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 ( ) Participante de continuidad

Unidad de Servicio sugerida: CDI Fronteras 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: 1122344030

Fecha nacimiento: 03 | 07 | 2022

Nombres: Martin

Apellidos: Cuastumal Cardena

Presenta discapacidad? ( ) Si (•) No

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

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

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

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

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

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

Departamento residencia: Putumayo

Municipio de residencia: San miguel

Zona: Urbano

Barrio: Libertad

Vereda:

Sector: urbana

Dirección: B/la libertad tras la alcaldia Municipal.

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: 1122340707

Nombres: Diana Beatriz

Apellidos: Cuastumal Cardena

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 24 | 04 | 1994

Correo electrónico: cardenasandrade54@gmail.com

Número de celular: 3142892695

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:

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 POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:
Martin Cuastumal Cardenas

N° DOCUMENTO: 1122344030 **TIPO DOCUMENTO: RC** X **CC** ___ **OTRO** ___
FECHA DE NACIMIENTO: 03/Julio/2022 **EDAD:** 2 años 8m
LUGAR DE NACIMIENTO: San Miguel (La Dorada)

NOMBRE DE LA UDS: CDI Fronteras de Paz.
CODIGO UDS: 867571126972. **BARRIO/VEREDA:** B/7 Agosto.
FECHA DE INGRESO: 1- Abril - 2025. **FECHA DE RETIRO:** _____

SISBEN: _____ **EPS:** Emssanar **RÉGIMEN (C)**__ **(S)** X
DESPLAZADO: SI___ **NO** X **DISCAPACIDAD: SI**___ **NO** X **¿CUAL?** _____
GRUPO ETNICO: SI X **NO**___ **¿CUAL?** Awa La Union La Dorada
GRUPO AFROCOLOMBIANO: SI___ **NO**___ **¿CUAL?** _____
NOMBRE DE LA MADRE: Diana Beatriz Cardenas Andrade
N° CÉDULA: 1122340707 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Miguel
NOMBRE DEL PADRE: Cuastumal Ramirez Jeferson
N° CÉDULA: 1112.476234 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** _____
N° DE CELULAR: 3142892695
NOMBRE DEL ACUDIENTE: Diana Beatriz Cardena Andrade
N° CÉDULA: 1122340707 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Miguel
DIRECCIÓN VIVIENDA: B/Libertal **ZONA POBLACIONAL: (R)**___ **(U)** X
NUMERO DE CELULAR 3142892695

FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Alexandra Criollo.
NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: N 1573696

NUIP 1.122.344.030

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
CUASTUMAL CARDENAS MARTIN

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)			Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año 2022	Mes JUL	Día 03	MASCULINO	O +

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA PUTUMAYO SAN MIGUEL(LA DORADA)

Fecha de Inscripción (Mes en letras)			Indicativo serial
Año 2022	Mes JUL	Día 08	0061322567

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
CARDENAS ANDRADE DIANA BEATRIZ

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.122.340.707	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
CUASTUMAL RAMIREZ JEFERSON ALEXANDER

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.112.476.234	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
CUASTUMAL RAMIREZ JEFERSON ALEXANDER

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.112.476.234

Espacio para notas
VALIDO PARA TRAMITES LEGALES Y CIVILES

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio	Código
COLOMBIA PUTUMAYO SAN MIGUEL(LA DORADA)	X 6 Z

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)
Año 2022 Mes JUL Día 08

Nombre y firma del funcionario

Carolina Sacanambuy
JENNY CAROLINA SACANAMBUY GOMEZ...
Registrador del Estado Civil

REGISTRO NACIONAL 30519061.3

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.122.340.707

CARDENAS ANDRADE

APELLIDOS

DIANA BEATRIZ

NOMBRES

Diana Cardenas

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 24-ABR-1994

PUERTO ASIS
(PUTUMAYO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA

B+ G.S. RH

F SEXO

16-MAY-2012 SAN MIGUEL(LA DORADA)

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-6401800-01273124-F-1122340707-20211214 0077451842A 1 56520388

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

EN PAZ CON LA NATURALEZA

EL SUSCRITO GOBERNADOR DEL CABILDO INDIGENA AWA LA UNION LA DORADA, CON RESOLUCIÓN No. 0127 DE SEPTIEMBRE 22 DEL 2014, EN USO DE SUS FACULTADES LEGALES Y CONSTITUCIONALES Y EN ESPECIAL LAS CONFERIDAS EN LA LEY 89 DE 1890, LEY 21 DE 1991 Y DEMÁS.

HACE CONSTAR QUE:

MARTIN CUASTUMAL CARDENAS identificado con Registro Civil No. **1122344030** expedida en San Miguel – la Dorada, se encuentra afiliado y está registrado en el censo poblacional del cabildo indígena AWA LA UNION LA DORADA PUTUMAYO.

En constancia se expide a favor del interesado y es válida para tramites de CDI.

En constancia se firma en la Dorada, San Miguel Putumayo a los cuatro (04) día del mes de junio de 2025.

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

EN PAZ CON LA NATURALEZA

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	1122344030
NOMBRES	MARTIN
APELLIDOS	CUASTUMAL CARDENAS
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	07/07/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	09/25/2025 09:20:46	**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 1122344030
Apellidos:	CUASTUMAL CARDENAS
Nombres:	MARTIN
Tipo de discapacidad:	Ninguna
Plan de salud:	Régimen Subsidiado
Estado de servicio:	Vigente
Fecha de Afiliación:	08/02/2023
Departamento de Afiliación:	PUTUMAYO
Municipio de Afiliación:	SAN MIGUEL
Zona:	Urbana - Cabecera Municipal

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

IPS de atención de primer nivel

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

Tiene derecho a recibir los servicios contemplados en el Plan de Beneficios en Salud.
Válida únicamente para comprobación de derechos de la red prestadora, en la fecha de expedición. No es válido para aclarar multiafiliación ni para traslados (Decreto 806 Articulo 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 25 de Marzo 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

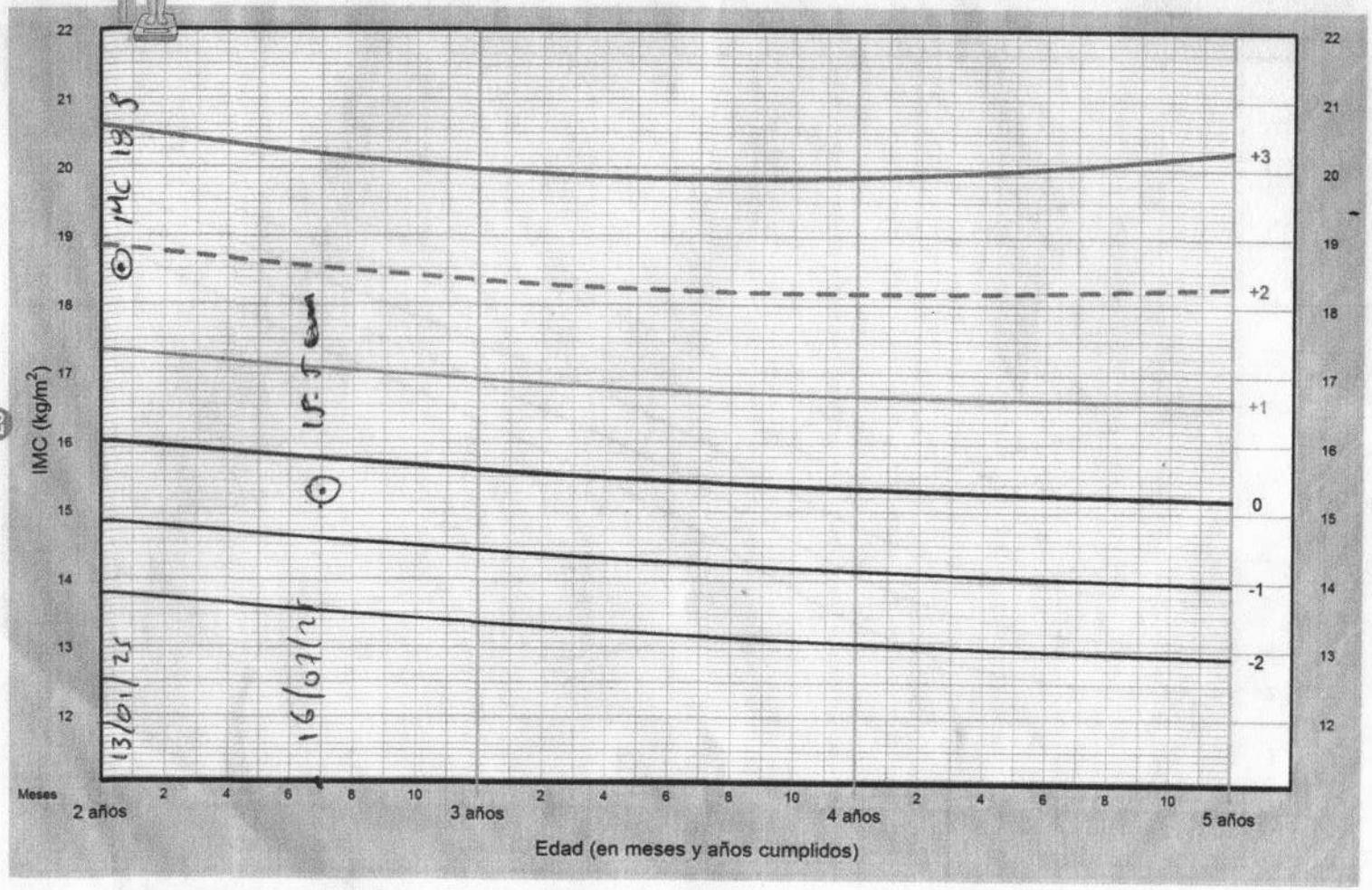
MIS DATOS

Nombres: MARTIN	Apellidos: CUATUMAL CARDENAS
Fecha de nacimiento: 03 / JUNIO / 2002	Historia Clínica: 1122349030
Barrio/Vereda: B/- LIBERTAD	Responsable del niño:
Teléfono:	EPS:

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
08/08/2022	3.0	52	36	9.	11.1.	15/08/2022	
17/08/2022	3.110	52.5	36	25	11.5	24/08/2022	
24/08/2022	3.670	54	37	26	12.6	21/09/2022	
05/09/2022	3,955	54	38			03/11/2022	
03/11/2022	7,5	62	43	14	19,5	13/01/2023	
17/I/23	9320	69	44	16	19.6	17/MARZO/23	vacuna cancelada.
03-04-23	9.5	72	43	19	18.7	03-07-23	
14/07/2023.	10,5	76.	48.	17	18,2.	11/07/2024	
19/01/24	11,6	82	48	16	17.3	03/07/24	
03/07/24	12.5	87	48	15	16.5	03/01/25	
20-01-2025	13,7	91	48	15,5	16,5	03-07-2025	Milena C.
14-07-2025	14.3	96	49,3	15.3	15.7	03/07-2026	BRUNO ROJERO

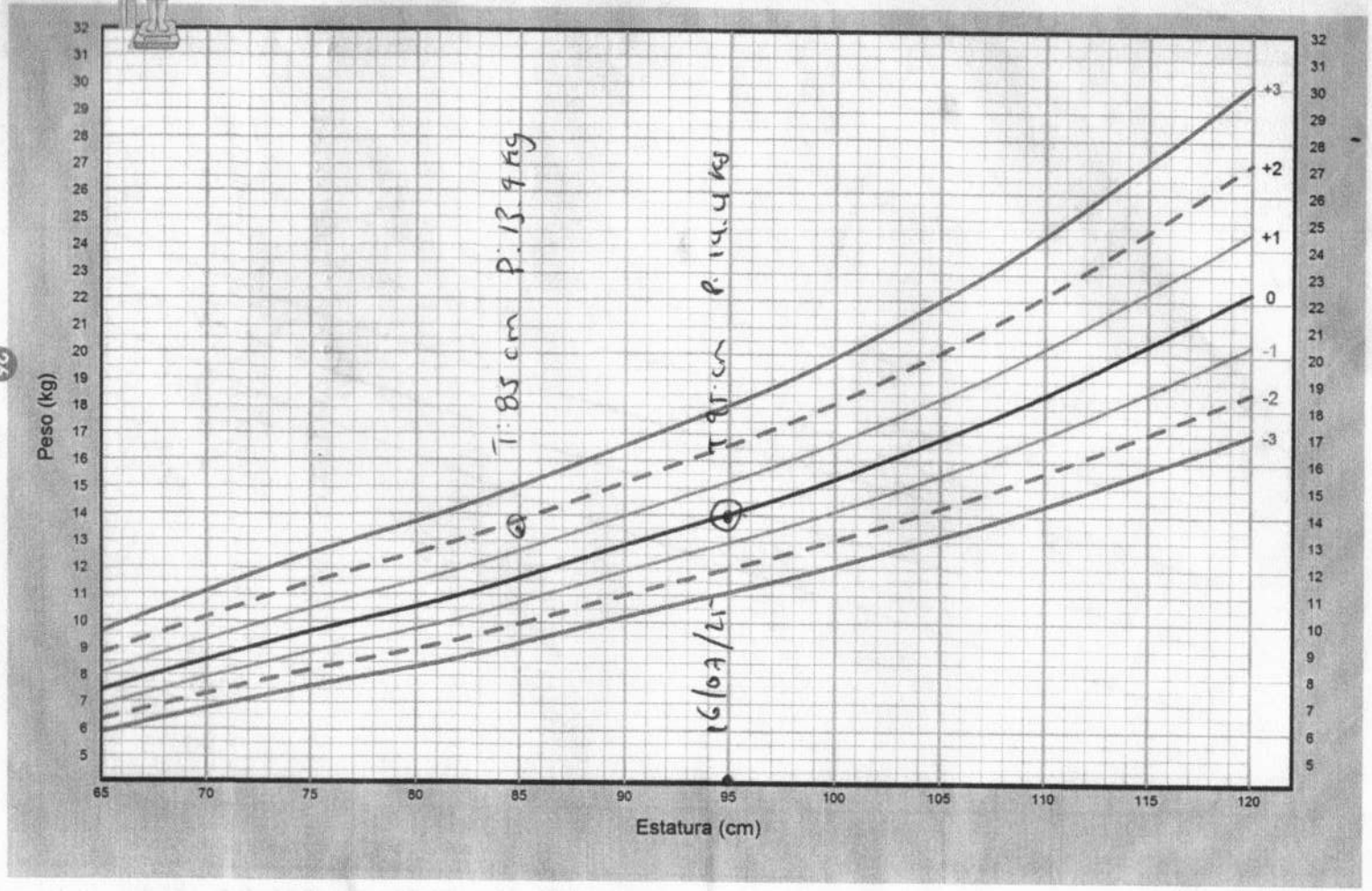
IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



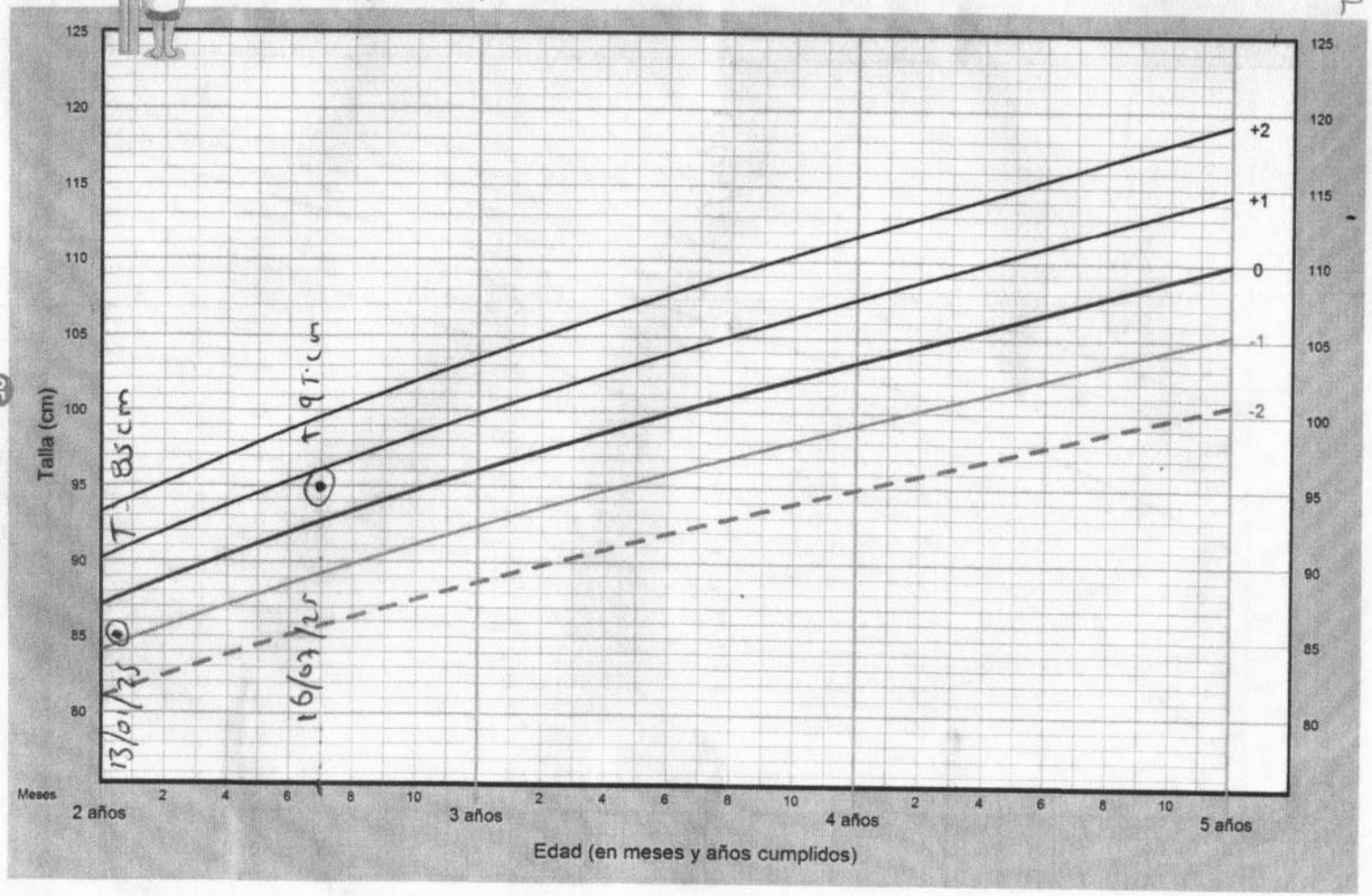
Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



Talla para la Edad Niños

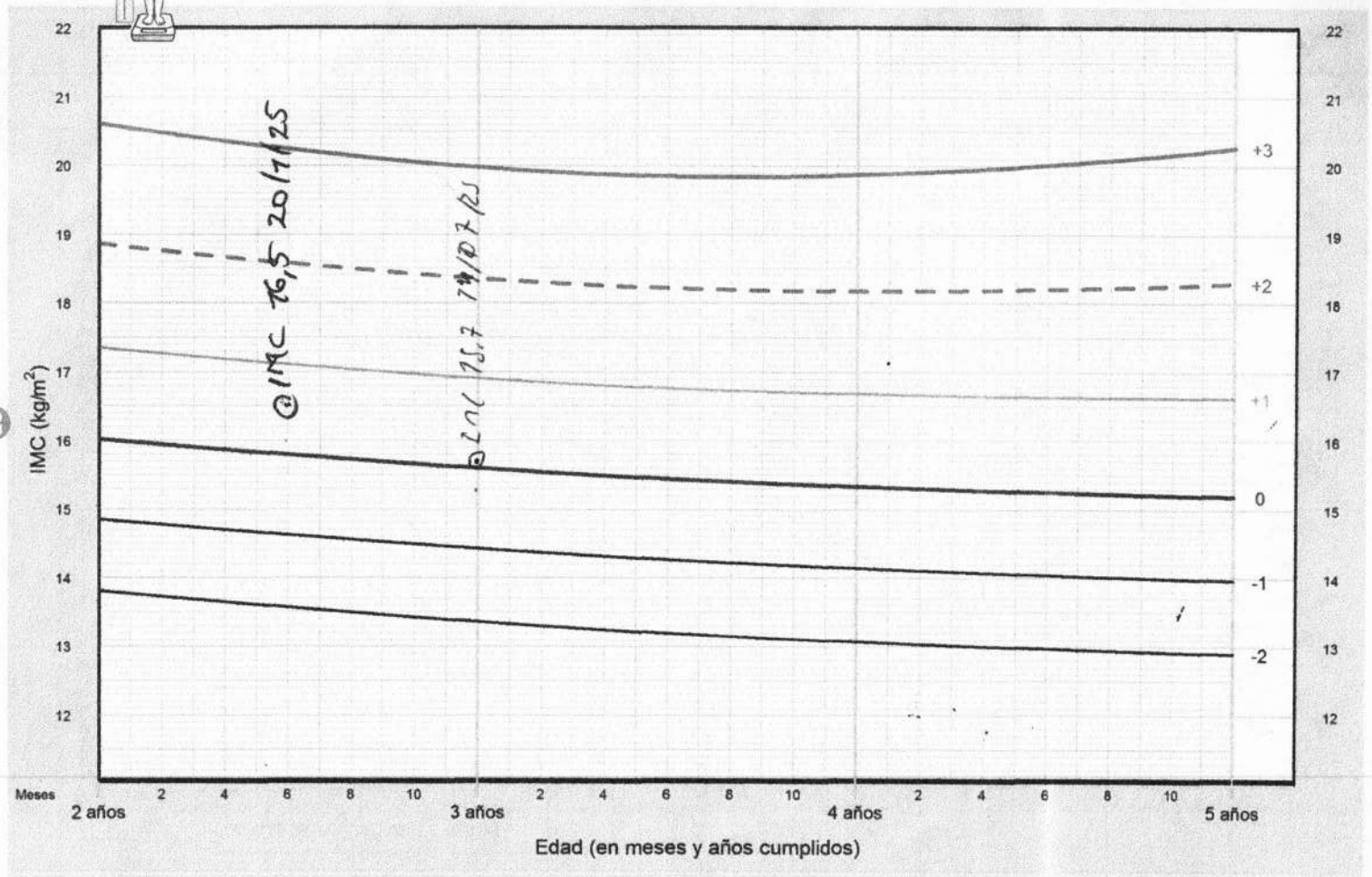
Puntuación Z (2 a 5años)



13

IMC para la Edad Niños

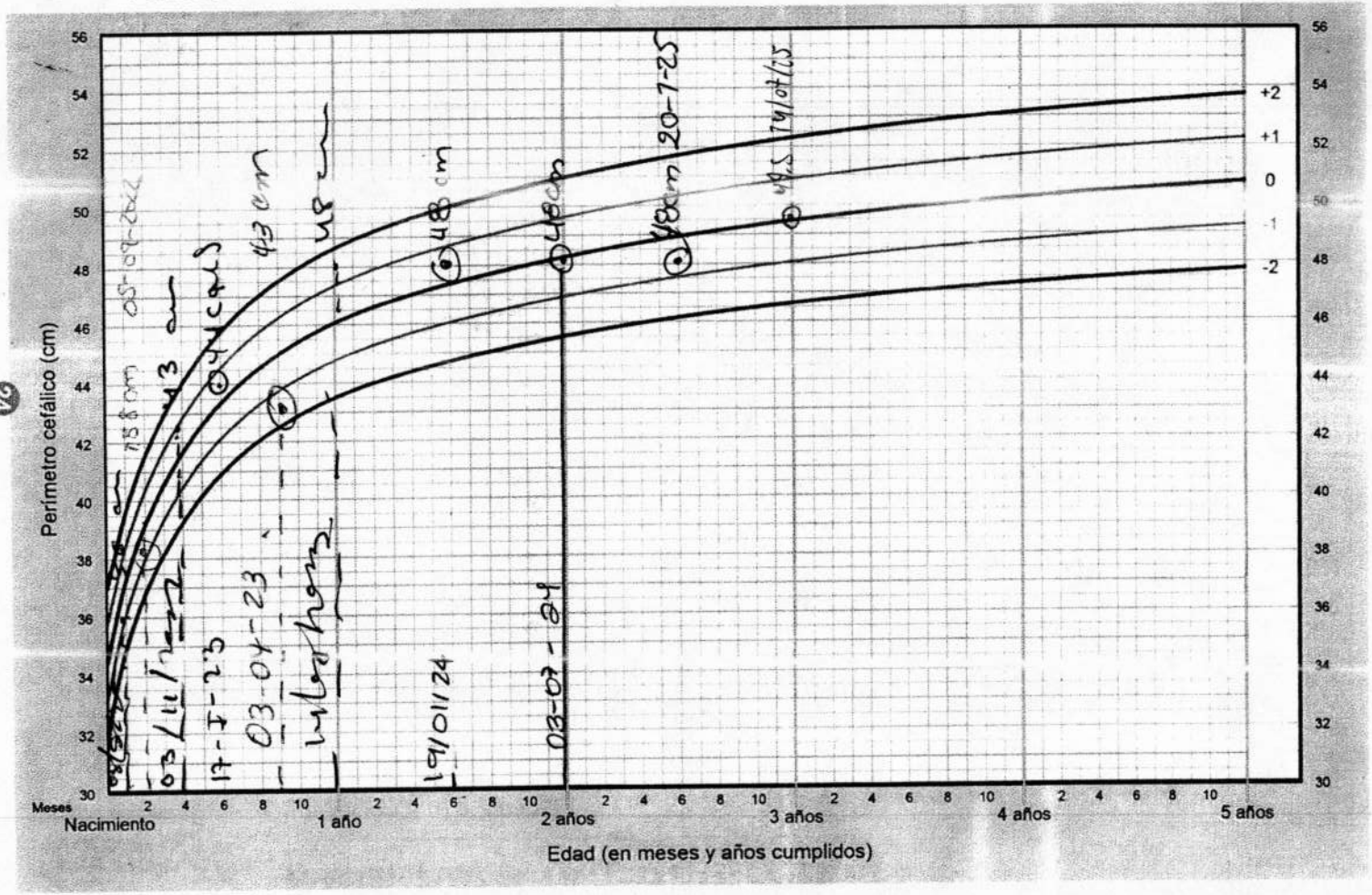
Puntuación Z (2 a 5 años)



14

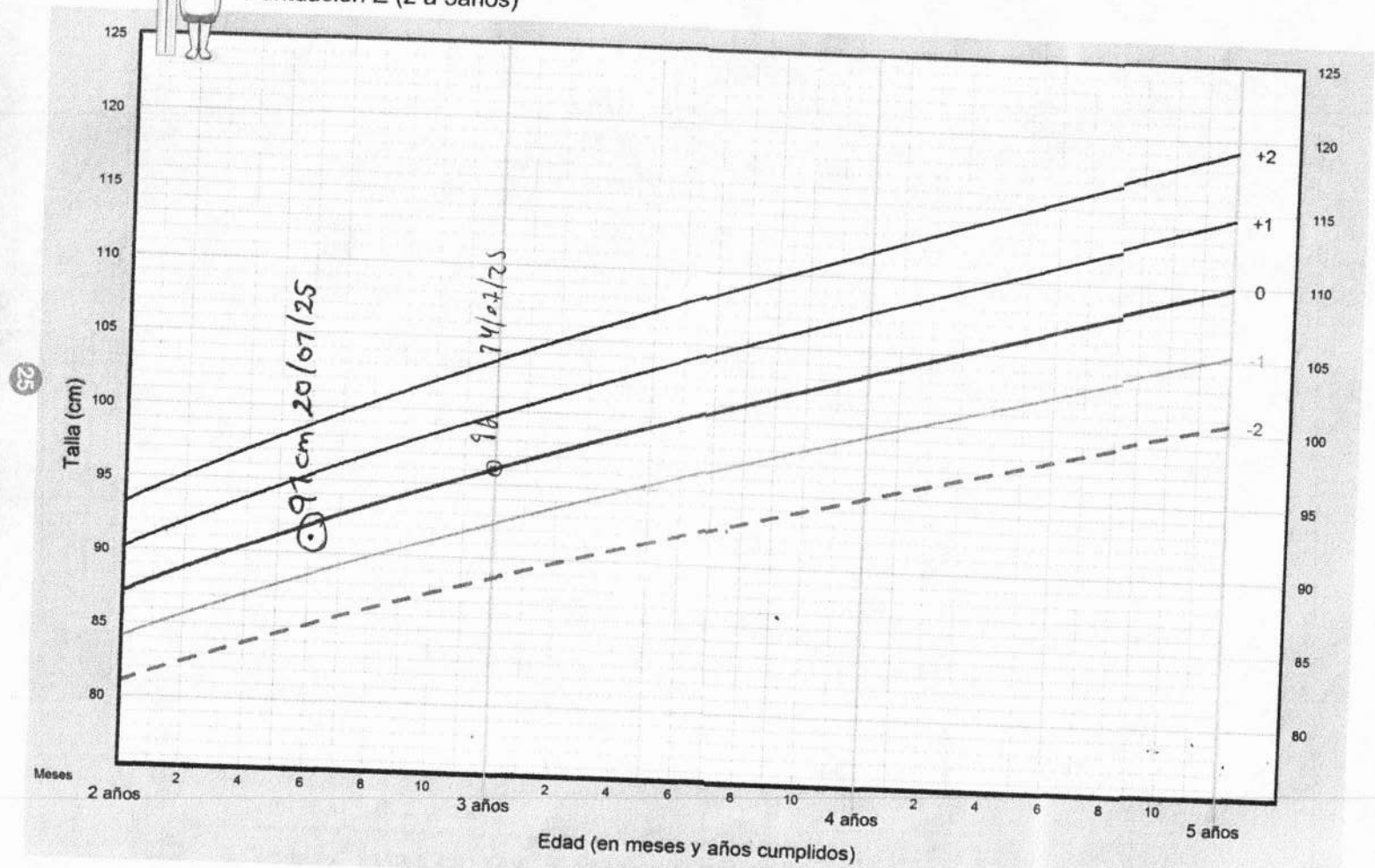
Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)



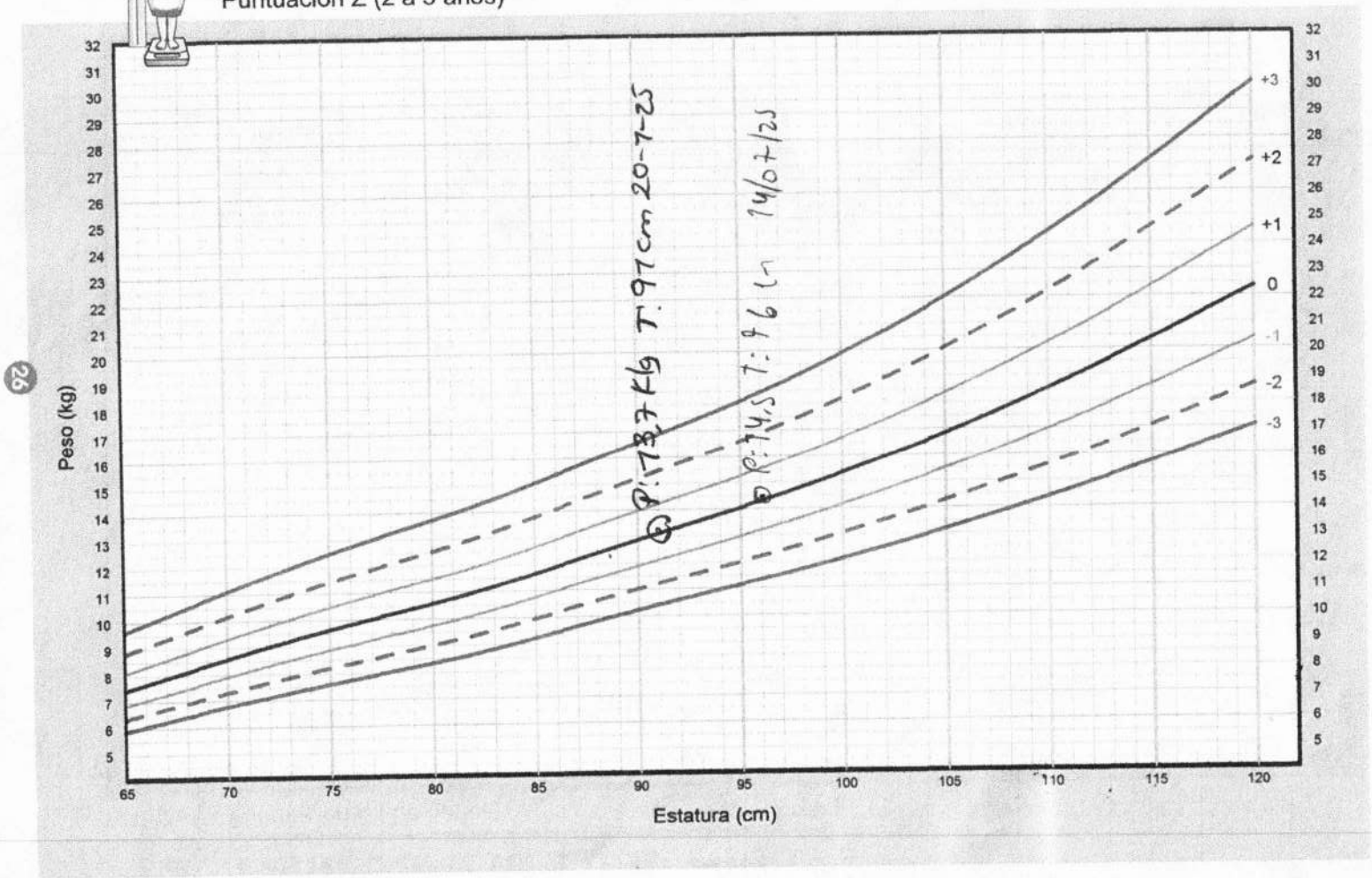
Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5años)



Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



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

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

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	D	M	A
2.ª entrega	D	M	A
3.ª entrega	D	M	A

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

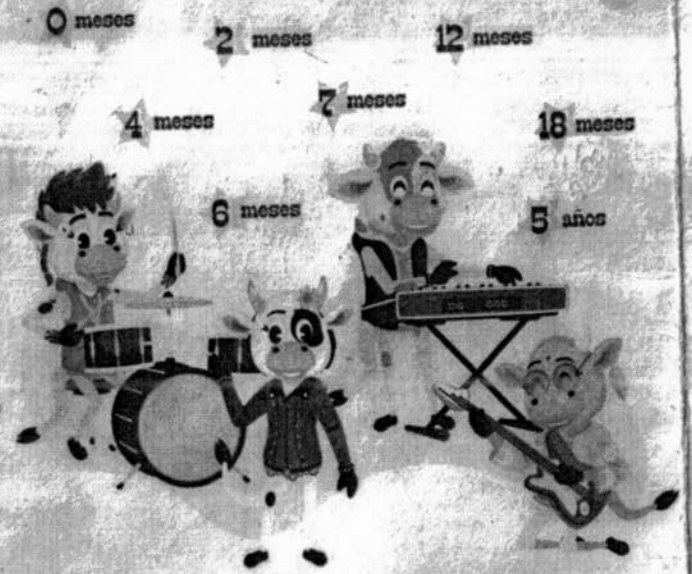
3 años	D	M	A	SI*	NO*
4 años	D	M	A	SI*	NO*
5 años	D	M	A	SI*	NO*

*Menor o igual a 20 normal

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)

17
R/4

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Cuastumal Cardenas MARTIN
Fecha de nacimiento: 03/julio/2022
Nº de certificado de nacido vivo:
Registro civil: 1.122.341-030
Sexo: Masculino
Grupo sanguíneo:
Peso al nacer: 3500 Talla: 51
Dirección: la dorada
Teléfono 1: 3209392943
Teléfono 2:
Responsable: Beatriz cardenas
Municipio de residencia: San miguel
Departamento: putumayo
CC: 1.122.340.707

#118

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

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

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién nacido	Tuberculosis meníngea (BCG)	Única	03	julio	22	Serum	03700MA0988	HFLD				Eduard IB
	Hepatitis B	Recién nacido	03	julio	22	Serum	03200X0174D	HFLD				Eduard IB
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1.ª	05	9	22	Biological	2140003					
	PENTAVALENTE: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	05	9	22	Serum	28514022A					
	PENTAVALENTE: Hepatitis B	1.ª	05	9	22	Serum	28514022A					
	PENTAVALENTE: Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.ª	05	9	22	Serum	28514022A					
	Diarrea por rotavirus	1.ª	05	9	22	GSK	ARC1C0045AC	HFLD				
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	05	09	22	GSK	#R4897					
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2.ª	08	11	22	Biological	2141017	CITA:				
	PENTAVALENTE: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	08	11	22	Serum	28514022A	05-NOV-2022				
	PENTAVALENTE: Hepatitis B	2.ª	08	11	22	Serum	28514022A					
	PENTAVALENTE: Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.ª	08	11	22	Serum	28514022A					
	Diarrea por rotavirus	2.ª	08	11	22	GSK	ARC1C0050AC	HFLD				
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	08	11	22	GSK	ARA8A7					
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3.ª	10	01	23	Biological	2114101	CITA:				
	PENTAVALENTE: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	10	01	23		2851Y022A	05-FEBRERO				
	PENTAVALENTE: Hepatitis B	3.ª	10	01	23			2023				
	PENTAVALENTE: Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.ª	10	01	23	Serum	11111111					
	Influenza estacional	1.ª	19	07	23	Green	V505230011	HFLD				
7 meses	Influenza estacional	2.ª	17	08	23	Green	V505230011	HFLD				
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	19	07	23	Serum	013NO71A	HFLD				
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	14	07	23	Pfizer	FR4895					
	Varicela	2.ª	14	07	23	MERCK	WB4137					
	Hepatitis A	Única	14	07	23	MSD	W00051U	HFLD				
	Influenza estacional	Anual	05	07	24	Bulanan	240047900	HFLD.				
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.º refuerzo	17	01	24	Biological	2133005A	HFLD				
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.º refuerzo	17	01	24	Serum	28514033D	HFLD				
	Fiebre amarilla	Única	14	07	23	Sanofi	V3N21	HFLD	alaños pasados 2 años.			
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª	17	01	24	Serum	01320N0488	HFLD				
	Varicela	Refuerzo							5 años cumplidos			
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.ª										
		2.ª										
		3.ª										
Vacunas complementarias y otras dosis												

Sandy Martinez Tec. Aux. en Enfermería CC. No. 1122336822

Damián Cárdenas Tec. Aux. en Enfermería No. 1007728227

Jennifer Cárdenas

Busca las vacunas es gratis, hazlo de una!

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.

Carné Digital de Vacunación Colombia

Salud

Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 07f4738d-2c7d-4cb9-98af-ac1da81a45b3

Nombres y apellidos / Full name: MARTIN CUASTUMAL CARDENAS

Tipo de identificación / ID Type: REGISTRO CIVIL

Número de identificación / ID Number: 1122344030

Fecha de nacimiento / Date of birth: 03/07/2022

Pais nacimiento / Country of birth: COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number: 3209399294

Correo electrónico / e-mail: NO REGISTRA

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Edad / Age	Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination Día / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
Recién nacido	BCG	Única	3	7	2022	Serum	037OMA098	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	EDUARD JOBANY IPIAL BETANCOUR
Recién nacido	HEPATITIS B (PEDIATRICA)	Adicional	3	7	2022	Serum	0320X017D	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	EDUARD JOBANY IPIAL BETANCOUR
2 meses	Neumococo 13 valente	Primera	5	9	2022	PFIZER	FR4897	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	EDUARD JOBANY IPIAL BETANCOUR
2 meses	Rotavirus	Primera	5	9	2022	Glaxo SmithKline	AROLC892AF	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	EDUARD JOBANY IPIAL BETANCOUR
2 meses	Antipolio Inactivo (VIP)	Primera	5	9	2022	Bilthoven Biologicals BV	2140003A	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	EDUARD JOBANY IPIAL BETANCOUR
2 meses	Pentavalente PAI	Primera	5	9	2022	Serum	2851X007D	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	EDUARD JOBANY IPIAL BETANCOUR
4 meses	Antipolio Inactivo (VIP)	Segunda	8	11	2022	Bilthoven Biologicals BV	2141014A	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	STACCIEE SAOLY MARTINEZ OJEDA
4 meses	Neumococo Conjugado 10 valente	Segunda	8	11	2022	Glaxo SmithKline	ASPNB342AA	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	STACCIEE SAOLY MARTINEZ OJEDA
4 meses	Pentavalente PAI	Segunda	8	11	2022	Serum	2851Y022A	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	STACCIEE SAOLY MARTINEZ OJEDA
4 meses	Rotavirus	Segunda	8	11	2022	Glaxo SmithKline	AROLD050AB	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	STACCIEE SAOLY MARTINEZ OJEDA
6 meses	Pentavalente PAI	Tercera	10	1	2023	Serum	2851Y022B	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	TALYA GUERRERO ERAZO
6 meses	Antipolio Inactivo (VIP)	Tercera	10	1	2023	Bilthoven Biologicals BV	2141014A	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	TALYA GUERRERO ERAZO
6 meses	INFLUENZA TRIVALENTE PEDIÁTRICA	Primera	14	7	2023	Green Cross	V50523001	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	KERLY ROCIO JIMENEZ ZARATE
12 meses	Fiebre amarilla	Única	14	7	2023	Fabricante	228VFC039Z	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	KERLY ROCIO JIMENEZ ZARATE

El Mnisterio de Salud y Protección Social certifica quelos datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema deInformación **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

The Mnistery of Health and Social Protection certifiesthat the information in this document was extractedfrom **PAIWEB**, according to the Wide **Program ofInmunization - PAI** (by its acronym in spanish: ProgramaAmpliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder ofthis document has received the doses of the vaccination schedu-le as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

Carné Digital de Vacunación Colombia

Salud

Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 07f4738d-2c7d-4cb9-98af-ac1da81a45b3

Nombres y apellidos / Full name: MARTIN CUASTUMAL CARDENAS

Tipo de identificación / ID Type: REGISTRO CIVIL

Número de identificación / ID Number: 1 1 2 2 3 4 4 0 3 0

Fecha de nacimiento / Date of birth: 03/07/2022

País nacimiento / Country of birth: COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number: 3209399294

Correo electrónico / e-mail: NO REGISTRA

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Edad / Age	Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
			Día / Day	Mes / Month	Año / Year				
12 meses	Neumococo 13 valente	Refuerzo	14	7	2023	PFIZER	FR4895	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	KERLY ROCIO JIMENEZ ZARATE
12 meses	Hepatitis A Pediátrica	Única	14	7	2023	Sinovac	202201005	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	KERLY ROCIO JIMENEZ ZARATE
12 meses	Varicela	Primera	14	7	2023	Fabricante	W032804	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	KERLY ROCIO JIMENEZ ZARATE
12 meses	Triple Viral	Primera	14	7	2023	Fabricante	0131N071A	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	KERLY ROCIO JIMENEZ ZARATE
7 meses	INFLUENZA TRIVALENTE PEDIÁTRICA	Segunda	17	8	2023	Green Cross	V50523001	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	KAREN STEFANNY ACHICANOY OLIVA
18 meses	Antipolio Inactivo (VIP)	Primer Refuerzo	17	1	2024	Bilthoven Biologicals BV	2233005A	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	EDUARD JOBANY IPIAL BETANCOUR
18 meses	Pentavalente PAI	Primer Refuerzo	17	1	2024	Serum	2851Y033C	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	EDUARD JOBANY IPIAL BETANCOUR
18 meses	Triple Viral	Refuerzo	17	1	2024	Serum	0132N048B	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	EDUARD JOBANY IPIAL BETANCOUR
12 meses	INFLUENZA TRIVALENTE PEDIÁTRICA	Refuerzo	5	7	2024	BUTANTAN	2400979-00	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	EDUARD JOBANY IPIAL BETANCOUR

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedu-le as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

20

		PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) ó AÑOS (A)													
			5 DIAS	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 medico													
		Atencion en salud por medicina general													
		Atencion en salud por enfermeria													
		Atencion en salud bucal por odontología							X		X				
		Promoción y apoyo de la lactancia manterna													
PROTECCION ESPECIFICA	ODONTOLOGIA	Aplicación de barniz de fluor							X		25-07-25				
		Profilaxis y remoción de placa bacteriana						02-24			X				
		Aplicación de sellantes (según criterio)									26-07-25				
	V	Vacunación											29-07-2025		

LILIANA [redacted]
AUX. EN SALUD ORAL
RES. [redacted]

Stephanie Ortega
ODONTOLOGA
Reg. 52-570

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

JINA A. BELALCAZAR FLOREZ
Gerente

CARNET RIAS

PRIMERA INFANCIA

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

Servimos con amor



Nombres y apellidos: Martin Guastumal Cardenas

Doc. de identidad: 1122344030 EPS: Emssanar

Teléfono: 3142892695 Domicilio: Barrio libertad

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA
NIT. 846 002.309-9

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

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL

La salud es de todos — Minsalud

CIUDAD San Miguel FECHA: DÍA 28 MES 03 AÑO 2025 HORA: 9:26 AM.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Martin. APELLIDOS Cuastumal Cardenas

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1.122.344.030

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 03 MES 07 AÑO: 2022 / EDAD: 2 años 8 meses

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Emssanar Tel: 3142992695

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

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

Esta vacuna tiene aprobación de uso de emi...gencia y surtió los pasos para la validación científi...a y sanitaria que permite su aplicacion segura en humanos.

DATOS IMPORTANTES DE LA VACUNA (po...avor, leer con detenimiento. Puede formular pregun...as) En el momento esta muy pequeño, despues lo hace vacunar

¿CÓMO SE APLICA?	Administración vía intramu...ular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides...)
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a apli...r Ninguna.
	Esquema que tiene esta va...na: Dos dosis [ ] o dosis única [ ]
BENEFICIOS	Prevención de la enfermed... COVID-19, causada por el virus SARS-CoV-2. Red...cción de la severidad de la enfermedad en caso de presentarse. Potencial p...tección del entorno familiar y los allegados.
RIESGOS	Presentación de efectos ad...ersos a corto y mediano plazo posterior a su aplicac...ón como: dolor en el sitio de inyección, dolor de cabeza (cefalea, articulaci...es (artralgia), muscular (mialgia); fatiga (cansanc...o); resfriado; fiebre (pirexias); enrojecimiento e inflamación leve en el lug... de la inyección; inflamación de los ganglios (li...fadenopatia); malestar general; sensación de adormecimiento en las ex...emidades, reacciones alérgicas leves, moderadas o severas. Estos no se presentan en todas las personas.
ALTERNATIVAS	A la fecha no se ha identific...lo otra medida farmacológica mas eficaz que la vac...inación para la prevención de la COVID-19.

EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD

De manera voluntaria, después de haber re...bido información por el personal de salud, de mane...ra clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición, así como las explicaci...es adecuadas, informo que comprendo los bene...icios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la vacuna que se me ofrece ...le la misma manera, se me han indicado las reco...mendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por el laboratorio pro...luctor de la vacuna.

Entiendo que la suscripción de este doc...mento constituye una expresión autónoma de m... voluntad y que NO tiene por objeto eximir de responsabilidad a las autoridades sanitarias... o gubernamentales ni a las entidades que particip...aron en la aplicación de la vacuna contra el SARS-CoV-2/COVID-19 de brindar la atención en ...lud que sea necesaria por la aparición de posibles r...eacciones 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: Diana Cardenas Andrade.

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

Nombres Diana Beatriz Apellidos Cardenas Andrade

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ C ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1.122 340.707

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 ___

Huella dactilar o plantar del Rogante

Firma del Rogado

C.C. N°

C.C. N°

Nombres y apellidos del vacunador: Jeniffer Yulieth Cabezas Meneses

Firma Jeniffer Cabezas Tipo de identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1126446069

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFCD

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Putumayo MUNICIPIO: San Miguel.

Nota: Cuanto se trate de menores entre 1 y 18 años, deberá firmar el menor junto con uno de sus padres o su representante legal.

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 Martin Cuastumal Cardenas, identificado (a) con documento de identidad número 1122344030, 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, Diana Cardenas Andrade, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1122340707, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	+	Audios	+	Videos	+	Otros datos personales	+

La autorización comprende:

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

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

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

Los productos autorizados son originados por Fundación Alma de vida., en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa Institucional

Suscriben:

Firma: DIANA CARDENAS. ANDRADE.
Nombre: Diana Cardenas Andrade
Calidad - Titular: ____ Representante legal: X
Teléfono de contacto: 3142964 2695
Fecha: 7-04-2024
Municipio: San Jose.

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

Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Alexandra Criollo
Agente educativa

Huella del niño/niña



Martin Cuastumal

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 10920	Pago oportuno hasta:	02-ABR-2025	Mes Facturado
Factura Nro.	203704216	Suspensión a partir de:	03-ABR-2025	MARZO 2025

1. Información General

Nombre:	DORA NIDIA ANDRADE MOSQUERA		09-MAR-2025	Último pago	$ 49,860
Dirección:	LA LIBERTAD	Tuve servicio de energía entre:	17-FEB-2025 - 17-MAR-2025 (28)		22-MAR-20

Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Área	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Tarifa	División Geopolítica
M1	C101	85	2	RESIDENCIAL	URBANA	1	1	AEREA	EMPRESA	105	SAN MIGUEL - LA LIBERTAD

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

2. Información Consumo Energía

Componentes del Costo (CU)	Generación	+ Transmisión	+ Distribución	+ Comercialización	+ Pérdidas	+ Restricción	= CU ($/KwH)
	527.60	49.85	253.23	121.95	70.79	14.68	1,038.10

2A. Información Medidor

Marca	Serial	Factor Múltiplo
MET	13046268	

2B. Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	12514	12448
Reactiva:		

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

2C. Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	66		
Consumo Reactiva KVarh:	0		
Costo del consumo $	68514.6		
Tarifa (hasta 173 Kwh):	519.05		
Subsidio: %	50	$	-34257.3
Contribución: %		$	0
Sub Total $	34257.3		

Meses en deuda: 1 % Tasa Interés Moratorio: 5

2D. Consumo Ultimos 6 Meses

Mes	Consumo
2025/Feb	77
2025/Ene	83
2024/Dic	79
2024/Nov	84
2024/Oct	79
2024/Sep	73

Promedio: 0

2E. Información Calidad del Servicio

Tel O.R. EEPB 01 8000 942415
Transformador: SLD111 Grupo 22
DRUG 30.24 FRUG 19 Circuito C14
Cargo D 249.01 Desde %I 20
CEC 77.83
DIU 73.53 FRU 92.00
HC 2.21 VC 4.00
Valor a compensar 7,752.34

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	68,514.60	0	0.00	68,515
SUBSIDIO	-34,257.30	0	0.00	-34,257
AJUSTE A SUBSIDIO	2,000.32	0	0.00	2,000
COMPENSACION RES CREG 015/2018	-7,752.34	0	0.00	-7,753
AJUSTE A LA DECENA	4.72	0	0.00	5

5. Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP

28,576

6. Información Facturación Convenio Impuesto Alumbrado Público

Sujeto Activo	Operador A.P.	Convenio No.	Dirección PQR	Valor Periodo	Saldo Ant.	Valor Total
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL	MUNICIPIO SAN MIGUEL	ACUERDO 008 31/08/2023	Cra 4 Cll 7 Esquina	5,584	0	5,584

7. Información Facturación Convenio Aseo y Alcantarillado

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

*Aseo: Frecuencia Semanal 2 No Aprovechables: 3 Barrido: 3

8. Información Facturación Otros Convenios

Concepto	Empresa	Dirección PQR y/o Teléfono	Valor Tarifa	Saldo Anterior	Valor Total
					0
					0
					0

Total EEBP	+ Total Impuesto Alumbrado público	+ Total Aseo y/o Alcantarillado	+ Total Otros Convenios	= Debe pagar en Total
28,576	5,584	12,000	0	46,160

CUFE:

6d4763d49ef826ba347e41464f8cc4dc414b68285e48b378f093c28d4116d2
b0eed85a09f49a583d203283bf101d0c1d

(415)7709989005532(8020)1000203704216112(3900)0000046160(96)20250402

Pague facil por Internet en www.eebpsa.com.co/factura

www.eebpsa.com.co @eebpsaesp /eebpsa

Fac. Electronica: EEBP 167629

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

Proveedor Tecnologico: dispapeles S.A.S. NIT: 860028500-2 Software: fact-e

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 Martin Cuastumal Cardenas

Fecha de nacimiento 03 07 2022 **N° Documento de Identidad**

Sexo Masculino ⊗ Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año**

Primer Registro Cualitativo 04 - 07 - 2025

Nombre del observador Alexandra Criollo

Fecha de registro cualitativo

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

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

Observaciones generales
El niño Martin se encuentra en perfil esperado se desploza contranquilido dentro del salon. Participo activamente en juegos que implican salir del salon muestra coordinacion y equilibrio al realizar saltos o desplazarse al otro sitio indicado por la maestra

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 02 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 logra evidenciar que el un niño Algre impacto. que Participa en las actividades interactua con los compañeros y docente Pero tambien es importante fortalecer en el sus emociones y sus impulsos.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador Yurani Galindez

Fecha de resgistro cualitativo

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 fundamentales

PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Martin Castumal UNIDAD DE ATENCIÓN: Parvulo 4. 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)
30 oct 025 04 nov. 025	Se realizo el llamado de asistencia y se logra evidenciar que el niño no asistio a la unidad.	Se realizan llamadas telefonicas a los Familiares para saber el motivo de la inasistencia. Pero no es posible la comunicacion, y se envia mensaje de texto. Se logra evidenciar que ingreso a la unidad Pero con una incomodidad. a la hora de comer se evidencia que tiene un. Fuego en la boca y el niño manifiesta que le duele la muela.	Yurany Galindez	

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
04 Nov 02 05 Nov 05	Se informa al grupo psicosocial para llamar a familiares para que lo lleven al medico o le hagan la revisiones necesarias. Se le informa a la mamita que nos tenga al tanto del estado del niño Se logra evidenciar que el niño marta. ingreso a la unidad bien aparentemente.

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Martin. Cuastumal. UNIDAD DE ATENCIÓN: Parvulo 1. AGENTE EDUCATIVO: Yurany Caimalz

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 el niño 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 fueron para la finca y no alcanzo a salir. por la lluvia.	Yurany Caimalz.	
13. Nov. 025	Se realizo el llamado de asistencia y el niño si ingreso.	Se hace la respectiva observacion y se logra evidenciar que el niño ingreso bien aparentemente. por lo tanto se hace el cierre de la novedad.	Yurany	

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Martin Cuastumal UNIDAD DE ATENCIÓN: Parvulo · 1. AGENTE EDUCATIVO: Yuranj Calvache

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)
28 Oct 025 07 Nov. 025	Se logra evidenciar que en el Inicio de la Jornada. Martín. Se pone un poco impulsivo con su Compañerito. Su rostro rojo y empuña la mano cuando tiene mucha rabia.	Se le informa a la mamita para que dialogue con el debido a sus Comportamientos. aun.que ya. hacia unos días que no se comportaba así Mas sin embargo se le informa al grupo psicosocial. Se logra evidenciar · que la mamita. habló con. el niño · para obtener un. mejor Comportamiento.	Yuranj Calvache	Diana Cadena

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Martín Cuastumal UNIDAD DE ATENCIÓN: Parvulo 1. AGENTE EDUCATIVO: Yurani 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)
03-10-025	Se realiza la llamada telefonica a la mamá ya que se hizo el llamado de asistencia. y se logro evidenciar. que no asistio a la. unidad.	SE envía mensaje de texto. para saber el motivo de la inasistencia y llamadas. telefonicas. y la mamá nos informa que por motivo de lluvia no asistio.	Yurani Galindez	Diana Cardona

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
14/10/25	Se logra evidenciar que el niño Martin. ingreso a la unidad. aparentemente bién +Diana Cardenas

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Marta Cuastumal. UNIDAD DE ATENCIÓN: Parvuio 1. AGENTE EDUCATIVO: Yurany Galindez

MUNICIPIO: San. Miguel. FECHA DE INGRESO: 01 04 025.

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
23 oct. 025	Se realizo el llamado de asistencia y se logra evidenciar que el niño no ingreso a la unidad.	Se realiza llamada telefonica y se logra comunicar con la mamá y nos informa que por negligencia domestica no puede asistir el niño hoy a la unidad.	Yurany Galindez	
24/oct/2025	Se realizo el llamado de asistencia. y se logra evidencia que el niño asistio a la Unidad. Aparentemente bien.	Se realizo la respectiva observacion tanto Fisica Como emocional. para cerrar Novedad.		

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Martin Cuastumar **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parbulos 7 **AGENTE EDUCATIVO:** Ana Julia

MUNICIPIO: San Migue **FECHA DE INGRESO:** 1-04

Clasificación de la Información:
CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
23-01-2025	Al hacer la revicion de carpetas se encontro vencido en carnet de hrere oral	Se le informo a la madre de Familia que se incontro el carnet vencia a la fecha que le iba sacar cita para llevarlo	Ana Julia	Diana Cardenas

BIENESTAR FAMILIAR

SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO

25-07-2025 la señora diana cardenas informa de manera verbal que el niño le asignaron la cita de higiene oral para el dia 29-07-2025 a las 8:00 am.

29-07-2025- la señora diana cardenas entrego la copia de higiene oral al agente educativo, tomando en cuenta lo anteriormente se anexa la copia de la carnet del niño usuario.

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Martin Cuaiaro UNIDAD DE ATENCIÓN: parvulos 7 AGENTE EDUCATIVO: Anadelic

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 1-04-202-

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)
	Durante la llamada a lista se puede evidenciar la inasistencia del niño	Abente educativa Proceder A realizar la llamada la madre por mensaje de texto nos dice que el niño tiene control de Crecimiento por este razón no viene. el dia de hoy el niño o rgr. Con buena salud.	Ana Julia LP	Diana cadena

36
RV

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Martin **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulos 7 **AGENTE EDUCATIVO:** Anajulia

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 1-04-202.

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)
	La Docente al relizar la revicion de carpetas	Al hacer revision de carpetas se incontro que al niño No tiene la Fecha de proximo control de crecimiento la Madre Nos informo que el niño tiene control el Jra Lunes.	Ana Julia	Diana Cadenas

37
RV

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Martin Cuastumal **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parbulo 1 **AGENTE EDUCATIVO:** Ana Julia Lopez

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)
03-07-2025	La Madre por medio de un Mensaje de WasP dice que ha venido vomitando	La Gente educativa le pregonta cual es el motivo de llevarlo. La madre nos dice que no tiene guarnadorera en hora de la tarde. ya que tiene un Salio a una vereda de trabajo.	Ana Julia	Diana Cardenas

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Martin Cuastumal **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulos 1 **AGENTE EDUCATIVO:** _____

MUNICIPIO: _____ **FECHA DE INGRESO:** _____

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)
13-05-2025	Se realiza seguimiento al niño con diagnostico de Riesgo de desnutricion Aguda segun toma de cuentame de Abril	Salud y nutricion realiza acacamiento con la madre para dar a conocer el diagnostico del niño de riesgo de desnutricion Aguda.	La madre refiere que el niño ha Presentado Siempre un buen peso pero que posiblemente pudo Ver bajado ya que ultimamente ha Presentado bastante gripe.	Auxiliar en nutricion	
			Salud y nutricion indaga sobre los habitos alimentarios del niño donde la madre refiere que el niño siempre consume todo pero las ensaladas poco le gustan y ella ha intentado darle las.		

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	Salud y nutricion desarrolla con la madre la actividad del plato de la familia colombiana del ICBF para reforzar conocimientos en alimentacion saludable y trabajar los grupos de alimentos segun como se encuentran distribuidos y la cantidad adecuado a consumir. donde la madre participa y realiza preguntas del tema. Se entregan recomendaciones para niños con riesgo de desnutricion Aguda. Se establece que se mantendra seguimientos mensuales hasta que el niño tenga un peso adecuado para la talla.

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Martín Cuastumal Cardenal UNIDAD DE ATENCIÓN: Paruuio 4. AGENTE EDUCATIVO: Yurani 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)
29.09.025	Se realiza el llamado de asistencia. y Se evidencia la inasistencia del niño en la Unidad.	Por medio de una llamada telefonica la mamita manifiesta que el niño no asisto a la unidad por diligencual Personales. Se le informa a la mamita la importancia de la asistencia a la Unidad.	Yurani Galindez	Dora Cadenas
30.09.025	Se evidencia el ingreso del niño a la Unidad aparentemente bien.			

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Martin Cobastumal **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulos 1 **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)
	niño que es remitido por inasistencias ala unidad de atencion y diagnostico de rinofarinquitis aguda (resfriado comun)	salud y nutricion se comunica con la madre del niño para realizar seguimiento al estado de salud del niño y conocer el motivo de las inasistencias ala unidad de atencion. donde la madre refiere	la madre refiere que ella llevo al niño al hospital Fronterizo la dorada para que sea atendido y le enviaron Formula medica de 1 cuadro hematico, 6 nebulizaciones. y el medico la diagnostico con rinofaringuitis aguda (resfriado comun). La madre refiere que ha	nutricionista	
		que ella no ha llevado al niño ala unidad de atencion porque se encuentra enfermo con diagnostico de rinofaringitis aguda (resfriado comun) y esta semana ha llovido mucho y no la ha llevar al niño ya que quiere cuidarlo en casa y lo esta llevando a realizarle nebulizaciones al hospital local	llevado al niño a las nebulizaciones y los etamenes de cuadro hematico salieron bien. tambien la madre manifiesta que ella ha seguido las recomendaciones que el medico le envio y no le pidio incapacidad para presentar en el COL pero que por esta semana no llevara al niño al COL ya que todo la semana		

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	Tiene nebulizaciones (19/05/2025 hasta el 24/05/2025). Ademas la madre refiere que el clima esta muy lluvioso para llevarlo al CDI. y ella prefiere seguir cuidandolo en casa para que su recuperacion sea favorable. salud y nutricion recomienda si los sintomas persisten llevar al niño al puesto de salud mas cercano para que reciba atencion medica.
22-05-2025	salud y nutricion se comunica con la madre para realizar seguimiento al estado de salud del niño donde la madre manifiesta que el niño se encuentra mejor de su estado de salud que las nebulizaciones le han echo bien y los cuidados en casa le han echo de gran resultado. La madre refiere que si la recuperacion continua evolucionando bien el dia lunes 26/05/2025 llevara al niño a la unidad de atención.

nutricionista

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Martin. Cuastumal. **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulo 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)
21-05-2025	El dia de hoy el niño no asiste al CDI, motivo de tratamiento por nebulaciones.	Agente se comunica con la madre de Martin, y ella refiere que el niño ya esta mejo peso aun no lo lleva al CDI. ya que le queda difícil ir a realizarle el tratamiento estando en el CDI.	Agente. recomienda realizarle el tratamiento completo de las nebulaciones. para que el niño mejore pronto como la indica el medico. De igual manera el caso ya esta reportado por Salud.	Alexandra Criollo.	
22-05-2025	El dia de hoy el niño no asiste al CDI. Por tratamiento de medico de nebulaciones			Alexandra Criollo	

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Martin Cuastumal UNIDAD DE ATENCIÓN: Parvulo 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 día de hoy el niño no asiste al CDI.	La madre informa via Whatsapp. que no llevara al niño al CDI, ya que esta agripao y esta lloviendo	Agente refiere a la madre cuidar al niño. y si esta muy enfermo llevarlo al centro de salud. Queda pendiente llamada telefonica en la tarde.	Alexandra Criollo	
20-05-2025.	El niño nuevamente no asiste al CDI.	Agente edu. se comunica con la madre via whas y ella informa que el niño, continua con Fiebre la cual le baja y vuelve y le sube. e infa ma ya averlo llevado. al centro de salud el fin de semana, y que esta esperando cita por pedia-	Agente refiere. llevar nuevamente al niño al centro para que le realicen examenes. nuevamente. y queda pendiente la respuesta del pediatra el caso Se remite a salud.	Alexandra Criollo.	