Diarrea por rotavirus	1.ª	28	06	2024	GSK	AR201D83BAB					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	28	06	2024	Pfizer	G18636					
4 meses						Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐						
	Poliomielitis (VIP)	2.ª	29	08	24	Biological	L22390003					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	29	08	24	Serum	28521401	HFLD	CITA: 28-AGOSTO 2024			Kerly Jimenez
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª	29	08	24	Serum	28521401					
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.ª	29	08	24	Serum	28521401					
	Diarrea por rotavirus	2.ª	29	08	24	GSK	AR201D83BA3					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	29	08	24	Pfizer	9X1912					
6 meses						Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐						
	Poliomielitis (VIP)	3.ª	29	10	24	Biological	L22390003		CITA: 29-OCT-24			
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	29	10	24	Serum	28521301	HHD				Isabel Chavez
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª	29	10	24	Serum	28521301					
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.ª	29	10	24	Serum	28521301					
	Influenza estacional	1.ª	22	05	25	Seguirus	P1007A	HFLD				
7 meses	Influenza estacional	2.ª	03	06	25	Seguirus	P1007A	HFLD				
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	22	05	25	Serum	01320745D		cita 18 abril 25			
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	22	05	25	Pfizer	H10527	HFLD				Isabel Arias
	Varicela	2.ª	22	05	25	MSD	401859					
	Hepatitis A	Única	22	05	25	MSD	400525					
	Influenza estacional	Anual										
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.er refuerzo	04	NOV	25	Biological	L24290006	HFLD	cita: 29-OCTUBRE 2025.			Isabel A
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.er refuerzo	04	NOV	25	Serum	28541X0147D	HFLD				Isabel A
	Fiebre amarilla	Única	22	06	25	Flocivi	24602	HFLD				
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª	04	NOV	25	Serum	01331N140B	HFLD	CITA: 5 AÑOS CUMPLIDOS			Isabel A.
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.ª										
		2.ª										
		3.ª										
Vacunas complementarias y otras dosis												

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir las niñas y los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan 2 años, se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.

Powered by CamScanner

San Miguel (La dorada Putumayo) 29 octubre 2025

Señora:

EDITH ISABEL MENESES

Coordinadora local del Centro de Desarrollo Infantil Frontera de Paz

Cordial saludo:

Yo Sthefany Deyanira V. Identificada CC 6146762

madre del niño(a) Brihan Yonaikel.T. Identificado con RC 1122344424

Por medio del presente, manifiesto que mi hija no cuenta en su esquema de vacunación con el biológico de **influenza estacional correspondiente a los 12 meses**, debido a que las dosis de influenza de los **6 y 7 meses** le fueron aplicadas este mismo año. De acuerdo con el esquema establecido para este biológico, el refuerzo de **1 año** deberá aplicarse en el **año 2026**, ya que corresponde como refuerzo de las dos dosis previamente aplicadas

Atentamente: Sthefany

Nombre: Sthefany Deyanira V.
C.C: 6146762
Celular: 3138541885.

18
R/V

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 05 MES 08 AÑO 2025 HORA:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Brihan Yohaikel APELLIDOS Torres Vitnago.

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1122 344424.

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 18 MES: 04 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 accede a la. Vacuna Por miedo a la reacción.

¿CÓMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides).
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar Ninguna. Esquema que tiene esta vacuna: Dos dosis [ ] ó dosis única [ ]
BENEFICIOS	Prevención de la enfermedad COVID-19, causada por el virus SARS-CoV-2. Reducción de la severidad de la enfermedad en caso de presentarse. Potencial protección del entorno familiar y los allegados.
RIESGOS	Presentación de efectos adversos a corto y mediano plazo posterior a su aplicación como: dolor en el sitio de inyección, dolor de cabeza (cefalea, articulaciones (artralgia), muscular (mialgia); fatiga (cansancio); resfriado; fiebre (pirexias); enrojecimiento e inflamación leve en el lugar de la inyección; inflamación de los ganglios (linfadenopatía); malestar general; sensación de adormecimiento en las extremidades, reacciones alérgicas leves, moderadas o severas. Estos no se presentan en todas las personas.
ALTERNATIVAS	A la fecha no se ha identificado otra medida farmacológica más eficaz que la vacunación para la prevención de la COVID-19.

EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD

De manera voluntaria, después de haber recibido información por el personal de salud, de manera clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición, así como las explicaciones adecuadas, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la vacuna que se me ofrece. De la misma manera, se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por el laboratorio productor de la vacuna.

Entiendo que la suscripción de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad, y que NO tiene por objeto eximir de responsabilidad a las autoridades sanitarias o gubernamentales ni a las entidades que participaron en la aplicación de la vacuna contra el SARS-CoV-2/COVID-19 de brindar la atención en salud que sea necesaria por la aparición de posibles reacciones adversas no reportadas.

En consecuencia, decido: **ACEPTAR:** _____ que se me aplique la vacuna. **NO ACEPTAR:** X que se me aplique la vacuna.

Firma de la persona: _____

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

Nombres Estefani Deyanira Apellidos Torres. Vitriago.

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 29.769 962.

Firma: Stheffany

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: Saoly Martinez Tec. Pro. en Enfermeria

Firma Saoly Martinez Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número Saoly Martinez C.C. No. 1122

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFID.

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Putumayo MUNICIPIO: San Miguel.

Nota: Cuanto se trate de menores entre 16 y 18 años, deberá firmar el menor junto con unos de sus padres o su representante legal.

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

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

CARNET RIAS — **PRIMERA INFANCIA**

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

Mi prioridad es tu salud...



Nombres y Apellidos: Brian Yonaikel Torres Vitriago
Doc. de Identidad: 1.122.344.424. EPS: Mallamas.
Teléfono: 313854 1885. Domicilio: B/los prados

Próximo:

		PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	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
			FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) ó AÑOS (A)												
PROTECCIÓN ESPECIFICA	VALORACIÓN INTEGRAL	Control del recién nacido por médico													
		Atención en salud por medicina general						10-04-25							
	ATENCIÓN	Atención en salud por enfermería													
		Atención en salud por Odontología													
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor								18-11-25					
		Profilaxis y remoción de placa							12-08-2025						
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	V	Vacunación													

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

ADRIAN ALONSO NARVAEZ DELGADO
CC 1085337737
T.P. 0310334
PUEDE ACTUALIZAR CONTINUAR

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 Brihan Yonaikel Torres Vitriago, identificado (a) con documento de identidad número 1122344424, 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, Stefefa Deyanira Vitriago G, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 61467[illegible], 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: Sthefany Vitriago
Nombre: Sthefany Deyanira Vitriago.
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: _____
Fecha: 22-07-2025
Municipio: San Miguel

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
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.

EDITH ISABEL MENESES
Coordinadora pedagógica

MARGARITA MOSQUERA
Apoyo psicosocial

· Sthefany
Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Maritza S.C
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 52084-2	Pago oportuno hasta:	06/07/2025	Mes Facturado
Factura Nro	2037164194	Suspensión a partir de:	07/07/2025	JUNIO 2025

1.Información General

Nombre:	FERNANDO PEREZ VALLEJO	Último pago	$ 129,500
Dirección:	BARRIO LOS PRADOS	Tuve servicio de energía entre:	16-MAY-2025 - 18-JUN-2025 (33)

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	161	1	RESIDENCIAL	URBANA	1	1.3	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	24/06/25	24-JUN-25	PAGO EN EFECTIVO	CONTADO	EEBP - 275962

2.Información Consumo Energía

Componentes de Costo (CU)*: Generación 410.07 + Transmisión 56.76 + Distribución 262.47 + Comercialización 141.08 + Pérdidas 57.54 + Restricción 45.98 = CU 973.9 ($/KwH)

2A.Información Medidor

Marca	Serial	Factor Múltiplo
UNI	2030035267	1

2B.Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	700	492
Reactiva:		

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

2C.Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	208		
Consumo Reactiva KVarh:	0		
Costo del consumo $	202571.2		
Tarifa (hasta 173 Kwh):	447.51		
Subsidio: %	54.05	$	-91074.07
Contribución: %	0	$	0
Sub Total $	111497.13		

Meses en deuda: 1 % Tasa Interés Moratorio: 0.5

2D.Consumo Últimos 6 Meses

	Mes	Activa	Reactiva
2025	MARZO	87	0
2025	ABRIL	191	0
2025	MAYO	212	0
	PROMEDIO	163	0

2E.Información Calidad del Servicio

Tel. O.R EEBP: 01 8000 942415
Transformador: SLD104 Grupo: 22
DIUG: 30.24 FIUG: 19 Circuito: C14
Cargo D: 269.6139 Dscto %t: 20
CEC: 212.33
DIU: 15.95 FIU: 22
HC: 0 VC: 3
Valor a Compensar: 11449.67

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	202,571.20	.00	.00	202,571.20
SUBSIDIO	-91,074.07	.00	.00	-91,074.07
COMPENSACION RES.CREG_015/2018	-11,449.67	.00	.00	-11,449.67
AJUSTE A LA DECENA	2.54	.00	.00	2.54

5.Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP 100,050

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	14,390	0	14,390

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*				0	0			0		0

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

8.Información Facturación Otros Convenios

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

Total EEBP	+ Total Impuesto Alumbrado público	+ Total Aseo y/o Alcantarillado	+ Total Otros Convenios	= Debo pagar en Total
100,050	14,390	0	0	$ 114,440

CUFE: 9edd65045f33b1f0c96b4c19c31fc7a44a601634444a9d6d71866f6ae6aecd54acc71a3ff0ff827f9b9a42843edf338d

(415)7709998005532(8020)1000203716419411(3900)000011440(96)20250706

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

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

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

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 Brihan Yonaikel Torres Vitriago

Fecha de nacimiento 18 04 2024 **N° Documento de Identidad** 1122344424

Sexo Masculino ● Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** 22 07 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Maritza Siagama Certiga

Fecha de registro cualitativo Día 02 Mes 10 Año 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

Brihan se encuentra dentro de lo esperado teniendo encuenta que ha cumplido con el items correspondiente a su etapa de edad, se continuara con el programa pedagogico como se ha venido trabajando.

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

●

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de registro 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)***

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

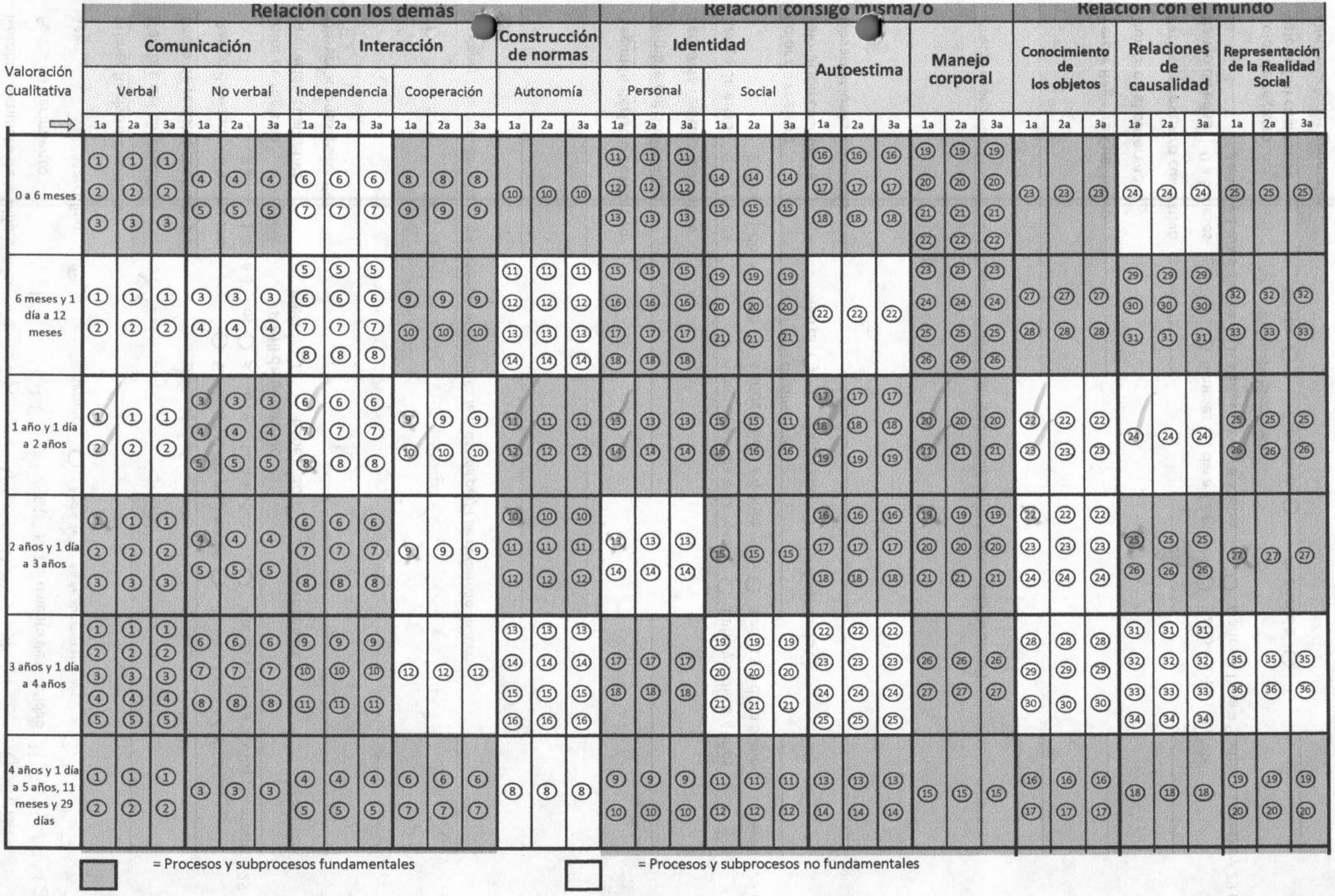
Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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

23
R/V

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Brihan Yonaitel Torres UNIDAD DE ATENCIÓN: Caminadores AGENTE EDUCATIVO: Maritza

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 22-07-2025

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)
24-11-2025	Durante el diligenciamiento del formato RAM y llamado a asistencia se evidencia la inasistencia de la niña usuaria.	La agente educativa se comunica con la madre de familia, para saber el motivo de la inasistencia, la madre manifiesta que por motivos de gripe y el día frío, no puede traer al niño usuario.	Maritza V.	Shefany

	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: Brihan Jonaikel T UNIDAD DE ATENCIÓN: Caminadores AGENTE EDUCATIVO: Maritza

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 22-07-2025

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)
13-11-2025.	Durante la revisión de carpeta se evidencia la cita de control y desarrollo para 18-11-2025.	La agente educativa informa de forma verbal a la madre de familia de la cita programada y estar al día, la madre manifiesta que lo tiene presente la cita y que la va pedir para llevar al niño usuario.	Maritza	Stefany

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	14-11-2025 La agente le recuerda a la madre de familia de forma verbal y la madre manifiesta que va pedir la cita. 17-11-2025 La madre de familia manifiesta que el día de mañana se lo va apedir, la cita de control y desarrollo. 18-11-2025 La madre manifiesta que cada que va a solicitar cita no le dan por que se acaban los fichos de la cita, el día de hoy se compromete pedir la ata sin falta. la agente educativa le habla que es importante cumplir con la cita de los niños.

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Brihan Yonaikel T UNIDAD DE ATENCIÓN: Caminadores AGENTE EDUCATIVO: Maritza

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 22-07-2025

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)
11-11-2025	El niño durante la exploración y el juego se cae y se raspa la parte de la cara.	La agente educativa lo limpia la parte donde se raspa y informa a la madre de familia que el niño se había caido.	V.J Maritza	Stnefany

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Brihan Yonaikel T UNIDAD DE ATENCIÓN: Caminadores AGENTE EDUCATIVO: Maritza

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 22-07-2025

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)
12-11-2025	Durante el diligenciamiento del formato RAM y llamado a asistencia se evidencia la inasistencia del niño usuario.	La agente educativa se comunica con la madre de familia, y ella manifiesta que por motiva de la lluvia no podra traer al niño usuario.	Maritza S.C.	Sthefany

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
13-11-2025	El niño usuario ingresa a la unidad con un poco de gripa pero normal, con los otros estado de salud.

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Brihan Yonaikel T UNIDAD DE ATENCIÓN: Caminadores AGENTE EDUCATIVO: Maritza

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 22-07-2025

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)
26-10-2025	Durante la revisión de carpeta del niño usuario se observa la cita programada para 29-10-2025.	La agente educativa le informa a la madre de familia de forma verbal y en mensaje de la cita pendiente. Para que lo lleve sin hacerlo perder la cita.	Si V. Maritza	Stefany

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	29-10-2025 La madre manifiesta que el niño lo lleva temprano para hacerlo vacunar el día de hoy, ella manifiesta, como el niño tiene gripe no sabe si la hacen vacunar.

28
R/V

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Brihan Yonaikel T UNIDAD DE ATENCIÓN: Caminadores AGENTE EDUCATIVO: Maritza

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 22-07-2025

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)
30-10-2025	Durante el diligenciamiento del formato RAM y llamado a lista 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 manifiesta que por motivo personal no pudo traer al niño usuario, el niño se encuentra a gripado pero una gripa leve.	Maritza C.C.	Stefany

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	OH - 2025 El niño usuario ingresa con total normalidad.

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Brihan Yonaikel T UNIDAD DE ATENCIÓN: Caminadores AGENTE EDUCATIVO: _____

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 22-07-2025

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)
29-09-2025	El niño siendo 2:10 presenta aparentemente una fiebre normal leve, el niño usuario ingresa con total normalidad siendo 8:00 am, recibe los alimentos de forma normal.	La agente educativa informa a la madre de familia de la fiebre para que lo recojan y se les hace una recomendación por si continua con la fiebre llevar al medico al niño usuario.	Maritza	Stefany

BIENESTAR FAMILIAR

RTV

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Brihan Yonaikel Torres **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Salacunas **AGENTE EDUCATIVO:** Maritza.

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 22-07-2025

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)
30-07-2025	Siendo 2:01 pm se presenta en el usuario una fiebre leve, el niño en la hora de la mañana llego con total normalidad y recibio todos los alimentos proporcionado.	La agente educativa llama a la madre de familia para que recoga al niño en la unidad de atencion. La agente educativa le hace una recomendacion por si el niño presenta mas sintomas de llevarlo al medico.	Maritza	Sthefany

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
MIXNR	El niño no vino el día de hoy, ya que la madre manifesta que es preferible dejarlo en la casa, como al niño se le esta saliendo los dientes amaneció con malestar general.

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Brihan Yoraitel **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Sala cunas **AGENTE EDUCATIVO:** Maritza

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 22-07-2025

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)
23-07-2025	Se realiza un acuerdo con la madre de los documentos faltantes como son discentimiento del covid, carnet de vacuna completo. Siendo 8:10 am, la agente educativa habla de la importancia de dichas documentos.	Se le hace una explicación a la madre cuales son la importancia de los documentos y la importancia de estar muy pendiente de las vacunas, la madre expresa que la vacuna de la influenza esta agotada por tal razon no tiene la vacuna.	Maritza S.C.	Sthefany

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	28-07-2025 la madre siendo sica no entrega documentos faltantes y se le hace la recomendación de entregar y se habla de la importancia a la madre de familia, la agente educativa.

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Brihan Yonairel **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Sala Cunas **AGENTE EDUCATIVO:** Maritza

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 22-07-2025

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)
23-07-2025	El día de hoy se evidencia que el niño usuario, siendo 10:30 con incomodida y malestar de adaptación en la unidad caminadores estación lo refleja en el llanto.	La agente educativa conversa con la madre de la importancia de la adaptación en los niños que ingresan a la unidad y lo importante que es el bienestar de ellos, la madre manifiesta que para ellos también es importante el bienestar, por tal razon el niño sale a las 2:00 pm o antes para que se llava adaptando.	Maritza.	Sthefany

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	-El niño esta en constante adaptación por tal razon sigue con el mismo horario de salir antes, llora en las horas de la mañana.

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

3
E/V

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Brahan Yonaikel **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Sala Conas **AGENTE EDUCATIVO:** Maritza

MUNICIPIO: San Migue **FECHA DE INGRESO:** 22-07-2025

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)
22-07-2025	El dia de hoy siendo 10:30 a.m. la madre del niño usuario trae al niño, para su ingreso, pero por la razon de haberlo traido tarde Se devuelve al niño con la madre	La agente educativa habla con la madre de la importancia de los horarios establecidos para el ingreso a la unidad de atención, la madre se compromete ser mas puntual a la hora de ingreso por esa razon no asistió.	Maritza S.C. Stheffany	

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

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	23-07-2025 La madre cumple su compromiso y llega a la hora indicada.

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