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: 25 | 09 | 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 Frontera 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: 1122344431

Fecha nacimiento: 27 | 05 | 2024

Nombres: Lauren Juliana

Apellidos: Ruales Galan

Presenta discapacidad? ( ) Sí (●) No

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

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

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

Seleccione la que aplique: ( ) Afrocolombiano ( ) Indígena ( ) No se autorreconoce ( ) Comunidad neg ( ) 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: Los prados

Vereda:

Sector:

Dirección: Barrio 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: 1148213950

Nombres: Yelandy D

Apellidos: Galan Alba

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 29 | 12 | 2001

Correo electrónico:

Número de celular: 3203196169

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: Yelandy Galán

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

Observaciones:

Fundación
Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:
Lauren Juliana Ruales Galan

Nº DOCUMENTO: 1122344431 **TIPO DOCUMENTO:** RC X CC__ OTRO ___
FECHA DE NACIMIENTO: 27-Mayo-2024 **EDAD:** 1año 6meses
LUGAR DE NACIMIENTO: San Miguel (La dorada)

NOMBRE DE LA UDS: C.D.I Frontera de Paz.
CODIGO UDS: 867571126972 **BARRIO/VEREDA:** Los prados
FECHA DE INGRESO: 25-09-2025 **FECHA DE RETIRO:** _____

SISBEN: B5 **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: Yelandy Deslisnay Galan
Nº CÉDULA: 1148213950 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** La dorada
NOMBRE DEL PADRE: Yeferson Aldair Ruales B
Nº CÉDULA: 1088737318 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Samaniego
Nº DE CELULAR: 3203196169.
NOMBRE DEL ACUDIENTE: Yelandy Deslisnay Galan
Nº CÉDULA: 1148213950 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** La dorada
DIRECCIÓN VIVIENDA: Los prados **ZONA POBLACIONAL: (R)**__ **(U)** X
NUMERO DE CELULAR 3203196169

Yelandy Galán
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Maritza S.C
NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.122.344.431

Indicativo Serial 63700438

63700438

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código X 6 2

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
RUALES	GALAN

Nombre(s)

LAUREN JULIANA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2024 Mes MAY Día 27	FEMENINO	O	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	24054210986751

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

GALAN ALBA YELANDY DESLISNAY

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.148.213.950	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

RUALES BENAVIDES YEFERSON ALDAIR

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.088.737.318	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

GALAN ALBA YELANDY DESLISNAY

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.148.213.950	Yelandy Galán

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 JUN Día 05	ROY EDISON CALLE QUIRAMA - REGIST Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Yeferson Aldair Ruales Benavides Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

05 JUN 2024 - LIBRO DE VARIOS UT...

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

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

Adhesivo Copia Registro Civil 36568565-8 REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.148.213.950**

GALAN ALBA

APELLIDOS

YELANDY DESLISNAY

NOMBRES

Yelandy Galán

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **29-DIC-2001**

SAN CRISTOBAL TACHIRA
VENEZUELA

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

27-ENE-2022 SAN MIGUEL(LA DORADA)

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

P-6401800-01288174-F-1148213950-20220329 **00785**91531A 1 55128838

L DEL ESTADO CIVIL

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.088.737.318**

RUALES BENAVIDES

APELLIDOS

YEFERSON ALDAIR

NOMBRES

Yeferson Aldair Ruales

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **05-SEP-1995**

SAMANIEGO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.85 ESTATURA

B+ G.S. RH

M SEXO

11-DIC-2013 SAMANIEGO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-2311500-01272081-M-1088737318-20211207 **0077**277300G 2 9917691718

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta:	**17/09/2025**
Ficha:	**86757674952700006870**

B5

GRUPO SISBÉN IV

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: LAUREN JULIANA

Apellidos: RUALES GALAN

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122344431

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:	**25/09/2023**
Última actualización ciudadano:	**31/07/2024**
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**

A1→A5 Pobreza extrema | B1→B7 Pobreza moderada | C1→C18 Vulnerabilidad | D1→D21 Ni pobre ni vulnerable

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	1122344431
NOMBRES	LAUREN JULIANA
APELLIDOS	RUALES GALAN
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	27/05/2024	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	12/05/2025 13:53:53	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

8

GRAN TERRITORIO DE LOS PASTOS E.P.S. INDÍGENA MALLAMAS "El autocuidado en salud para un buen vivir"	CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN		CÓDIGO: AS-FR-008
			VERSIÓN: 02
			Vigencia: 22/12/2021

COORDINACION DE AFILIACIÓN Y REGISTRO

CERTIFICA :

Que el (la) señor(a):	**RUALES GALAN LAUREN JULIANA**
Identificación:	**RC: 1122344431**
Municipio:	**SAN MIGUEL**
Nivel Sisben:	**1**
IPS Asignada:	**ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA - PRINCIPAL**
Estado:	**Activo**
Fecha de Afiliación:	**2024-05-27**
Regimen:	**Subsidiado**
Condición Discapacidad:	**N**
Tipo Discapacidad:	**NA**
Tipo Afiliación:	**SAT Res. 768 de 2018**
Nivel :	

Observación :

Dada el lunes, 29 de septiembre de 2025

Cordialmente

GLORIA ADRIANA CERDA GREFA

Certficación Válida 7 Días únicamente para Servicios de Salud
E.P.S INDIGENA MALLAMAS
Carrrera 1N 4-56 Av Panamericana Ipiales - Colombia
PBX: 7731757 - 7738725 - 7738726
aseguramiento@mallamaseps.com

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...Sanos



E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

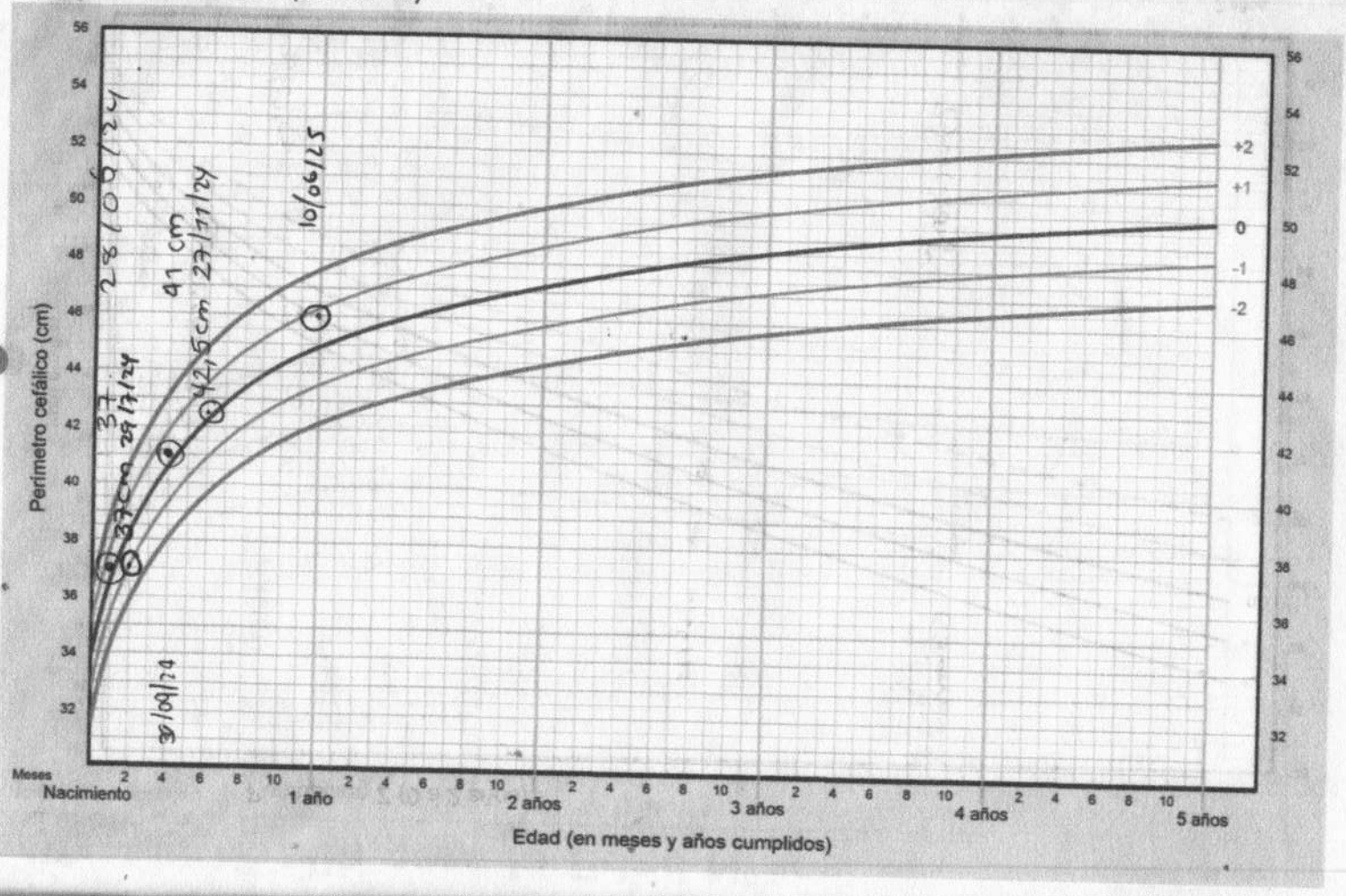
Nombres: Lauren Juliana	Apellidos: Ruales Galan
Fecha de nacimiento: 27 DÍA | 05 MES | 2024 AÑO	Historia Clínica: 1.122.344.431
Barrio/Vereda: 19 de Abril	Responsable del niño: Yelandy Galan
Teléfono: 320 319 6169	EPS: Mallamas

Publicarte

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
28/06/24	4,4	55	37	12	14,5	29/07/24	Dra. Magaly Cabrera Médico General M.M. 67027189 Univalle
29/07/24	5,5	58	37	11	16,3	27/09/24	Milena C-
30/09/24	7.4	65	41	13	17.5	27/11/24	Julissa A. Vargas
27-NOV-24	8,3	67	42,5	14	18,5	27/02/2025	Milena C-
10-06-25	10,6	77	46	16	17.9	27/11/2025	Melina Guy
27-11-25	12.5	83	44	16	18.1	27-05-26	Dycandamos.

Perímetro Cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)



Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)

6

Longitud (cm)

Meses
Nacimiento
1 año
2 años

Edad (en meses y años cumplidos)

55. 28/06/24
58cm 29/7/24
30/09/29
65 CM
cm 27-11-24
10/06/25
27-11-2015
63 cm

-2 -1 0 +1 +2

IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)

IMC (kg/m²)

Meses
Nacimiento

28/06/24

14,5

763 IMC 29/7/24

30109/24

17.9 IMC

IMC 18.5 27-11-24

17.9 10/04/25

27-11-25

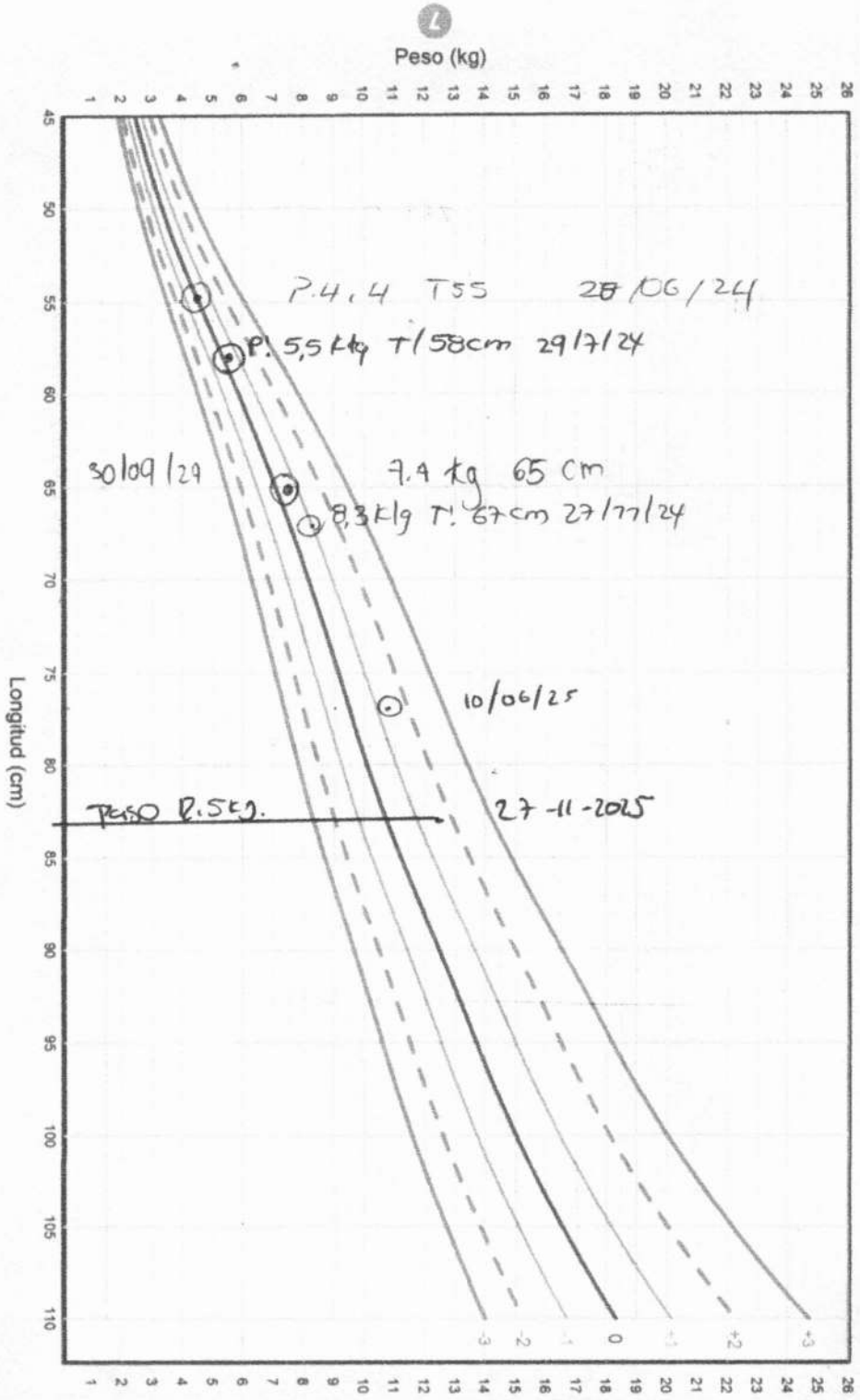
IMC 18.1

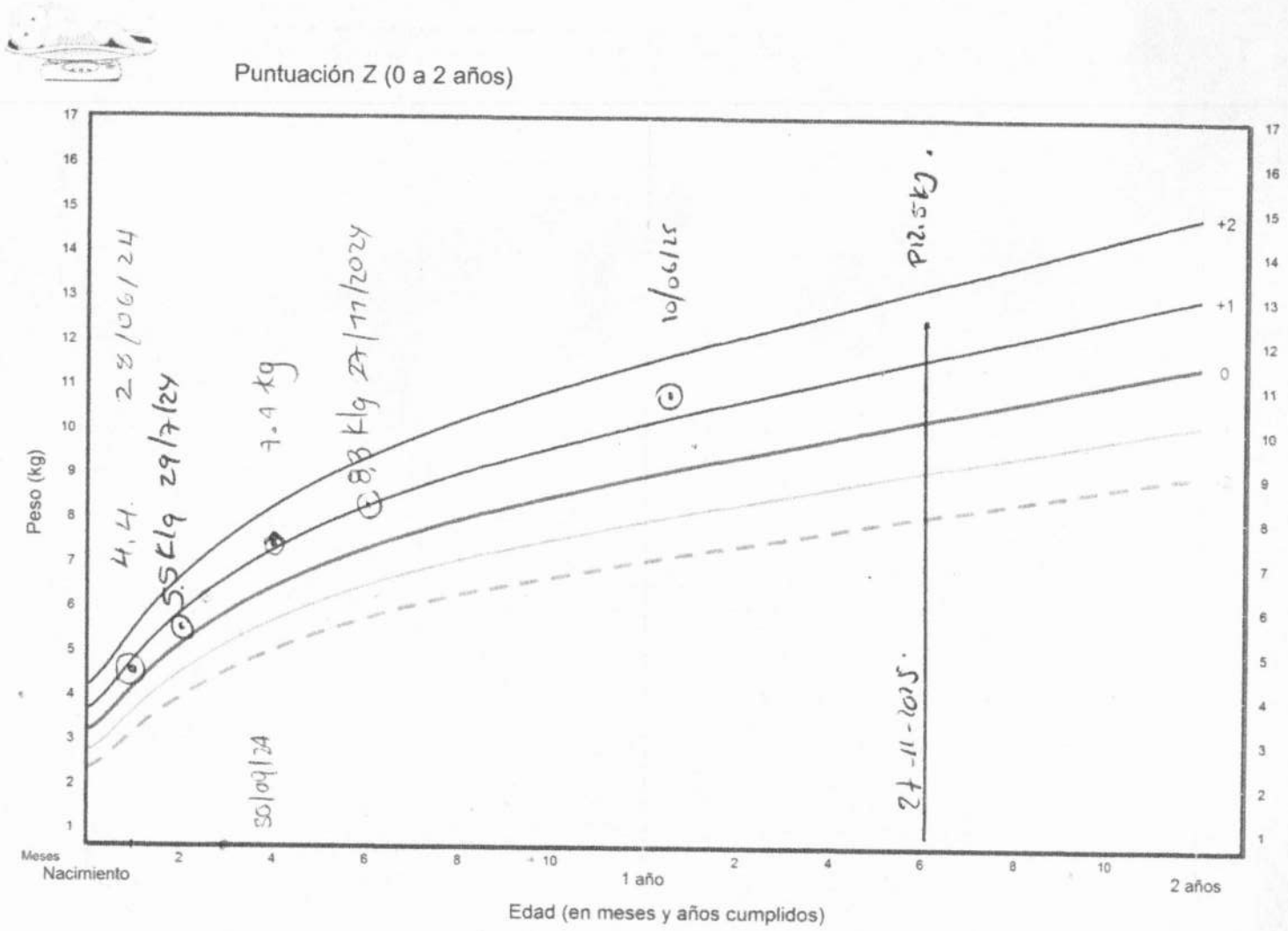
1 año

2 años

Edad (en meses y años cumplidos)

-2 -1 0 +1 +2 +3


Peso (kg)
Longitud (cm)
Puntuación Z (0 a 2 años)
P.4,4 T55 28/06/24
P. 5,5 kg T/58cm 29/7/24
30/09/24
7.4 kg 65 cm
8,3 kg T. 67cm 27/11/24
10/06/25
PESO P.5kg.
27-11-2025


Puntuación Z (0 a 2 años)
Peso (kg)
Meses
Nacimiento
1 año
2 años
Edad (en meses y años cumplidos)
+2
+1
0
4,4. 25/06/24
5.5kg 29/7/24
7.4 kg
8,8 kg 27/11/2024
10/06/25
P12.5kg.
27-11-2025.
30/09/24

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

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO								
Resulado Tamizaje Neonatal	TSH neonatal	Normal		Alterado				
	Auditivo OEA/PEAA	Normal		Alterado				
	Cardipopatía 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			

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

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

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



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

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Lauren Juliana Ruales Galán

Fecha de nacimiento: 27 Mayo 202

Nº de certificado de nacido vivo: 240542109

Registro civil: 1122344431

Sexo: Femenino

Grupo sanguíneo: 5.9 40.

Peso al nacer: 2985. Talla: 47.

Dirección:

Teléfono 1: 320319.6169.

Teléfono 2:

Responsable: Yelandy Deslinay Galan

Municipio de residencia: Dorada.

Departamento: Putumayo

cc 1148213950

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Cita 2 meses Cumplidos

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

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Numero de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién nacido						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	27	May	24	Serum	03721HIA082	ESE HOSP.				Maria Mora
	Hepatitis B	Recién nacido	27	May	24	Serum	03231Q0056	ESE HOSP				Maria Mora.
2 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Poliomielitis (VIP)	1.°	29	07	24	Biologicals	223901					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.°	29	07	24	Serum	285220140B					Jeniffer Cabezas.
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.°	29	07	24	Serum	285220140B	HFLD.				
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	1.°	29	07	24	Serum	285220140B					
	Diarrea por rotavirus	1.°	29	07	24	GSK.	AROLD338BA					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.°	29	07	24.	Pfizer.	GX1912					
4 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Poliomielitis (VIP)	2.°	30	09	24	Biologicals	223900 3		cita:			
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.°	30	09	24	Serum	285240111D		29-Septiembre			
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.°	30	09	24	Serum	285240111D	HFLD	2024.			Isabel Arias.
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	2.°	30	09	24	Serum	285240111D					
	Diarrea por rotavirus	2.°	30	09	24	GSK	AFOLD848AG					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.°	30	09	24.	Pfizer	6X1912					
6 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Poliomielitis (VIP)	3.°	17	12	24	Biologicals	2239005A		CITA:			
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.°	17	12	24	Serum	285320110		30-NOV-24.			Jeniffer Cabezas
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.°	17	12	24	Serum	285320110	HFLD				
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	3.°	17	12	24.	Serum.	285320110					
	Influenza estacional	1.°	09	06	25	Segirus	PI0079227aq					Kelly J.
7 meses	Influenza estacional	2.°	22	07	25	Segirus	PI0079227aq	HFLD				
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.°	09	06	25	Serum	013211U744	HFLD	cita:			Kelly Jimenez
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	09	06	25	Pfizer	HJ5217		29-Mayo			
	Varicela	2.°	09	06	25	Merck	401855940		2025.			
	Hepatitis A	Única	09	06	25	MSD	20220705 45					
	Influenza estacional	Anual										
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.° refuerzo	27	11	25	Biologicals	2439006.	HFLD	CITA:			Jeniffer C.
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.° refuerzo	27	11	25	Serum.	285 4X0170	HFLD	4-JULIO-25			Kelly Jr
	Fiebre amarilla	Única	09	06	25	FIOCRUZ	1490032					
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.° refuerzo							CITA:			
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.° refuerzo							27-NOV-25			
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.°	27	11	25	Serum.	013314010B	HFLD				Jeniffer. C.
	Varicela	Refuerzo							cita:			
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.°							5 Años			
		2.°							Cumplidos			
		3.°										
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.

Busca las vacunas ¡es gratis, hazlo de una!

17
E/V

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA
Servimos con amor

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 29 MES 09 AÑO 2025 HORA: 4.09 p.m

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Lauren Juliana APELLIDOS Ruales Salan

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1.122.394.431

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 27 MES: 05 AÑO: 2024 / EDAD: 1 años 4 3 M

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Mallamas. Tel: 3203196769.

INFORMACIÓN PREVIA. La vacunación es una forma segura y eficaz de prevenir enfermedades y salvar muchas vidas. En la actualidad el país dispone de vacunas para proteger contra al menos 26 enfermedades, entre ellas, la difteria, el tétanos, la tosferina, la poliomielitis, la hepatitis, el cáncer de útero y el sarampión. En conjunto, estas vacunas salvan cada año millones de vidas en el mundo. Con la aplicación de las vacunas las personas se protegen a sí mismas y a quienes las rodean.

La vacunación contra el SARS- CoV-2/COVID-19 reducirá la posibilidad de presentar la enfermedad. En esta etapa de la emergencia, en la cual se inicia la aplicación de esta vacuna, se han reconocido beneficios y riesgos, que es importante que usted conozca antes de dar el consentimiento para su aplicación.

Esta vacuna tiene aprobación de uso de emergencia y surtió los pasos para la validación científica y sanitaria que permite su aplicación segura en humanos.

DATOS IMPORTANTES DE LA VACUNA (por favor, leer con detenimiento. Puede formular preguntas)

Miedo a la reaccion

¿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: Yelandy Salán.

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

Nombres Yelandy Apellidos Salan

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 7.148.

Firma: _____

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

C.C. N°

C.C. N°

Huella dactilar o plantar del Rogante

Nombres y apellidos del vacunador: Isabel Arias Erazo

Firma Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1.004.695432

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): H.L.B.

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

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

JINA A. BELALCAZAR FLOREZ
Gerente

Servimos con amor

CARNET RIAS

PRIMERA INFANCIA



E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

Servimos con amor

Nombres y apellidos: Laura Juliana Rosales Galen

Doc. de identidad: 1122344931 EPS: Mallamas

Teléfono: 3203216164 Domicilio: B/ los Prados

		PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) ó AÑOS (A)												
			5 DÍAS	1 M	2-3 M	4-5 M	6-8 M	9-11 M	12-17 M	18-23 M	24-29 M	30-35 M	3 A	4 A	5 A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico													
		Atención en salud por medicina general													
		Atención en salud por enfermería													
		Atención en salud bucal por odontología					27-11-22								
		Promoción y apoyo de la lactancia manterna													
PROTECCIÓN ESPECÍFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de fluor							12-03-2022						
		Profilaxis y remoción de placa bacteriana							12-03-2022						
		Aplicación de sellantes (según criterio)													
	V	Vacunación													

ASLEIDY CHAVERRA
Odontóloga
TP. 29.178.989

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

Sugerir citas con higiene oral al cumplir 1 año

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 50580-1	Pago oportuno hasta:	05/09/2025	Mes Facturado
Factura Nro	2037249220	Suspensión a partir de:	06/09/2025	AGOSTO 2025

1.Información Genera

Nombre:	FLORENCIO FABIAN BENAVIDES	**Último pago**	$ 250,750
Dirección:	BARRIO LOS PRADOS	**Tuve servicio de energía entre:**	18-JUL-2025 - 19-AGO-2025 (32)

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	244	2	RESIDENCIAL	URBANA	1	1.32	AEREA	EMPRESA	105	SAN MIGUEL - LOS PRADOS

Tipo de Documento	Fecha y hora de Emisión	Fecha y hora de Generación	Medio de Pago	Forma de Pago	Factura Electrónica de Venta
FACTURA DE VENTA	26/08/25	26-AUG-25	PAGO EN EFECTIVO	CONTADO	EEBP - 355012 0

2.Información Consumo Energía

Componentes de Costo (CU)*: Generación 406.84 + Transmisión 53.84 + Distribución 265.83 + Comercialización 130.94 + Pérdidas 57.02 + Restricción 14.83 = CU 929.3 ($/KwH)

2A.Información Medidor

Marca	Serial	Factor Múltiplo
UNI	2000135275	1

2B.Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	6062	5731
Reactiva:		

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

2C.Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	331		
Consumo Reactiva KVarh:	0		
Costo del consumo $	307598.3		
Tarifa (hasta 173 Kwh):	561.76		
Subsidio: %	39.55	$	-63591.33
Contribución: %	0	$	0
Sub Total $	244006.97		

Meses en deuda: 1 % Tasa Interés Moratorio: 0.5

2D.Consumo Últimos 6 Meses

	Mes	Activa	Reactiva
2025	FEBRERO	222	0
2025	MARZO	276	0
2025	ABRIL	329	0
2025	MAYO	160	0
2025	JUNIO	528	0
2025	JULIO	319	0
	PROMEDIO	**306**	**0**

2E.Información Calidad del Servicio

Tel. O.R EEBP: 01 8000 942415
Transformador: SLD120 Grupo: 22
DIUG: 30.24 FIUG: 19 Circuito: C14
Cargo D: 255.5851 Dscto %t: 20
CEC: 0
DIU: 75.76 FIU: 98
HC: 0 VC: 0
Valor a Compensar: 0

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	307,598.30	.00	.00	307,598.30
SUBSIDIO	-63,591.33	.00	.00	-63,591.33
AJUSTE A LA DECENA	4.03	.00	.00	4.03

5.Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP 244,011

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	22,259	0	22,259

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
244,011	22,259	0	0	$ 266,270

CUFE: 62b8b707564e420e47b46d23ce457dbf33fcd58583ab99262e0b3bc33bdb5300fa12acad429aa31ba4914033beff094a

(415)7709998005532(8020)1000203724922088(3900)0000266270(96)20250921

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 Derecho Civil y Comercial Ley 142 Art. 130

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

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 Lauren Juliana Ruales Galan, identificado (a) con documento de identidad número 1122344431, 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, Yelandy Deslisnay Galan, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1148213950, 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 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: Yelandy Galán
Nombre: Yelandy Deslisnay Galan
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3203196169.
Fecha: 25-09-2025
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.

CLASIFICADA

(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

Yelandy Galán
Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Maritza S.C
Agente educativa

Huella del niño/niña

PACTO DE CONVIVENCIA MODALIDAD INSTITUCIONAL

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

DERECHOS Y DEBERES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

DERECHOS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

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

DEBERES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

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

DERECHOS Y DEBERES DE LOS PADRES DE FAMILIA

DERECHOS DE LOS PADRES DE FAMILIA

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

DEBERES DE LOS PADRES DE FAMILIA

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

22
RN

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Lauren Juliana Rubio UNIDAD DE ATENCIÓN: Caminadores AGENTE EDUCATIVO: Maritza

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 26-09-2025

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
20-11-2025	Durante la revisión de carpeta se evidencia la proxima cita de la niña usuaria. - control desarrollo. - Vacuna. para las proximas fechas. 26- noviembre C. 29- noviembre V.	La agente educativa informa a la Madre de familia de las citas programadas para esta semana que viene, estar pendiente y programar para llevar a la niña usuaria.	Maritza S.V. Yelandy Galán.	Yelandy Galán.

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

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
24-11-2025	La agente educativa le recuerda a la madre de familia de la cita programada, para que se programe, y la madre se compromete a agendar la cita.
27-11-2025	El día de hoy la niña usuaria tiene la cita, por tal razon ingresa un poco tarde a la sala caminadores.

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

23
R/V

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Lauren Juliana R. UNIDAD DE ATENCIÓN: Caminadores AGENTE EDUCATIVO: Maritza

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 26-09-2025

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	La niña usuaria saldra temprano de la unidad Caminadores, ya que la madre de familia viajara al pais de ecuador. Siendo 2:00 pm	La agente educativa dialoga con la madre de familia, sobre la importancia del cuidado de la niña usuaria, ya que van aviajar.	Maritza S.C.	Yelandy Galan.

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	14-11-2025 La niña ingresa el día de hoy 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: Juliana Ruales UNIDAD DE ATENCIÓN: Caminadores AGENTE EDUCATIVO: Maritza

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 26-09-2025

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)
2025-07-12	La niña usuaria sale temprano del CDI, ya que la madre de familia viaja el dia de hoy por tal razon se ira temprano.	La agente educativa dialoga con la madre de familia, sobre la importancia de la asistencia, la madre manifiesta que no tiene con quien dejar a la niña usuaria por tal razon viaja con ella. Se adjunta permiso escrito madre de familia.	Maritza S.C.	Yelandy Galán

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Lauren Juliana R UNIDAD DE ATENCIÓN: Caminadores AGENTE EDUCATIVO: Maritza

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 25-09-2025

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)
25-09-2025	Proceso de adaptación 5 días en proceso, para generar un ambiente acogedor en niño usuario nuevo para la sala Caminadores.	La agente educativa se compromete llevar un ambiente de adaptación con respecto y amor y les habla a las familias de dichos acuerdo para el niño usuario.	Maritza	Yelandy Galán

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Lauren Juliana R UNIDAD DE ATENCIÓN: Caminadores AGENTE EDUCATIVO: Maritza

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 25-09-2025

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)
25-09-2025	Durante el diligenciamiento se observa los documentos faltantes como: - Certificado Eps. - Vacuna Influenza.	La agente educativa se comunica por mensaje y dialoga de forma presencial de la importancia de dichos documentos y el compromiso por parte de la Madre de familia.	Maritza.	Yelandy Galán.