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: 7 | 04 | -2025

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

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

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

Unidad de Servicio sugerida: C.D.I Frontera de paz

Tipo documento identidad: (X) 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: 1030084008

Fecha nacimiento: 05 | 01 | 23

Nombres: Ariana Sofia

Apellidos: Rodriguez

Presenta discapacidad? ( ) Si (X) No

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

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

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

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

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

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

Departamento residencia: Putumayo

Municipio de residencia: San Miguel

Zona: Urbano

Barrio: Prados

Vereda:

Sector:

Dirección:

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

Parentesco: (X) Madre ( ) Padre ( ) Cuidador/a

Tipo documento identidad: ( ) Tarjeta identidad (X) 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: 26224220

Nombres: Mari de los Angeles

Apellidos: Pernalete Manota

Pais de nacimiento: Venezuela

Fecha nacimiento: 24 | 04 | 1997

Correo electrónico: Pernaletemaria413@gmail.com

Número de celular: 3160876545

Número de fijo:

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

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

Nombre y Firma del padre, madre y/o cuidador: Maria Pernalete

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Alexandra Criollo.

Observaciones:

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

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

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:
Ariana Sofia Pernalete Rodriguez Pernalete

N° DOCUMENTO: 1030084008 **TIPO DOCUMENTO: RC** X **CC** ___ **OTRO** ___

FECHA DE NACIMIENTO: 05/Ene/2023 **EDAD:** 2 años 2 meses

LUGAR DE NACIMIENTO: Mocoa (Putumayo)

NOMBRE DE LA UDS: CDI Fronteras de Paz
CODIGO UDS: 86757112697 2 **BARRIO/VEREDA:** B/ 7 Agosto.
FECHA DE INGRESO: 1-Abril-2025. **FECHA DE RETIRO:** _____

SISBEN: A1 **EPS:** Emssanar **RÉGIMEN (C)**__ **(S)**X

DESPLAZADO: SI___ **NO**___ **DISCAPACIDAD: SI**___ **NO** X **¿CUAL?** _____

GRUPO ETNICO: SI___ **NO** X **¿CUAL?** _____

GRUPO AFROCOLOMBIANO: SI___ **NO** X **¿CUAL?** _____

NOMBRE DE LA MADRE: Maria Pernalete Maneta
N° CÉDULA: 26224220 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Venezuela
NOMBRE DEL PADRE: Francisco Evaristo Rodriguez
N° CÉDULA: 87575222 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Sandana
N° DE CELULAR: 3162259188
NOMBRE DEL ACUDIENTE: Maria Pernalete
N° CÉDULA: 26.224220 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Venezuela
DIRECCIÓN VIVIENDA: B/ Los Prados **ZONA POBLACIONAL: (R)**___ **(U)**___
NUMERO DE CELULAR 3160876545

Maria Pernalete — **FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE**

Alexandra Criollo. — **NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO**

Higiene oral.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

REGISTRO CIVIL
FIRMADO DIGITALMENTE

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

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
32897550-9

59569641

NUIP 1030084008

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59569641

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registradur	Notaria	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de	Código	A	H	E
X									

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

COLOMBIA - PUTUMAYO - MOCOA MOCOA-H REGIONAL J M H **********

Datos del Inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RODRIGUEZ **********	PERNALETE **********

Nombre(s)

ARIANA SOFÍA **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2023 Mes ENE Día 05	FEMENINO	A	POSITIVO

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

COLOMBIA - PUTUMAYO - MOCOA **********

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO **********	23016110277755 *******

Datos de 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

PERNALETE MANOTA MARIA DE LOS ANGELES **********

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CE No. 26224220 **********	VENEZUELA ********

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

RODRIGUEZ FRANCISCO EVERARDO **********

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 87575222 **********	COLOMBIA ********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

RODRIGUEZ FRANCISCO EVERARDO **********

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 87575222 **********	

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 2023 Mes ENE Día 13	ALVARO FERNEY GETIAL CHAVES Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Firma	ALVARO FERNEY GETIAL CHAVES Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS:FOLIO 8;13/01/2023

NÚMERO DE PREPARACIÓN 111952572

Registro Civil de Nacimiento

OBSERVACIONES: Las huellas plantares, se tomarán únicamente, a los inscritos menores de un año, las huellas digitales, deben tomarse a todos los inscritos, exceptuando los menores de un mes que presentan dificultades técnicas para dicha toma (Decreto 1873 de

HUELLAS PLANTARES

PIE IZQUIERDO	PIE DERECHO
Imposibilidad física de capturar la huella	



HUELLAS DIGITALES

INDICE IZQUIERDO	INDICE DERECHO
Imposibilidad física de capturar la huella	Imposibilidad física de capturar la huella

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **87.575.222**

RODRIGUEZ
APELLIDOS

FRANCISCO EVERARDO
NOMBRES

Francisco Rodriguez
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-ENE-1983**
LINARES
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

06-JUN-2003 SANDONA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-3103400-00371743-M-0087575222-20120429 **00297**61038A 1 3041814112

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

CEDULA DE IDENTIDAD

V 26.224.220 027

APELLIDOS PERNALETE MANOTA

NOMBRES MARIA DE LOS ANGELES

Juan Dugarte
Director

María P.

FIRMA TITULAR



24/04/1997 F. NACIMIENTO

SOLTERA EDO CIVIL

08/05/2018 F. EXPEDICION

05/2028 F. VENCIMIENTO

VENEZOLANO



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: **25/03/2025**

Ficha: **86757674952700008072**

A1

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: **ARIANA SOFIA**

Apellidos: **RODRIGUEZ PERNALETE**

Tipo de documento: **Registro civil**

Número de documento: **1030084008**

Municipio: **San Miguel**

Departamento: **Putumayo**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **24/06/2024**

Última actualización ciudadano: **24/06/2024**

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	1030084008
NOMBRES	ARIANA SOFIA
APELLIDOS	RODRIGUEZ PERNALETE
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	SAN MIGUEL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EMSSANAR S.A.S.	SUBSIDIADO	05/01/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/25/2025 09:05:24	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS EMSSANAR EPS SAS
Régimen Subsidiado

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

Tipo y Número de identificación:	RC 1030084008
Apellidos:	RODRIGUEZ PERNALETE
Nombres:	ARIANA SOFIA
Ficha Sisben:	86757674952700008072
Nivel Sisben:	Nivel I
Grupo Sisben	A01
Tipo de discapacidad:	Ninguna
Plan de salud:	Régimen Subsidiado
Estado de servicio:	Vigente
Fecha de Afiliación:	05/01/2023
Departamento de Afiliación:	PUTUMAYO
Municipio de Afiliación:	SAN MIGUEL
Zona:	Urbana - Cabecera Municipal

IV - Afiliado cumple con metodología IV SISBEN.

IPS de atención de primer nivel

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

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

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

En constancia se firma el 5 de Mayo de 2025 a solicitud del interesado.

JEFE COMERCIAL
EMSSANAR EPS SAS

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

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...Sanos



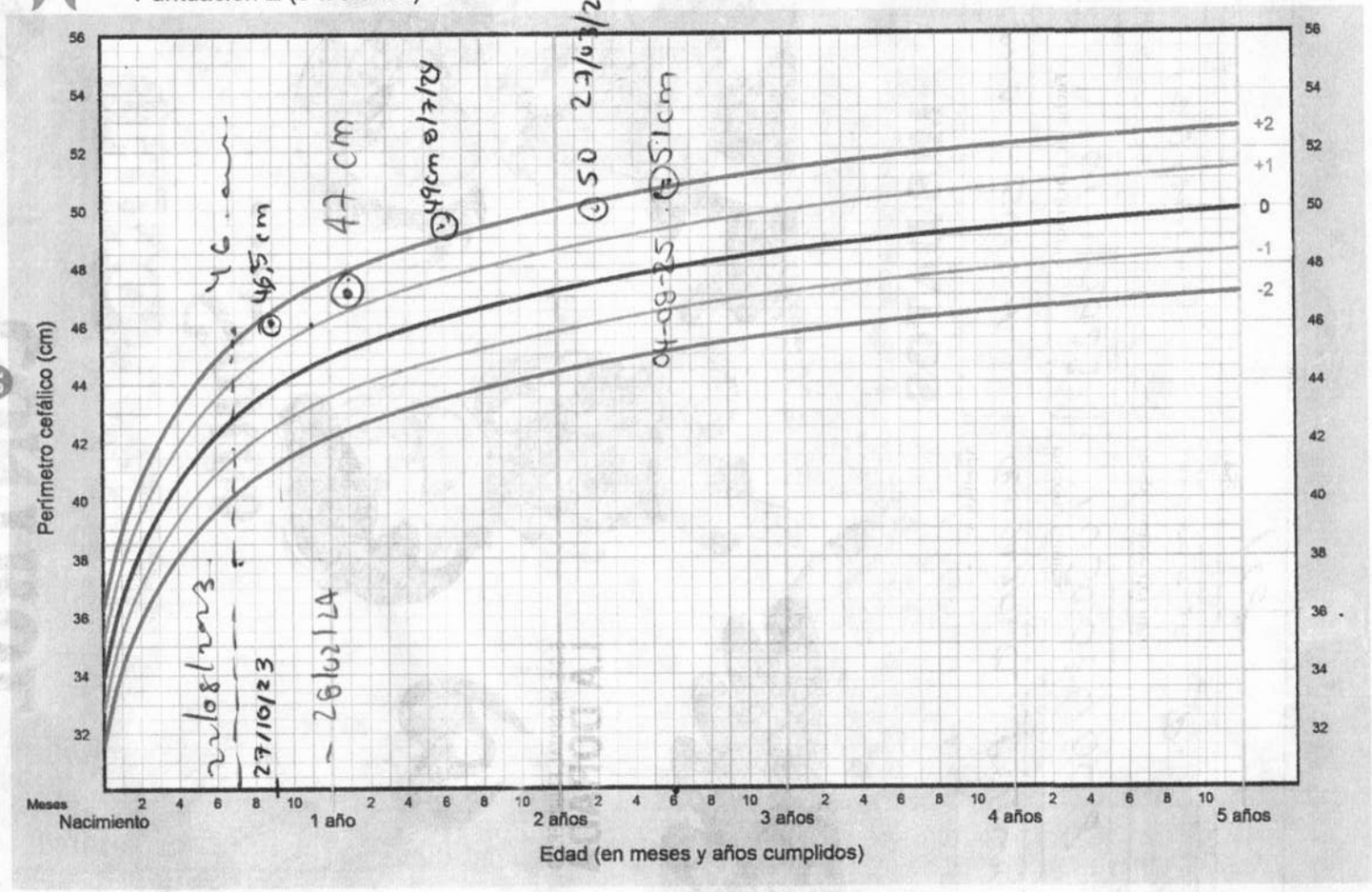
E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

Nombres: ARIANA SOFIA	Apellidos: RODRIGUEZ PERNALETE
Fecha de nacimiento: 05 (DIA) | 01 (MES) | 2023 (AÑO)	Historia Clínica: 1030084008
Barrio/Vereda: B/ IDEMAD	Responsable del niño: MARIA P.
Teléfono:	EPS: ICO

Perímetro Cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)



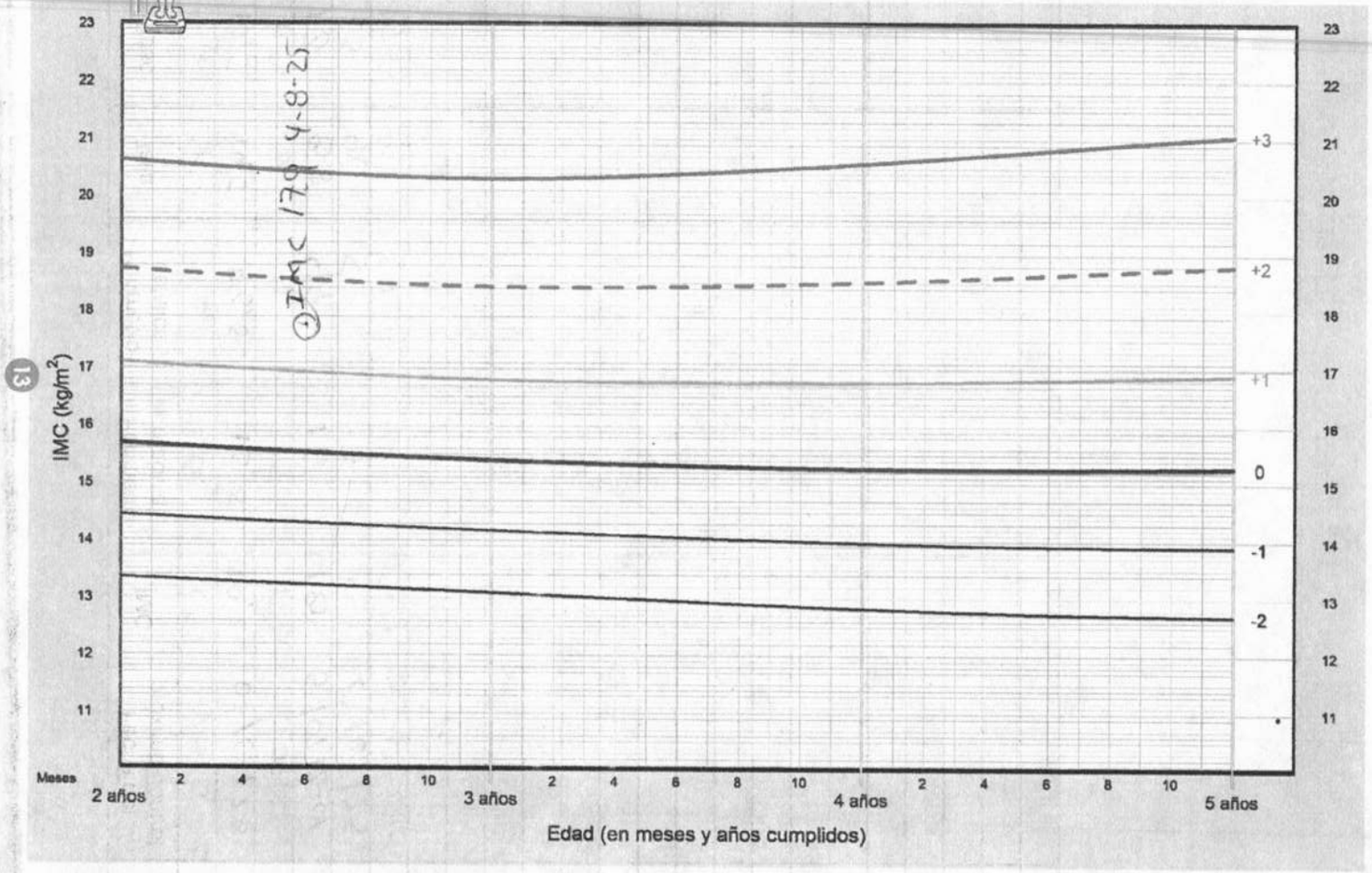
CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ	
				SI	NO
22	05	2023		✓	
05	09	2023			
27	10	2023	Enf	✓	
05	01	2024	Méd.	✓	
05	07	2024	Enf	✓	
~~05~~ 27	01	2025	Medico	✓	
04	08	2025	Enfer	SI ✓	Milena C.
05	01	2026	Medico	cita	

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
22/08/2023	9,7	70	46	16	19,8	05/09/2023	
27/10/23	10,5	74,5	46,5	15,5	19,2	05/01/23	
28/02/24	11,7	80	47	15,5	18,3	05/07/23	
8/07/24	13	85	49	16	18	5/07/2024	Milena C
27/03/25	15	90	50	17	18,5	27/07/25	Mel.24 Guevara
04-8-25	15,8	94	51	16	17,9	05-01-2026	Milena C

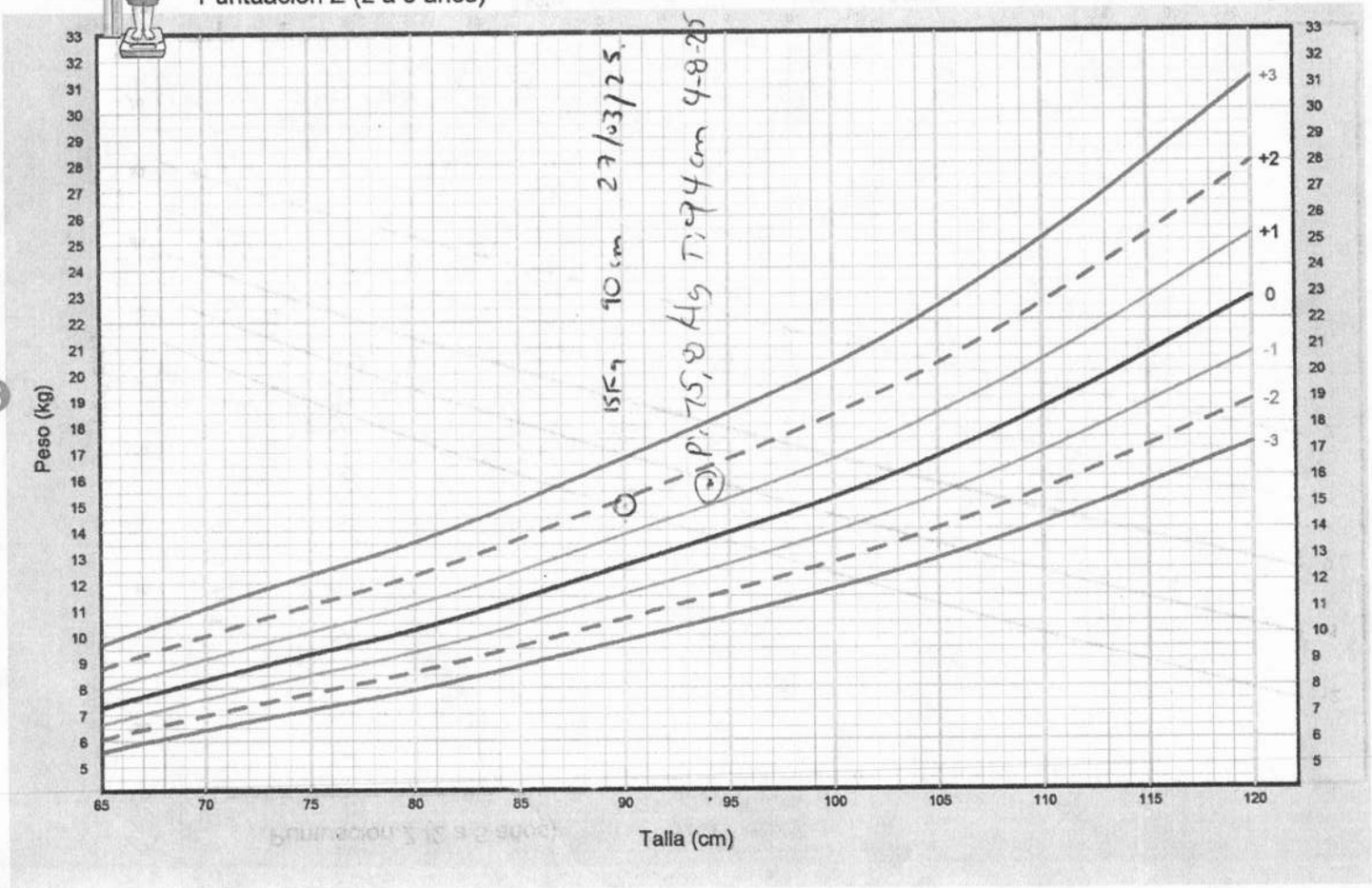
IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



Peso para la Talla Niñas

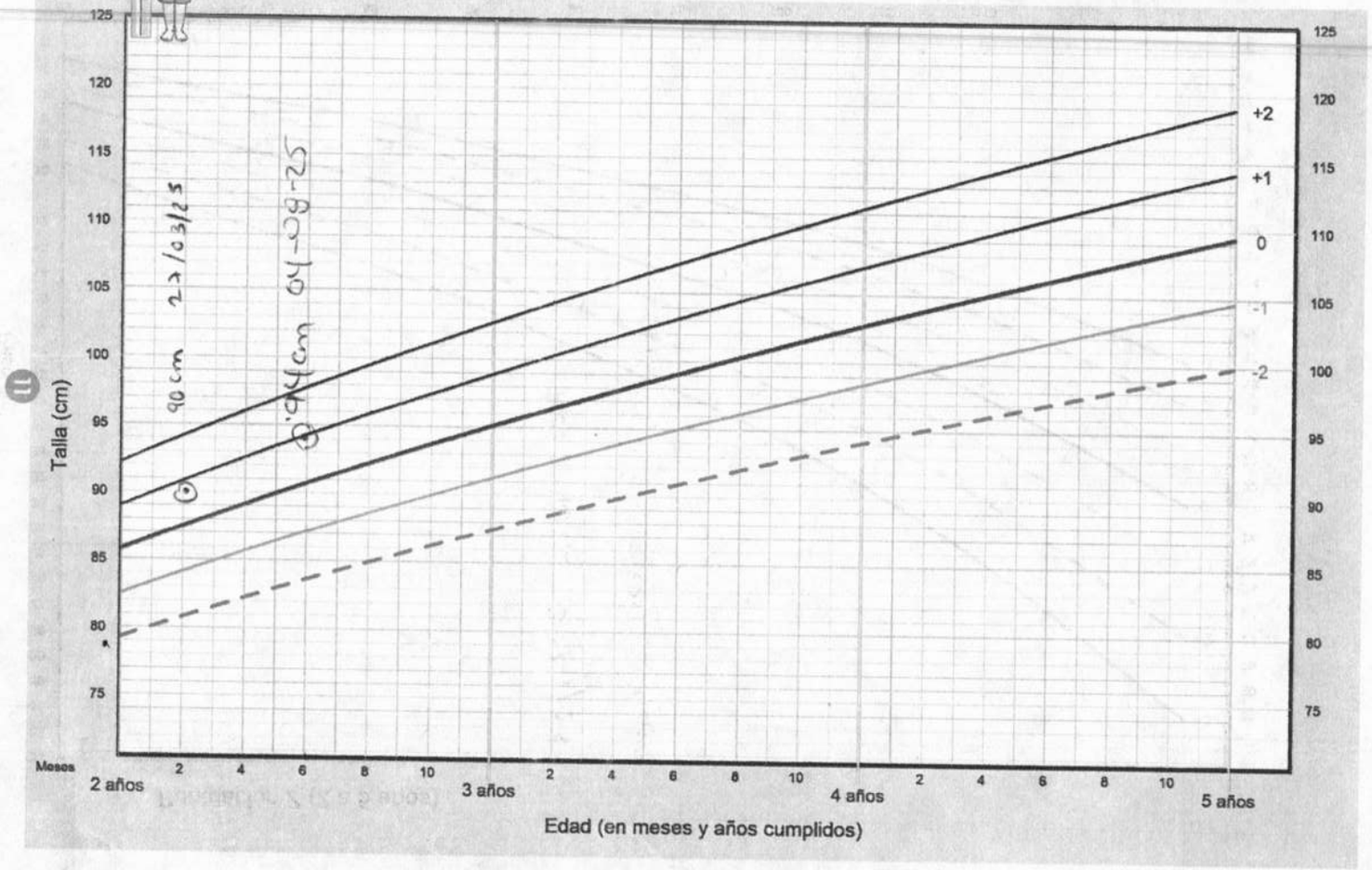
Puntuación Z (2 a 5 años)





Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



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

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

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

1ª entrega	D	A	M
2ª entrega	D	A	M
3ª entrega	D	A	M

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

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

*Menor o igual a 20 normal

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

Tuberculosis meningea, hepatitis B, poliomielitis, meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilius influenza tipo b, difteria, tosferina, tétanos diarrea por rotavirus; neumonía, otitis, meningitis, bacteriana 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:

0 meses
2 meses
12 meses
4 meses
7 meses
18 meses
6 meses
5 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

E.S.E. HOSPITAL [illegible]
MOCOA
Programa P.A.I

Nombre y Apellidos: Rodriguez Pernalete Ariana Sofia
Fecha de nacimiento: 05-Enero-2023
Nº de certificado de nacido vivo: 2309611027775
Registro civil: 10300840098
Sexo: Femenino
Grupo sanguíneo: A(+) Positivo
Peso al nacer: 3455Grs Talla: 48.
Dirección:
Teléfono 1:
Teléfono 2:
Responsable Maria de los Angeles Pernalete
Municipio de residencia:
Departamento

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Nombres y Apellidos | Tipo de 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	Nombre y apellidos del vacunador
Recién nacido	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐											
	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	05	Enero	2023	Serum	03111 C1A031	HFHH				Diana Goancha
	Hepatitis B	Recién nacido	05	Enero	2023	Serum	03210 C13D	HFHH				Diana Goancha
2 meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	1ª				Bilthoven	2140 IN					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemopilius influenza tipo b (Hib).	1ª										
	PENTAVALENTE Hepatitis B.	1ª				Serum						
	PENTAVALENTE Difteria tosferina y tétano (DPT)	1ª				GSK	AROUD 077AA					
	Diarrea por rotavirus	1ª										
	Neumonía, otitis, meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1ª				Pfizer	EX8589					
4 meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	2ª	25	05	23	Biológicals	220801 6					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemopilius influenza tipo b (Hib).	2ª			23		28S1X040C		Cita 25-07-23			Karen A.
	PENTAVALENTE Hepatitis B.	2ª		05		Serum	28S1X040C					
	PENTAVALENTE Difteria tosferina y tétano (DPT)	2ª	25				28S1X040C					
	Diarrea por rotavirus	2ª	25	05	23	Serum GSK	AR0UD 077AA	HFHD				
	Neumonía, otitis, meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2ª	25	05	23	GSK	FR489S					
6 meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	3ª	29	07	23	Serum	220801C					Eduard B.
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemopilius influenza tipo b (Hib).	3ª	29	07	23	Serum	28S1X040C					
	PENTAVALENTE Hepatitis B.	3ª	29	07	23	Serum	28S1X040C					
	PENTAVALENTE Difteria tosferina y tétano (DPT)	3ª	29	07	23	Serum	28S1X040C	HFHD				Isabel.
	Influenza estacional	1ª	29	07	23	Genss	U5052301					
7 meses	Influenza estacional	2ª	31	05	24	Butantan	2AU0973900	HFHD				
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis(SRP)	1ª	08	03	24	Serum	01324048B					Sarai M.
	Neumonía, otitis, meningitis y bacteriemia causada por neumococo.	Refuerzo	08	03	24	Pfizer	FY4AA2F					
	Varicela	2ª	08	03	24	Merck	YCCU6B37					
	Hepatitis A	Única	8	08	24	M3D	WU2Z736					
	Influenza estacional	Anual	09	09	24	Butantan	2400979/00	HFHD				Jeniffer C.
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1er Refuerzo	09	09	24	Biológicals	223900 3					
	Diarrea, tosferina y tétano (DTP)	1er Refuerzo	09	09	24	Serum	28S2401 1D	HFHD	Cita! 29-JULIO 2024.			Saciva.
	Fiebre amarilla	Única	8	03	24	Sanofi	W3E221V	HFHD				
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2° Refuerzo										
	Diarrea, tosferina y tétano (DTP)	2° Refuerzo										
	Sarampión, rubeola y parotiditis(SRP)	2ª	09	09	29	Serum	01324N07AA	HFHD.				Jeniffer C.
	Varicela	Refuerzo										
niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1ª										
		2ª										
		3ª										
Vacunas complementarias y otras dosis												

Cita: 5 Años Cumplidos.

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

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 08 MES 05 AÑO 2025 HORA: 9:47

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Ariana Sofia APELLIDOS Rodriguez Pernalete

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1030084008

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 05 MES: 01 AÑO: 2023 / EDAD: 2 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Emssanar Tel: 3160876595.

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)

Refiere que no aplica 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 (linfadenopatia); 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: ° Maria Pernalete

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

Nombres Maria de los Angeles Apellidos Pernalete Manotas

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 26224220

Firma: ° Maria Pernalete

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: Isabel Arias Erazo

Firma Isabel Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1004.693.938

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): ESE Hospital Putumayo

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

PUTUMAYO
GOBERNACIÓN
2020 2023

JINA A. BELALCAZAR FLOREZ
Gerente

CARNET
RIAS

PRIMERA INFANCIA

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

Sembrando con amor

Nombres y apellidos: Atiana Sofia Rodriguez Perdomo

Doc. de identidad: 1030840088 EPS: Emssanar

Teléfono: 3135928035 Domicilio: B/ja Libertad

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
trol del recién nacido por médico													
ición en salud por medicina general													
ición en salud por enfermería													
ición en salud bucal por odontología													
noción y apoyo de la lactancia manterna													
cación de barniz de fluor													
ilaxis y remoción de placa bacteriana													
cación de sellantes (según criterio)													
unación													

Daily Benavides Villamarín
Odontóloga
Reg. 52-3841

27-oct 2023.

Liliana Maribel Cordoba
HIGIENISTA ORAL
Res 00493 de 2017

28-09-2024
26-06-2024

04-03-24
04-09-24

27-03-2025
27-SEP-2025

14-10-2024
14-04-2026

12

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 Ariana Sofia Pernalete Rodriguez., identificado (a) con documento de identidad número 1030084008, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	X	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales	X

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Maria Pernalete., quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 26224720., de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	X	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales	X

La autorización comprende:

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

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

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

Los productos autorizados son originados por 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: Maria P.
Nombre: Maria
Calidad - Titular: X Representante legal: X
Teléfono de contacto: 3160876545
Fecha: 07-04-25
Municipio: San Miguel Putumayo

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

PACTO DE CONVIVENCIA MODALIDAD INSTITUCIONAL

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

DERECHOS Y DEBERES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

DERECHOS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

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

DEBERES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

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

DERECHOS Y DEBERES DE LOS PADRES DE FAMILIA

DERECHOS DE LOS PADRES DE FAMILIA

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

DEBERES DE LOS PADRES DE FAMILIA

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

(telefónico, mensajería y/o escrito).

- ✓ Informar oportunamente si el niño o niña presenta alergias, asma, o enfermedades que afecten su estado de salud al agente educativo, en caso que impidan su asistencia justificarla en lo posible por escrito.
- ✓ A través del Buzón de Sugerencias manifestar sus Quejas, Peticiones, Reclamos, Sugerencias y/o felicitaciones.
- ✓ Si se toma la decisión de retirar la niña o el niño del CDI, Informar verbalmente mediante llamada o escrito por mensaje o carta de retiro voluntario escrito con el fin que a la maestra para que ella informe a coordinación.
- ✓ Asistir a las jornadas de formación a familia mensualmente y actividades de trabajo que se consideren necesarias.
- ✓ Hacer uso del uniforme cuando las condiciones económicas le permitan.
- ✓ Evitar el uso dentro del CDI de joyas de valor y el ingreso mecato dinero o juguetes
- ✓ Dar cumplimiento estricto a los horarios de ingreso y salida. CDI Fronteras de Paz (La Dorada), hora de ingreso 8:00 am (casos excepcionales los días de lluvia ingreso máximo hasta las 8:15 am) y hora de salida 4:00 pm. Puerto Colon hora de ingreso 8:00 am (casos excepcionales los días de lluvia ingreso máximo hasta las 8:15 am) hora de salida 4:00 pm.
- ✓ Se permitirá la apertura del portón de las instalaciones del CDI Fronteras de paz 1 Puerto Colon,10 minutos antes de la hora de ingreso, así como También en la hora Salida, (solo en casos excepcionales de días de Lluvia) con el fin de resguardar a los usuarios y a sus familias, según las condiciones climáticas.

CONSECUENCIAS DE COMPORTAMIENTOS INADECUADOS E INCUMPLIMIENTO DE DEBERES POR PARTE DE LOS PADRES DE FAMILIA.

1) En caso de incumplimiento de los deberes o acuerdos establecidos en el pacto de convivencia por parte de los padres, se procederá a iniciar un diálogo entre los padres de familia, la agente educativa, la coordinadora, Apoyo Psicosocial y/o Nutricionista, según corresponda. Como parte del proceso, se implementarán estrategias que pueden incluir llamados de atención, establecimiento de compromisos y actividades pedagógicas como trabajos comunitarios y mingas, de acuerdo con su pertinencia y viabilidad para garantizar el cumplimiento de los compromisos y actividades propuestas.

2) En caso de inasistencias no justificadas, agente educativa remitirá el caso a apoyo psicosocial y Nutricionista; quienes realizaran contacto y seguimiento por medio telefónico, en encuentro en el hogar o por el medio que sea necesario, constatando el estado y motivo de la inasistencia del usuario o usuaria y tomará las acciones pertinentes y pactará compromisos con las familias (diligenciamiento del formato de novedades); para dar continuidad a la atención en la UDS. Si reincide en otra falta se notificará a la coordinadora, quienes junto con la psicosocial verificaran la justificación a la inasistencia y activación de rutas ante el incumplimiento.

Para efectos de legalidad, se firma el presente documento a los 28 días, del mes de abril del año 2025.

PAOLA CHATES
Coordinadora pedagógica

EDDY PATRICIA LÓPEZ
Apoyo psicosocial

Francisco
Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Alexandra Criollo
Agente educativa

Huella del niño/niña



Ariana Sofia Rodriguez

EMPRESA DE ENERGÍA DEL BAJO PUTUMAYO S.A. E.S.P.
Nit. 846.000.553-9 - NURT: 2-86558000-7
Autorretenedores Res. 547 de 25012002
Responsables de IVA

"Generamos Desarrollo con Energía"

Vigilado Superservicio

Código de Suscripción	SM 20088	Pago oportuno hasta:	02-ABR-2025	Mes Facturado
Factura Nro.	203704396	Suspensión a partir de:	03-ABR-2025	MARZO 2025

1. Información General

Nombre:	YESICA PAOLA CADENA ESCOBAR		11-MAR-2025	Ultimo pago	$ 0
Dirección:	LOTE 1 BARRIO LOS PRADOS	Tuvo servicio de energía entre:	19-FEB-2025 - 19-MAR-2025 (28)		22-MAR

Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Área	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Tarifa	División Geopolítica
SM1	S	09	245	1 RESIDENCIAL	URBANA		1	AEREA	EMPRESA	05	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

2. Información Consumo Energía

Componentes del Costo (CU): Generación + Transmisión + Distribución + Comercialización + Pérdidas + Restricción = CU 1.0[illegible] ($/KwH)
557.60 49.89 353.21 121.95 [illegible]

2A. Información Medidor

Marca	Serial	Factor Multiple
ELS	12074908	

2B. Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	24680	24588
Reactiva:		

Tipo Liquid.: [illegible]
Obs. Lectura: [illegible]

2C. Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	218	
Consumo Reactiva KVarh:	0	
Costo del consumo $	226305.8	
Tarifa (hasta 173 Kwh):	415.24	
Subsidio: %	60 $	107754.78
Contribución: %	$	0
Sub Total $	118551.02	

Meses en deuda: 1 % Tasa Interés Moratorio: 5

2D. Consumo Ultimos 6 Meses

Mes	Consumo
[illegible]	200
[illegible]	160
[illegible]	240
[illegible]	241
[illegible]	214
[illegible]	156

Promedio [illegible]

2E. Información Calidad del Servicio

Tel. O.R. ELPH 01 8000 942415
Transformador SLD120 Grupo 32
DAIG 30 24 FRIG 19 Circuito C
Cargo D 240.01 Disco 50 20
CEC 222.38
DEF 71.06 FRJ 92.00
HC 0.07 VC 4.00
Valor a compensar 22.149.56

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 SUBSIDIO MONOMIA	[illegible]	0	0.00	226.30
SUBSIDIO	[illegible]	0	0.00	107.75
AJUSTE A SUBSIDIO	3.47	0	0.00	1.46
COMPENSACION S.CREC [illegible]	22.149.56	0	0.00	22.15
AJUSTE A LA DECENA	1.00	0	0.00	

5. Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP

99.85

6. Información Facturación Convenio Impuesto Alumbrado Público

Sujeto Activo	Operador A.P.	Convenio No.	Dirección POR	Valor Periodo	Saldo Ant.	Valor Total
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL	MUNICIPIO SAN MIGUEL	ACUERDO 008 31/08/2023	Cra 4 Cll 7 Esquina	12.783	0	12.78

7. Información Facturación Convenio Aseo y Alcantarillado

Concepto	Empresa	Dirección POR	USO	Valor Tarifa	Subsidio o Factor Solidario	Cargo Consumo e Variable	Valor Tasa Ambiental	Saldo Anterior	Ajustes/Otros	Valor Total
Alcantarillado				0	0	0	0	0		0
Aseo*	Alcaldia San Mi	Cra 4 Cll 7 Esq B/La Liberta		6.000	0	0	0	0		6,00

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

8. Información Facturación Otros Convenios

Concepto	Empresa	Dirección POR 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
99,857		12,783		6,000		0		118,640

CUFE: [illegible]

Pague fácil por Internet en www.eebpsa.com.co

www.eebpsa.com.co @eebpsaesp /eebpsa

Este Factura pres[illegible] de acuerdo a las Normas del Derecho Civil y Comercial Ley 142 Art. 130

25

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a siempre

Ciudad La dorada San Miguel

Nombre completo de la niña o niño Ariana Sofia Rodriguez Pernalete

Fecha de nacimiento Día Mes Año **N° Documento de Identidad** 1030034008

Sexo Masculino ○ Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** Día Mes Año

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Alexandra Criollo

Fecha de registro cualitativo 4 07 2025

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

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

Observaciones generales
Ariana es una niña, que participa activamente de las actividades pedagogica. Es importante reforzar control emosional

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Yurani Galindez

Fecha de registro cualitativo 03 10 025

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

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

Observaciones generales
Se evidencia que Ariana Sofia es una niña muy activa que participa en las actividades. Se integra con los compañeros. Como tambien es importante fortalecer en ella las habilidades del Compartir y expresarse, de manera adecuada a la hora de exigir o decir algo que no le gusta.

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)***

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

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fun[redacted]ales

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Ariana Sofia. UNIDAD DE ATENCIÓN: Parvuis 1. AGENTE EDUCATIVO: Yuranny Galindez

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: _____

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
01 dic 025 02 dic. 025	Se envia mensaje de texto a los familiares ya que se realiza el llamado de asistencia y se logra evidenciar que la niña no ingreso a la unidad. - - - - - -	Se envia mensaje de texto a la familia del para saber el motivo de la inasistencia y se logra evidenciar que no se logra ninguna comunicacion. - Se logra evidenciar que la niña ingresa bien aparentemente a la unidad. Por lo tanto se cierra novedad.	Yuranny Galindez	- Maria Fernanda

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
02 dic 025	Se logra evidenciar que ingreso a la unidad bien aparentemente María Pernalete

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

Fundación Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

28 RV

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Ariana Safca. **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulo 7. **AGENTE EDUCATIVO:** Yurany Galindez

MUNICIPIO: San Miguel. **FECHA DE INGRESO:** _____

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 Nov. 025 25 Nov. 025	Se realiza el llamado de asistencia y se logra evidenciar que la niña no ingreso a la unidad.	Se envia mensaje de texto a los familiares Para saber el motivo de la inasistencia y. la mamita informa que la niña. tiene Sintomas de gripa y por la ilviana asistio a la unidad. Se logra evidenciar que la. niña ingreso a la Unidad aparentemente bien.	Yurany Galindez	María Pernalete

BIENESTAR FAMILIAR

29 Rs

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: ARIANA SOFIA RODRIGUEZ UNIDAD DE ATENCIÓN: Paruyo 1. AGENTE EDUCATIVO: Yurany Galindez

MUNICIPIO: San Miguel. FECHA DE INGRESO: _____

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
10 Nov 025. Nov. 11. 025 dic	Se realiza el llamado de asistencia y se logra evidenciar que la niña. no ingreso a la unidad.	Se envia mensaje de texto y se realizo llamadas telefonicas. donde se. logra evidenciar que. no. fue Posible la comunicacion para saber el motivo de. la inasistencia. Se logra evidenciar que la niña ingreso a la unidad aparentemente bien. Para cerrar la novedad.	Yurany Galindez	Mariloa Pernalete

Fundación Almas de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

30 RL

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Sofia. Rodriguez **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvvio 1. **AGENTE EDUCATIVO:** Yurany Galindez

MUNICIPIO: San Miguel. **FECHA DE INGRESO:** _____

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 oct 025 30 oct 025	Se realiza llamadas de asistencia y se logra evidenciar que la niña no (a) ingreso a la unidad.	Se envia mensaje de texto a los familiares para saber el motivo de la inasistencia. y se logra comunicar la mamita para informar que por sintomas de gripa y tos no asistio a la unidad y por motivo de lluvia. Se logra evidenciar que la niña ingreso aparentemente bien a la unidad. Para cerrar novedad		Maria Fernanda

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Ariana Sofía. **UNIDAD DE ATENCIÓN:** parvulo 1. **AGENTE EDUCATIVO:** Yurany Gelvez

MUNICIPIO: San Miguel. **FECHA DE INGRESO:** _____

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)
24-04-025 27-oct-025	Se realiza el llamado de asistencia y se logra evidenciar que la niña no asisto a la Unidad.	Se envia mensaje de texto a los familiares y para saber el motivo de la inasistencia. y nos Informa que tiene Sintomas de gripa y por motivo de lluvia no asisto. Se realizo la respectiva revision. observacion y la niña ingresa ala unidad aparentemente bien para cerrar novedad.	Yurany Gelvez	- Maira Arenales

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Ariana Sofía Rodriguez **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulo 1. **AGENTE EDUCATIVO:** Yurani Galindez

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

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

32 FV

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
15 Sep. 2025.	Durante la Jornada Siendo las 3:20 de la tarde la niña Ariana Sofía Accidentalmente Se golpio el labio Corriendo en el Salon. despues de haverle hecho varias llamados de atencion. antes del accidente Mas Sin embargo se la auxilio limpiandole la Carita Con Pañitos. y revisandole que no sea grave el posible golpe	Se le informo al papá lo Sucedido tal y como paso el accidente dentro de la Unidad. y finalmente al equipo psicosocial ya que el accidente. Fue minutos antes de terminar la jornada	Yurani Galindez Maria Pernalete	Maria Pernalete

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
16 Sep 2025	Se evidencia que la niña ingresa aparentemente bien a la Unidad.

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

BIENESTAR FAMILIAR

33

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Ariana Sofia Rodriguez UNIDAD DE ATENCIÓN: Parvulo 1. AGENTE EDUCATIVO: Yuani Galindez

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

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
08 sep. 2025	Se llama listado de asistencia y se evidencia que la niña no se encuentra en la Unidad.	Se hizo una llamada telefonica, y su papá nos informa que el motivo de la inasistencia es porque tiene mucha tos y mucha. Fiema, Se le explica al. Papa que por favor nos tenga informados de como sigue la niña	Yuani Galindez	X Francisco

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
09/sep/2025	Se evidencia que la niña aparentemente se encuentra bien. solo que. con mucho sueño mas sin embargo · fisica y sicologicamente se encuentra bien.

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

Fundación Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

34 RV

NOMBRE DEL USUARIO: Ariana Sofia Rodriguez **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulo 1. **AGENTE EDUCATIVO:** Yurany Gainde2

MUNICIPIO: San Miguel. **FECHA DE INGRESO:** 1/04-2025.

Clasificación de la Información:
CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
25/08/025.	Se realizo la llamada de asistencia en el aula. y se logra evidenciar la inasistencia de Ariana Sofia rodriguez.	Se realizo la llamada referente a la inasistencia. pero no es posible comunicarse por lo tanto se le dejo un. mensaje de voz	Yurany G.	Francisco

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	El dia 26. Agosto se evidencia la asistencia de Ariana Safia. donde aparentemente se ve bien y no se ve en malas condiciones tanto fisicas. y demas.

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

BIENESTAR FAMILIAR

35 PV

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Sofia Rodriguez **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulos **AGENTE EDUCATIVO:** AnaJulia

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 1-04-2021

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)
12-8-20	Durante aprocese dela llamada alista se puede wedenciar la inasistencia dela niña Sofia	Agente Educativa realiza la llamada alamadre de Familia nos intentamos comonicar y no tuvimo Forma de comunicacion Por ningun Medio, Se le deja un Mensaje wasps para saber como este de Salud lanina Sofia.. en horas dela tarde nos comunicaremos de nuevo Para Saber el estado de Salod dela niña	AnaJulia	Maria Pernalete

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	Siendo las 4:10 realizamos segonda llamada, para Saber el estado de Salod delo niña Sofia, alacual nos contesto el padre dela niña, quien nos informa que el dia anterior, estuvo un poco gripa, el pianta que fue por eso no vino pero no esto Seguro por que el Salia a trabaja no sabe muy bien. LA EL - 08: 202.T La Niña esta bien de salud'-. Seguiendo compartiendo conse Compañeros por esto Se cierra Novedad

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Ariana Sofia Rodriguez **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parbulos 7 **AGENTE EDUCATIVO:** Ana Julia

MUNICIPIO: San Miguel. **FECHA DE INGRESO:** 1-04-2025

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
15-04-2025	Almomento de realizar el llamado a lista. Se puede verificar la inasistencia de la niña.	Agente educativa realiza la llamado para verificar la inasistencia de la niña no resivimos respuesta por ningun Medio. Se deja un Mensaje para en horas de la saber cual es el motivo inasistencia. - en hora de la tarde nos llego un Mensaje el dia 1 mañana yo llegar.	Anajulia Lopez	Yarropermate

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Ariana Sofia Rodriguez UNIDAD DE ATENCIÓN: Parbulos AGENTE EDUCATIVO: Ana Julia Lopez.

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 1-04-2025

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

37 PV

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
10-04-2025 11-04-2025	Durante el proceso de llamada de Asistencia se puede evidencia la inasistencia de la niña Ariana	Se procede a hacer el llamado para que la madre nos firme cual fue el motivo de la inasistencia. el padre de la niña nos comunica que la niña tiene mucho tos el dia que ella ba cuidar en casa. Segun como siga mañana la trae. el dia de hoy madre trae La niña Ariana Por esta razon se cierra la Novedad	Ana Julia Lopez	Maria Paralete

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

38 RV

NOMBRE DEL USUARIO: Ariana Sofia Rodriguez UNIDAD DE ATENCIÓN: Parvulo 7 AGENTE EDUCATIVO: Alexandra. C.

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 1-Abril-2025

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	SEGUIMIENTO	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
01-4-2025	el dia de hoy la niña SOFIA no asiste al CDI	La agente educativa se comunica con la madre de la niña	La agente educativa Le refiere a la madre procurar no hacer faltar	Alexandra Criollo.	
		por via telefonica y la madre refiere que el dia de hoy no llevo a la niña	al CDI a la niña y procurar tener sombrilla a capa para el translado de la niña al CDI ya		Maria de los Angeles
		al CDI por motivo de mucha lluvia.	que en cuestiones del clima no se sabe que dia va estar lluvioso.		
02-04-2025	La niña Ariana, retorna nuevamente al CDI, a retomar el servicio. con normalidad.			Alexandra criollo	Maria de los Angeles

BIENESTAR FAMILIAR

SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO

28-04-2025

Descripción del evento= La niña. no asiste al CDI el dia de hoy.

Acción= La agente educativa se comonica con la madre de la niña. y ella refiere. que la niña no asistio. por motivo de mucha lluvia. para trastadarla hasta el CDI. y no tiene transporte propio.

Seguimiento= La agente le refiere. a la madre tener o adquirir sombrilla o capa ya que con las cuestiones del clima no sabemos cuanto amanecelloviendo a no. Alexandra Criollo
Agente educativa.

29-04-2025

La niña Ariana, Petoma al CDI. con normalidad el dia de hor

Alexandra Criollo. Agente Edu

Maria de los Angeles madre.

02-05-2025

Descripcion evento= El dia de hoy la niña Ariana no asiste al CDI.

Acción= La agente se comonita con la madre y ella refiere que el dia de ayer despues de salor del CDI, estaba indispuesta y en horas de la noche ingreso a la niña por urgencias Por una Fuerte Fiebre y la tubieson hospitalizada toda la noche, es es por eso que no la nevo a CDI. ya que le dieron salida a las 7am del dia de hoy. Agente refiere informarle sobre el estado de la niña en horas de la tarde y que el caso esta remitido por nutricionista. Alexandra Criollo.
Agente-edu.

Maria de los Angeles
madre.

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

Fundación Alma de Vida
Fortaleciendo caminos de esperanza
Salud mental, pedagogía y derechos sexuales

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: ARIANA SOFIA RODRIGUEZ UNIDAD DE ATENCIÓN: PARVULOS AGENTE EDUCATIVO: ANA JULIA

MUNICIPIO: SAN MIGUEL FECHA DE INGRESO: 01-04-2025

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
24-07-2025	Durante la revisión de carpeta se evidencio que la niña ariana tiene cita de crecimiento y desarrollo programada para el dia 27 de julio.	Teniendo en cuenta lo anterior, se informa de manera verbal y tambien mediante mensaje de texto, con el fin de garantizar su asistencia y cumplimiento con la cita programada.	Ana Julia Lopez	Luis Carranza

BIENESTAR FAMILIAR

SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO

30-07-2025 Madre de Familia informa mediante mensaje de texto que le. 07.
confirma la cita para el dia 04-8-2025 a las 4:00 pm.

05-08-2025 Madre de familia entrego fotocopia de crecimiento y desarrollo el agente educativo anexo a la carpeta de la niña usuaria.

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

40 RV

E.S.E. Hospital Francisco LA DORADA NIT. 810002709-9	RECORDATORIO DE CITA	Código: GAU-FR-009 Versión: 001

PROGRAMA:	Control Primero Infancia
FECHA: Lunes	04 agosto - 9
HORA:	4:00 pm
PROFESIONAL:	

- Recuerde estar **30 minutos** antes de la hora de la cita para **FACTURAR**, de lo contrario su cita será cancelada.
- Para cancelar o reprogramar su cita comunicarse al **3174276879** (de 8:00-11:00 a.m. y de 2:00-4:00 p.m.), WhatsApp (3:00-5:00 p.m.) o de forma presencial (7:00-10:00 a.m)
- Traer el documento de identidad o copia y autorización del servicio cuando se requiera.

Nuestro deber es brindarte atención, el tuyo SER PUNTUAL...

Mi Prioridad Es Tu Salud

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Ariana Sofia Rodriguez UNIDAD DE ATENCIÓN: Paruulo I AGENTE EDUCATIVO: Alexandra Criollo

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

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	SEGUIMIENTO	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
19-05-2025	El dia de hoy la niña no asistio al CDI.	Agente trata de comunicarse con la madre, pero no fue posible ya que ella no contesta.	Agente edu. deja mensaje escrito por whatsapp. para saber el motivo de la no asistencias. al CDI, de la niña en el dia de hoy.	Alexandra Criollo.	Maria de los Angeles
20-05-2025	El dia dehoy la niña asiste al CDI, con normalidad.			Alexandra Criollo	Maria de los Angeles

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Rusnelis Aranza UNIDAD DE ATENCIÓN: Párvulo 1. AGENTE EDUCATIVO: Yurany Galíndez.

MUNICIPIO: San Miguel. FECHA DE INGRESO: _____

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 Nov. 025.	Se realizo el llamado de asistencia y se logra evidenciar que la niña no ingreso a la unidad	Se envia mensaje de texto a los familiares para saber el motivo de la inasistencia y la mamita nos informa que se enventra con malestar. por este motivo no la va a enviar a la unidad. el dia de hoy. Se le recomienda a la mamita llevarla al medico para que la valore.	Yurany Galindez	- Ruth Garcia
13. Nov. 025	Se realizo la lista de asistencia y se logra evidenciar que hoy si ingresó a la Unidad	Se realizo la respectiva observacion y se logra evidenciar que ingreso bien aparentemente por lo tanto se hace el cierre de la novedad.		

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