Fecha de diligenciamiento: 01 | 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: 1122344072.

Fecha nacimiento: 15 | 08 | 2022

Nombres: Yineth Isabella

Apellidos: Ocampo Rodriguez

Presenta discapacidad? ( ) Si (X) 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 autoreconoce ( ) 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: Central

Vereda:

Sector: N/A

Dirección: Entrada del Bruton Yulile.

## INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

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

Tipo documento identidad: ( ) Tarjeta identidad ( ) Cédula de ciudadanía ( ) Cédula de extranjería ( ) Pasaporte ( ) Permiso especial permanencia ( ) Partida o Acta de nacimiento ( ) Visa ( ) Tarjeta movilidad fronteriza ( ) Permiso de protección temporal ( ) Sin documento Nacionalidad: _____

Número de documento: 1033790331

Nombres: Angie Geraldin

Apellidos: Rodriguez Rios

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 18 | 05 | 1996

Correo electrónico:

Número de celular: 3224848153.

Número de fijo:

## AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

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

Nombre y Firma del padre, madre y/o cuidador: Angie Rodriguez

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Alexandra Criollo.

Observaciones:

Fundación Alma de Vida

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



**NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:**
Yineth Isabella Ocampo Rodriguez.

**N° DOCUMENTO:** 1122344072 **TIPO DOCUMENTO: RC** X **CC** ___ **OTRO** ___
**FECHA DE NACIMIENTO:** 15-agosto-2022. **EDAD:** 2 años - 7 mes
**LUGAR DE NACIMIENTO:** Puerto Asis Pty.

**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:** B3 **EPS:** Mallamas. **RÉGIMEN (C)** ___ **(S)** X
**DESPLAZADO: SI** ___ **NO** ___ **DISCAPACIDAD: SI** ___ **NO** ___ **¿CUAL?** ___
**GRUPO ETNICO: SI** ___ **NO** ___ **¿CUAL?** ___
**GRUPO AFROCOLOMBIANO: SI** ___ **NO** ___ **¿CUAL?** ___
**NOMBRE DE LA MADRE:** Angie Rodriguez Rios.
**N° CÉDULA:** 1033790331 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Bogota.
**NOMBRE DEL PADRE:** Alexander Ocampo Rios.
**N° CÉDULA:** 1176448096 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Valle del Guamu.
**N° DE CELULAR:** 3106965742.
**NOMBRE DEL ACUDIENTE:** Angie Rodriguez Rios.
**N° CÉDULA:** 1033790331 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Bogota.
**DIRECCIÓN VIVIENDA:** B/ central. **ZONA POBLACIONAL: (R)** ___ **(U)** X
**NUMERO DE CELULAR** 3106965742.

Angie Rodriguez
**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** 1573745

**NUIP** 1.122.344.072

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Actógrafo Parroquiano ☒

*Datos del Inscrito*

Apellidos y Nombres completos
OCAMPO RODRIGUEZ YINETH ISABELLA

| Fecha de Nacimiento (Mes en letras) | | | Sexo (en letras) | Tipo Sanguíneo |
|---|---|---|---|---|
| Año 2022 | Mes AGO | Día 15 | FEMENINO | O |

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA PUTUMAYO PUERTO ASIS

| Fecha de Inscripción (Mes en letras) | | | Indicativo serial |
|---|---|---|---|
| Año 2022 | Mes AGO | Día 23 | 0063693313 |

*Datos de la Madre*

Apellidos y Nombres completos
RODRIGUEZ RIOS ANGIE GERALDINE

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CEDULA DE CIUDADANIA 1.033.790.331 | COLOMBIA |

*Datos del Padre*

Apellidos y Nombres completos
OCAMPO RIOS ALEXANDER

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CEDULA DE CIUDADANIA 1.126.448.096 | COLOMBIA |

*Datos del Solicitante*

Apellidos y Nombres completos
OCAMPO RIOS ALEXANDER

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.126.448.096

*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 2 |

| Fecha de Expedición del certificado (mes en letras) | | | Nombre y firma del funcionario |
|---|---|---|---|
| Año 2022 | Mes AGO | Día 23 | Carolina Sacanambuy<br>JENNY CAROLINA SACANAMBUY GOMEZ<br>Registrador del Estado Civil |

REGISTRADURIA

Adhesivo Copia Registro Civil
30519232-8

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.033.790.331**
**RODRIGUEZ RIOS**
APELLIDOS

**ANGIE GERALDINE**
NOMBRES

Angie Rodriguez
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **18-MAY-1996**
**BOGOTA D.C**
**(CUNDINAMARCA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.54** ESTATURA | **A+** G.S. RH | **F** SEXO

**06-AGO-2014 BOGOTA D.C.**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00637966-F-1033790331-20141111 **0040945165A 5** 41144815

**REPUBLICA DE COLOMBIA**
**IDENTIFICACION PERSONAL**
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.126.448.096**

**OCAMPO RIOS**
APELLIDOS

**ALEXANDER**
NOMBRES

ALEXANDER OCAMPO RIOS
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-OCT-1987**
**VICTORIA**
**(CALDAS)**
LUGAR DE NACIMIENTO

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

**29-JUN-2006 VALLE DEL GUAMUEZ**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-6402800-70153131-M-1126448096-20060925 0072206268O 02 173732381

Sisbén
Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

**Fecha de consulta:** 24/03/2025

**Ficha:** 86757030477900000033

# B3

**Pobreza moderada**

DATOS PERSONALES

**Nombres:** YINETH ISABELLA

**Apellidos:** OCAMPO RODRIGUEZ

**Tipo de documento:** Registro civil

**Número de documento:** 1122344072

**Municipio:** San Miguel

**Departamento:** Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

**Encuesta vigente:** 26/09/2019

**Última actualización ciudadano:** 02/09/2022

**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

7

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 | 1122344072 |
| NOMBRES | YINETH ISABELLA |
| APELLIDOS | OCAMPO RODRIGUEZ |
| FECHA DE NACIMIENTO | **/**/** |
| DEPARTAMENTO | PUTUMAYO |
| MUNICIPIO | SAN MIGUEL |

**Datos de afiliación :**

| ESTADO | ENTIDAD | REGIMEN | FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA | FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
|---|---|---|---|---|---|
| ACTIVO | ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD MALLAMAS EPSI | SUBSIDIADO | 02/09/2022 | 31/12/2999 | BENEFICIARIO |

| Fecha de Impresión: | 06/29/2025 19:00:23 | 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

| GRAN TERRITORIO DE LOS PASTOS E.P.S. INDÍGENA MALLAMAS | CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN | | CÓDIGO: AS-FR-008 |
|---|---|---|---|
| | | | VERSIÓN: 02 |
| | | | Vigencia: 22/12/2021 |

**COORDINACION DE AFILIACIÓN Y REGISTRO**

**CERTIFICA :**

| | |
|---|---|
| Que el (la) señor(a): | **OCAMPO RODRIGUEZ YINETH ISABELLA** |
| Identificación: | **RC: 1122344072** |
| Municipio: | **SAN MIGUEL** |
| Nivel Sisben: | **1** |
| IPS Asignada: | **ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA - PRINCIPAL** |
| Estado: | **Activo** |
| Fecha de Afiliación: | **2022-09-02** |
| Regimen: | **Subsidiado** |
| Condición Discapacidad: | **N** |
| Tipo Discapacidad: | **NA** |
| Tipo Afiliación: | **SAT Res. 768 de 2018** |
| Nivel : | |

**Observación :**

**Dada el miércoles, 26 de marzo de 2025**

**Cordialmente**

**SANDRA LILIANA PANTOJA PASCAL**

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

# CARNET DE CONTROL

## NIÑO Y NIÑA

## ...Sanos



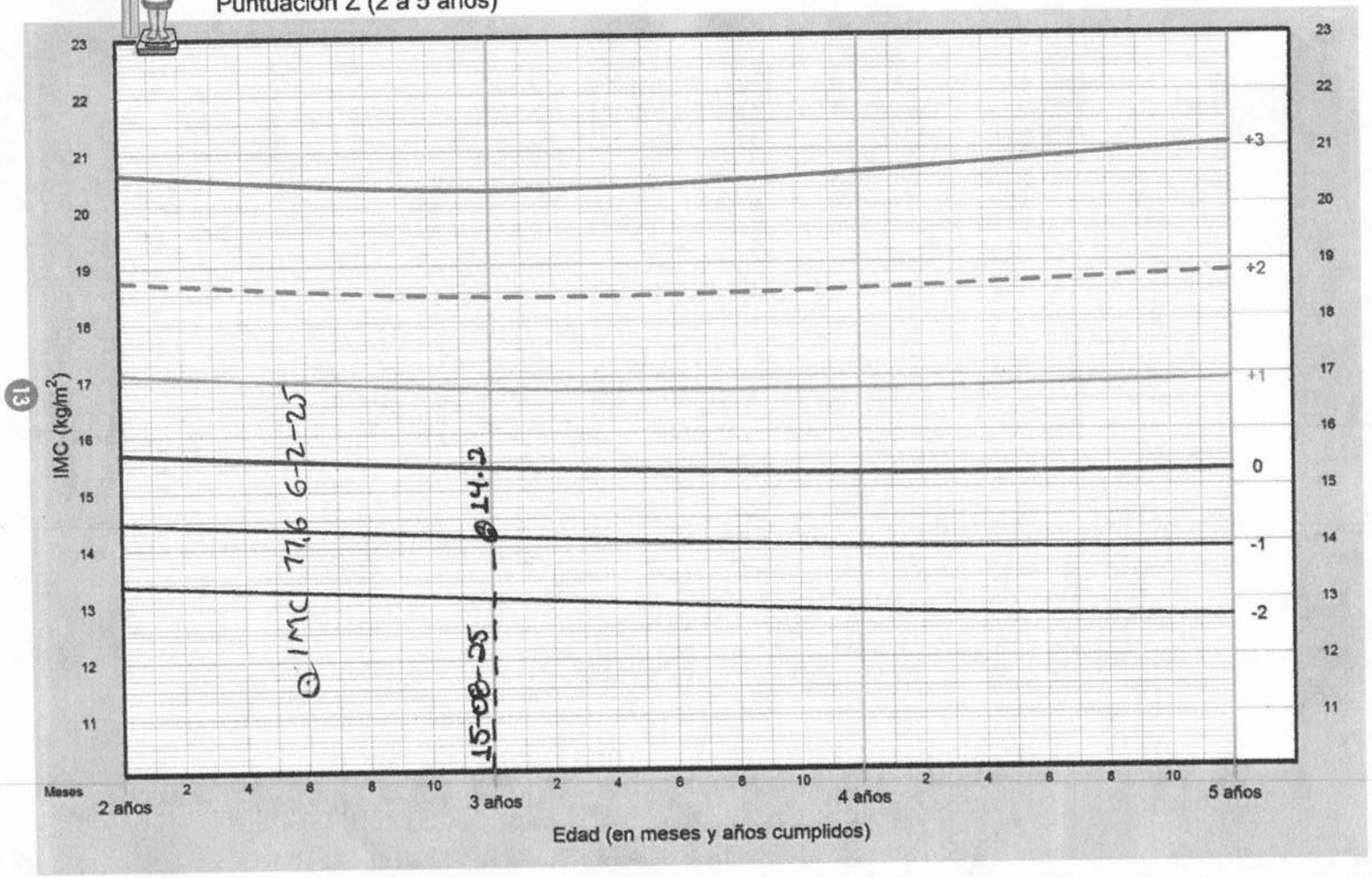
E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

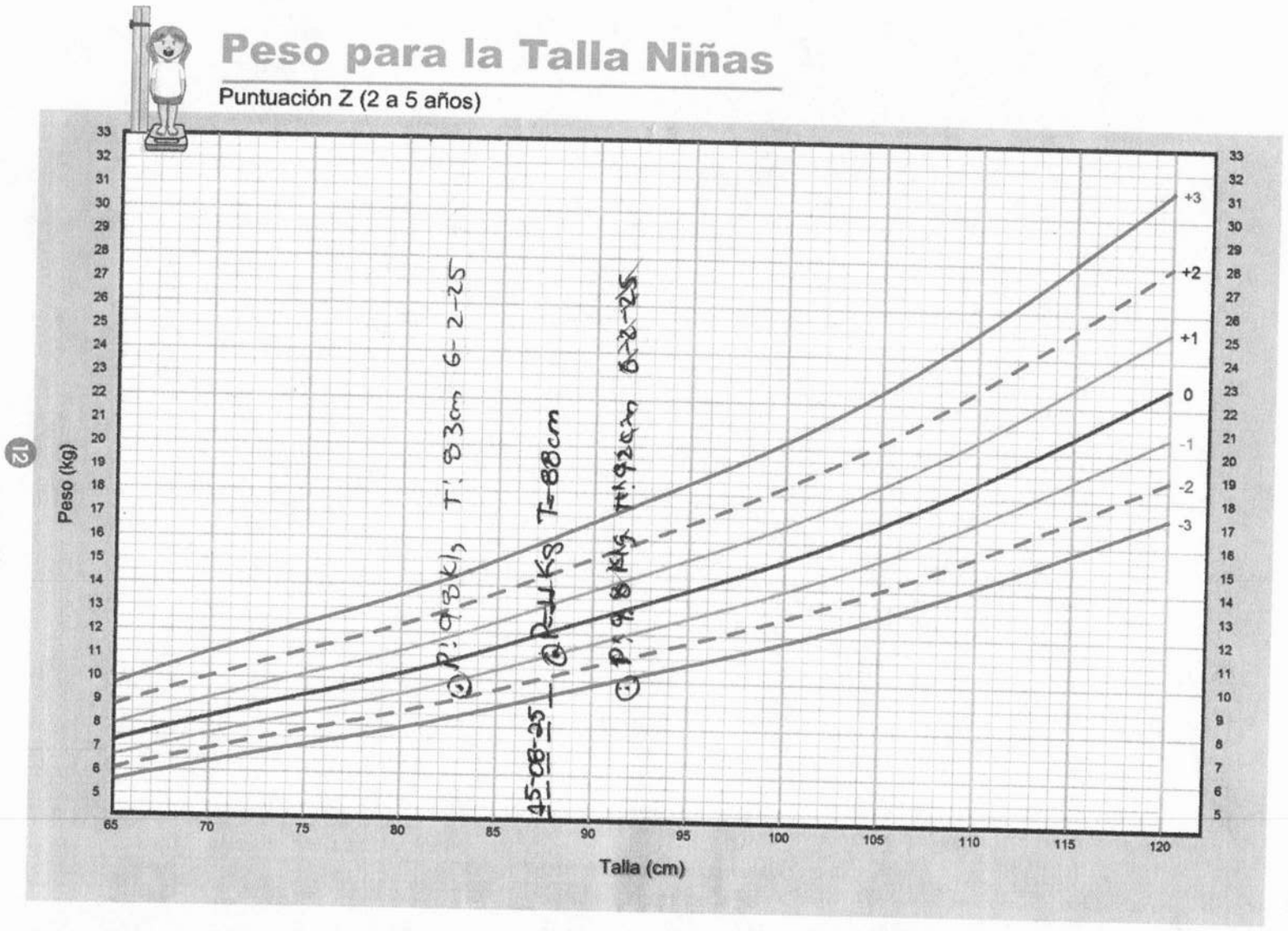
## MIS DATOS

| | |
|---|---|
| Nombres: YINETH ISABELLA | Apellidos: OCAMPO RODRIGUEZ |
| Fecha de nacimiento: 01 DÍA / 08 MES / 2022 AÑO | Historia Clínica: 1122341072 |
| Barrio/Vereda: B/ CENTRAL | Responsable del niño: |
| Teléfono: | EPS: 115 |

# IMC para la Edad Niñas

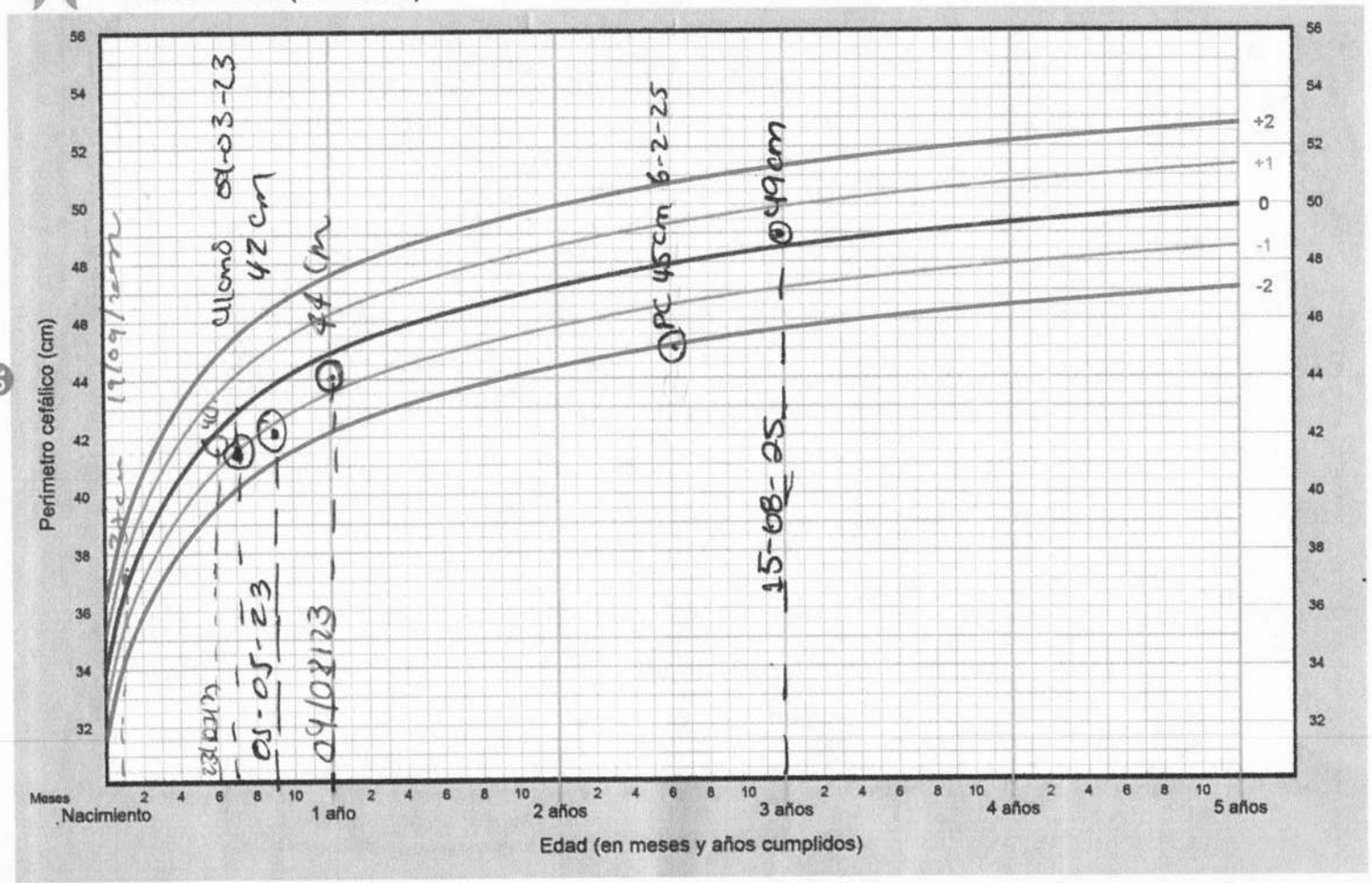
Puntuación Z (2 a 5 años)




Peso para la Talla Niñas
Puntuación Z (2 a 5 años)
Peso (kg)
Talla (cm)
+3
+2
+1
0
-1
-2
-3
① P: 9.8kl, T: 83cm 6-2-25
45-08-25
② P: 11.4KS T=88cm
③ P: 9.8 KG T:92cm 6-2-25

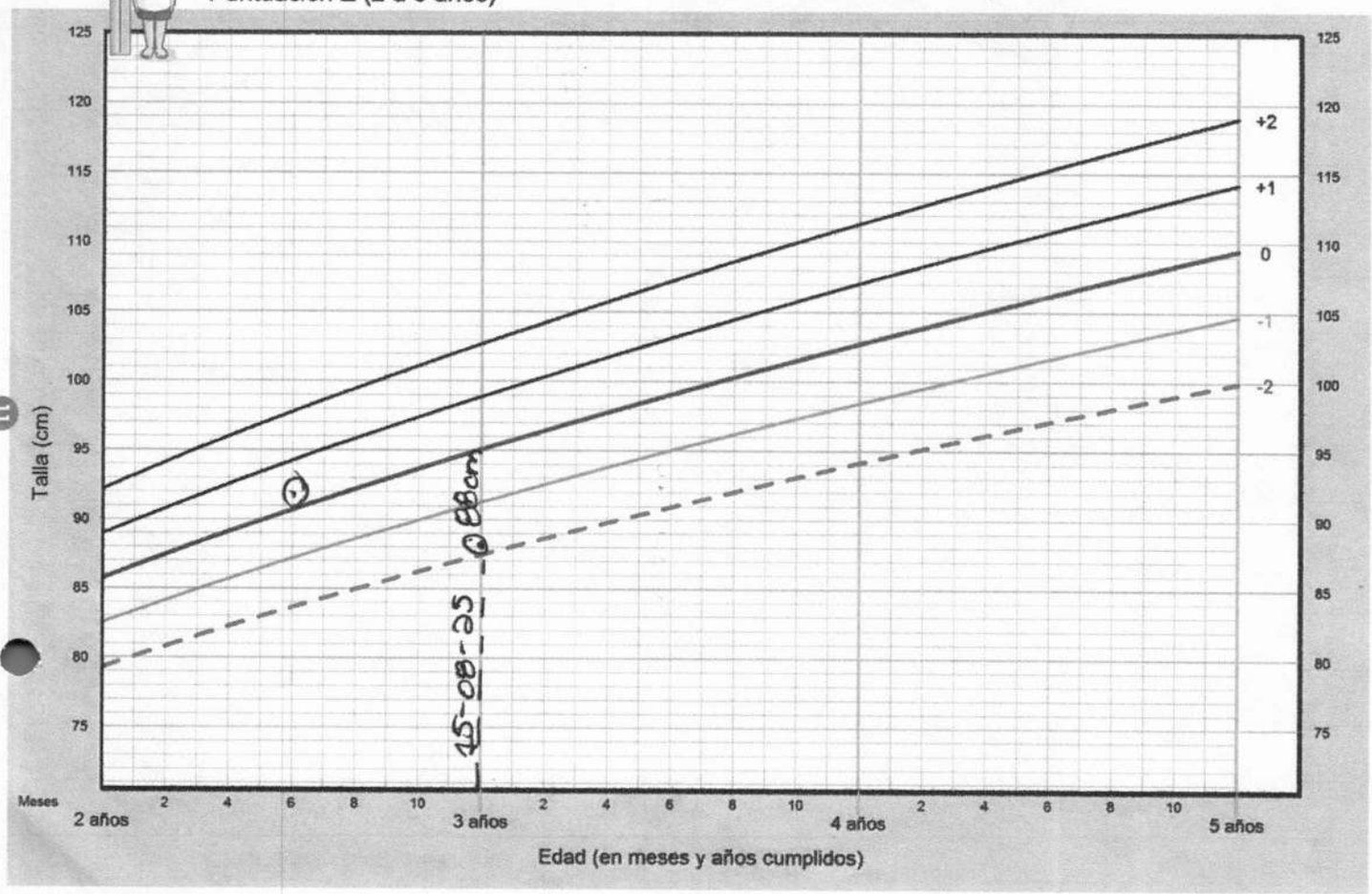
# Perímetro Cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)



# Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



| Fecha de atención | Peso | Talla | Perímetro cefálico | Perímetro braquial | IMC | Fecha del próximo control | Firma del profesional |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 19/09/2022 | 4,1 | 54 | 37. | 12 | 14,1 | 19/09/2022 | |
| 10-XI-22 | 4720 | 57 | 38 | 12 | 14,5 | 16-I-23 | Victor Arana |
| 23/01/23 | 5600 | 58 | 39 | 13 | 16.6 | 01/02/2023 | Mar Ca. G |
| 09/03/2023 | 6,000 | 64 | 41 | 12,5 | — | 02/05/2023 | |
| 05-05-23 | 6.1kg | 66 | 42 | 13 | 14.0 | 01-08-23 | |
| 09-08-23 | 6.5 | 69 | 43 | 14 | 13.7 | 15-02-24 | |
| 06-02-2025 | 98 | 92 | 45 | 14,5 | 11,6 | 01-08-2025 | Milena C. |
| 15-08-25 | 11 | 88 | 49 | 15 | 14.2 | 15-08-26 | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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

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

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

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

### FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1.ª entrega | | | |
| 2.ª entrega | | | |
| 3.ª entrega | | | |

### SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

### ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

### VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

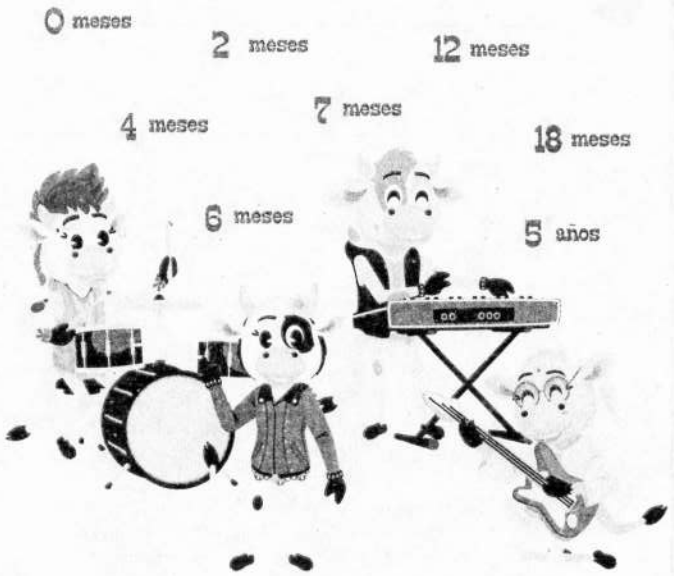
| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 3 años | | | | | |
| 4 años | | | | | |
| 5 años | | | | | |

*Menor o igual a 20 normal

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

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

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




**Ministerio de Salud y Protección Social**

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

La salud es de todos | Minsalud

# Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Yineth Isabella Ocampo.

Fecha de nacimiento: 15-08-22

Nº de certificado de nacido vivo:

Registro civil: 1122344072

Sexo: Femenino

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: 3275 Talla: 47

Dirección:

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Responsable: Angie Geraldine Rodriguez

Municipio de residencia: San Miguel

Departamento: Putumayo.

CC 1033790334.

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

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

| SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ıonatal | Normal | | Alterado | | | | |
| ro OEA/PEAA | Normal | | Alterado | | | | |
| opatía ıita Compleja | Normal | | Alterado | | | | |
| | Normal | | Alterado | | | | |
| ENCIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA | | | | | | | |

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

| Fecha | | | Valoración nutricional | | Puntuación Z | Atención en salud por |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Día | Mes | Año | Peso | Talla | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

**ACIÓN CON UTRIENTES**

**SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES**

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

**I SALUD BUCAL**

**VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 3 años | | | | | | |
| 4 años | | | | | | |
| 5 años | | | | | | |

*Menor o igual a 20 normal

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

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

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




**Ministerio de Salud y Protección Social**

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

La salud es de todos | Minsalud

# Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Yineth Isabella Ocampo.
Fecha de nacimiento: 15-08-22
Nº de certificado de nacido vivo:
Registro civil: 1122344072
Sexo: Femenino
Grupo sanguíneo:
Peso al nacer: 3275 Talla: 47.
Dirección:
Teléfono 1:
Teléfono 2:
Responsable: Angie Geraldine Rodriguez
Municipio de residencia: San Miguel
Departamento: Putumayo.
CC 1033790334.

**Busca ya las vacunas ¡es gratis, hazlo 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 | | | | | | Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐ | | | | | | |
| | Tuberculosis meningea (BCG) | Única | 15 | 08 | 22 | Serum | 03701MA1713 | H.A.C.P | 15 | 08 | 22 | Carolina O |
| | Hepatitis B | Recién nacido | 15 | 08 | 22 | Serum | 03219Q0138 | H.A.C.P | | | | |
| 2 meses | | | | | | Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐ | | | | | | |
| | Poliomielitis (VIP) | 1.° | 19 | 10 | 22 | Biolo | 2140003 | | | | | |
| | PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib) | 1.° | 19 | 10 | 22 | | 285 1 Y0 22 A | | | | | |
| | PENTAVALENTE Hepatitis B | 1.° | 19 | 10 | 22 | | | | | | | |
| | PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT) | 1.° | 19 | 10 | 22 | Serum | 1111111111 | HFLD | cita 19 Diciembre 2022 | | | Sady martinez |
| | Diarrea por rotavirus | 1.° | 19 | 10 | 22 | GSK | ARQIC 85 8A | | | | | |
| | Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo | 1.° | 19 | 10 | 22 | GSK | ASPWB32AA | | | | | |
| 4 meses | | | | | | Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐ | | | | | | |
| | Poliomielitis (VIP) | 2.° | 29 | 12 | 22 | Biolos | 2140003 | | | | | |
| | PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib) | 2.° | 29 | 12 | 22 | | 285 2 Y0 L 22 A | | | | | |
| | PENTAVALENTE Hepatitis B | 2.° | 29 | 12 | 22 | | | | | | | |
| | PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT) | 2.° | 29 | 12 | 22 | Serum | 1111111111 | HFLD | cita 29 febrero 2023 | | | Daniela Caamaño Técnico en Enfermería CC No. 1807723227 |
| | Diarrea por rotavirus | 2.° | 29 | 12 | 22 | GSK | ARQIC 858A | | | | | |
| | Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo | 2.° | 29 | 12 | 22 | GSK | FX4894A | | | | | |
| 6 meses | | | | | | Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐ | | | | | | |
| | Poliomielitis (VIP) | 3.° | 09 | 03 | 22 | Biolo | 2206012A | | | | | |
| | PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib) | 3.° | 09 | 03 | 22 | | 285 1X0 21D | | | | | |
| | PENTAVALENTE Hepatitis B | 3.° | 09 | 03 | 22 | | | | | | | |
| | PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT) | 3.° | 09 | 03 | 22 | Serum | 1111111111 | HFLD | cita 15 agosto 2023 | | | Sady martinez Edwar Karen A Paula |
| | Influenza estacional | 1.° | 30 | 5 | 23 | Greer | V2502300 1 | HFLD | | | | |
| 7 meses | Influenza estacional | 2.° | 06 | 06 | 23 | GC | VS05230 01 | HFLD | | | | |
| 12 meses | Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP) | 1.° | 18 | 08 | 23 | Serum. | 0T32NB48B | HFLD | | | | Paula |
| | Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo | Refuerzo | 18 | 08 | 23 | Pfizer | FR4895 | HFLD | | | | Paula |
| | Varicela | 2.° | 18 | 08 | 23 | | FR4895 | HFLD | | | | Paula |
| | Hepatitis A | Única | 18 | 08 | 23 | MSD | W02773 6 | HFLD | | | | |
| | Influenza estacional | Anual | 3 | 5 | 24 | Sanofi | 240097900 02 25 | SECO | | | | Lendy Zamudio |
| 18 meses | Poliomielitis (VIP ☑ VOPb ☐) | 1.° refuerzo | 30 | 4 | 24 | Sanofi | 223701 02 05 24 | SECO | | | | |
| | Difteria, tosferina y tétano (DPT) | 1.° refuerzo | 30 | 4 | 24 | Serum | 285 24 01 M 31 10 25 | SECO | | | | |
| | Fiebre amarilla | Única | 18 | 08 | 23 | | L2 28 V FC 0 397. | HFLD | | | | Paula. |
| 5 años | Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐) | 2.° refuerzo | | | | | | | | | | |
| | Difteria, tosferina y tétano (DPT) | 2.° refuerzo | | | | | | | | | | |
| | Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP) | 2.° | 3 | 5 | 24 | Serum | 015 3N002B 31 10 25 | SECO | | | | Lendy Zamudio |
| | Varicela | Refuerzo | | | | | | | 15 08 2027 | | | |
| Niñas a partir de los 9 años | Virus del papiloma humano (VPH) | 1.° | | | | | | | | | | |
| | | 2.° | | | | | | | | | | |
| | | 3.° | | | | | | | | | | |
| Vacunas complementarias y otras dosis | covid covid | (1) (2) | 3 | 5 | 24 | Moderna | 026J234 20 10 24 | SECO | 15 6 24 | | | Lendy Zamudio |

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.

cita 5 años cumplidos

| | | PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS | FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) ó AÑOS (A) | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 5 DIAS | 1 M | 2-3 M | 4-5 M | 6-11 M | 12-17 M | 18-23 M | 24-29 M | 30-35 M | 3 A | 4 A | 5 A |
| VALORACIÓN INTEGRAL | ATENCION | Control del recién nacido por médico | | | | | | | | | | | | |
| | | Atención en salud por medicina general | | | | | | | | | 10-02 2025 | | | |
| | | Atención en salud por enfermería | | | | | | | | | | | | |
| | | Atención en salud bucal por odontología | | | | | | | | | | | | |
| | | Promoción y apoyo de la lactancia manterna | | | | | | | | | | | | |
| PROTECCIÓN ESPECIFICA | ODONTOLOGIA | Aplicación de barniz de fluor | | | | | | 05-10-2023 05-Abril-2024 | | | 06-02-25 | | | |
| | | Profilaxis y remoción de placa bacteriana | | | | | | | | | Prox Cita 26-02-2026 | | | |
| | | Aplicación de sellantes (según criterio) | | | | | | | | | 26-02-2026 | | | |
| | V | Vacunación | | | | | | | | | | | | |

Lizeth Jiménez Trujillo
Enfermera Profesional
Reg 22083
Universidad de Caldas

Liliana Maribel Córdoba
ODONTOLOGA ORAL
Res 00493 de 2011

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: Jineth Isabella Ocampo

Doc. de identidad: RC 1122344072 EPS: Nallamas

Teléfono: 3106965742 Domicilio: B/ Central

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>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 Yineth Isabella Ocampo Rodriguez., identificado (a) con documento de identidad número 1122344072, 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, Angie Rodriguez Rios, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1033790331, 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: Angie Rodriguez
Nombre: Angi Yeraldyn. Rodriguez.
Calidad - Titular: ____ Representante legal: Madre
Teléfono de contacto: 3224848153.
Fecha: 07-04-2025.
Municipio: San Miguel.

# 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

Angie Rodriguez
**Firma del Padre de Familia y/o acudiente**

Alexandra Criollo
**Agente educativa**

**Huella del niño/niña**

Isabella Ocampo

**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 10698-7 | Pago oportuno hasta: | INMEDIATA | Mes Facturado |
|---|---|---|---|---|
| Factura Nro | 2037042372 | Suspensión a partir de: | INMEDIATA | MARZO 2025 |

## 1.Información Genera

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre: | BARTOLOME CUARAN | Último pago | $ 61,280 |
| Dirección: | CENTRAL | Tuve servicio de energía entre: | 17-FEB-2025 - 17-MAR-2025 (28) |

| Ciclo | Ruta | Orden | Estrato | Tipo de Uso | Área | Nivel de Tensión | Carga Instalada | Tipo de Red | Propiedad de Activos | Código Tarifa | División Geopolítica |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SM1 | S102 | 179 | 2 | RESIDENCIAL | URBANA | 1 | .4 | AEREA | EMPRESA | 105 | SAN MIGUEL - CENTRAL |

| Tipo de Documento | Fecha y hora de Emisión | Fecha y hora de Generación | Medio de Pago | Forma de Pago | Factura Electrónica de Venta |
|---|---|---|---|---|---|
| FACTURA DE VENTA | 22/03/25 | 22-MAR-25 | PAGO EN EFECTIVO | CONTADO | EEBP - 167935 0 |

## 2.Información Consumo Energía

Componentes de Costo (CU)*: Generación 527.6 + Transmisión 49.85 + Distribución 253.23 + Comercialización 121.95 + Pérdidas 70.79 + Restricción 14.68 = CU 1038.1 ($/KwH)

### 2A.Información Medidor

| Marca | Serial | Factor Múltiplo |
|---|---|---|
| ISK | 19061894 | 1 |

### 2B.Información de Lecturas

| Energía | Lectura Actual | Lectura Anterior |
|---|---|---|
| Activa: | 12509 | 12387 |
| Reactiva: | | |

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

### 2C.Liquidación Consumo del Periodo

| | | |
|---|---|---|
| Consumo Activa Kwh: | 122 | |
| Consumo Reactiva KVarh: | 0 | |
| Costo del consumo $ | 126648.2 | |
| Tarifa (hasta 173 Kwh): | 519.05 | |
| Subsidio: % 50 | $ | -63324.1 |
| Contribución: % 0 | $ | 0 |
| Sub Total $ | 63324.1 | |

Meses en deuda: 2 % Tasa Interés Moratorio: 0.5

### 2D.Consumo Últimos 6 Meses

| | Mes | Activa | Reactiva |
|---|---|---|---|
| 2024 | SEPTIEMBRE | 94 | 0 |
| 2024 | OCTUBRE | 96 | 0 |
| 2024 | NOVIEMBRE | 113 | 0 |
| 2024 | DICIEMBRE | 141 | 0 |
| 2025 | ENERO | 108 | 0 |
| 2025 | FEBRERO | 131 | 0 |
| | PROMEDIO | 114 | 0 |

### 2E.Información Calidad del Servicio

Tel. O.R EEBP: 01 8000 942415
Transformador: SLD100 Grupo: 22
DIUG: 30.24 FIUG: 19 Circuito: C14
Cargo D: 249.0104 Dscto %t: 20
CEC: 132.41
DIU: 71.26 FIU: 92
HC: 1.56 VC: 4
Valor a Compensar:

## 3. ormación de Créditos EEBP

| T... | Capital Crédito | No. Cuotas | Saldo Capital | Cuotas Pagadas | Cuotas por Facturar |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

Gerente Gener...

AVISO DE SUSPENSION

## 4.Detalle Conceptos del Servicio de Energía

| Conceptos EEBP | Valor Liquidado | Saldo Anterior | Saldo a Favor o Anticipado | Total |
|---|---|---|---|---|
| ACTIVA SEMILLA MONOMIA | 126,648.20 | 54,820.10 | .00 | 181,468.30 |
| SUBSIDIO | -63,324.10 | .00 | .00 | -63,324.10 |
| AJUSTE A SUBSIDIO | 2,303.90 | 2,303.90 | .00 | 4,607.80 |
| RECARGO POR MORA | 285.62 | .00 | .00 | 285.62 |
| AJUSTE A LA DECENA | .38 | .00 | .00 | .38 |

## 5.Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP 123,038

## 6.Información Facturación Convenio Impuesto Alumbrado Públi

| Sujeto Activo | Operador A.P. | Convenio No. | Dirección PQR | Valor Periodo | Saldo Ant. | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| MUNICIPIO DE SAN MIGUEL | MUNICIPIO SAN MIGUEL | ACUERDO 008 31/08/2023 | Cra 4 Cll 7 Esquina | 7,266 | 7266 | 14,532 |

## 7.Información Facturación Convenio Aseo y Alcantarillad

| Concepto | Empresa | Dirección PQR | USO | Valor Tarifa | Subsidio o Factor Solidario | Cargo Consumo o Variable | Valor Tasa Ambiental | Saldo Anterior | Ajustes/Otros | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Alcantarillado | | | | 0 | 0 | | | 0 | | 0 |
| Aseo* | | | | 12,000 | 0 | | | 12,000 | | 24,000 |

*As... cuencia Semanal > No Aprovechables: 3 Barrido: 3

## 8.I... rmación Facturación Otros Convenios

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

| Total EEBP | + Total Impuesto Alumbrado público | + Total Aseo y/o Alcantarillado | + Total Otros Convenios | = Debo pagar en Total |
|---|---|---|---|---|
| 123,038 | 14,532 | 24,000 | 0 | $ 161,570 |

IFE: c498f853638ab130c040256d5603abcaed4a7541aa76b189449a1d3ce4e5f70b785f38e92ee439fac4e5e35722b799bb

(415)7709998005532(8020)1000203704237266(3900)0000161570(96)20250402

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

## 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** Yineth Isabella ocampo Rodriguez

**Fecha de nacimiento** 15 08 2022 **N° Documento de Identidad** TI 22 344072

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

**Primer Registro Cualitativo**

**Nombre del observador** Alexandra Criollo

**Fecha de registro cualitativo** 02 07 2025

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

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

**Observaciones generales**

la niña Isabella se encuentra en el Perfil esperado la niña participa activamente con las actividades diarias explora el espacio con seguridad se desplaza con agilidad y muestra interes por los juegos

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** 01 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 la niña Isabel se encuentra en. Perfil esperado, la niña es muy activa participa en las actividades, como tambien hay que fortalecer habilidades positivas. que en ella se logro evidenciar como la comunicacion,

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 fundamentales

57

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Isabela Campo. UNIDAD DE ATENCIÓN: Parvulo 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) |
|---|---|---|---|---|
| 7 dic. 025<br>02 dic. 025. | Se realiza el llamado de asistencia y se logra evidenciar que el niña no ingreso a la unidad. | Se informa a los padres de familia para saber el motivo de la inasistencia y los papas manifiestan. que tuvieron una negligencia idomestica por eso no asistio.<br><br>Se logra evidenciar que la niña ingreso bien. aparentemente a la unidad. Por lo tanto se sera novedad. | Yurany Galindez | - Angie Geraldin Rodriguez |

BIENESTAR FAMILIAR

**REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES**

**NOMBRE DEL USUARIO:** Isabela Ocampo. **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulo 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) |
|---|---|---|---|---|
| 25 Nov. 025 - 26 Nov 025 | Se realizo el llamado de asistencia y se pgra evidenciar que ela niña no asistio a la Unidad. | Se le informa a los familiares para saber el motivo de la inasistencia y la mamita y el papá manifiestan que encuentra con. malestar en. pco indispuesta. con. daño de estómago. Se le informa que nos tenga al tanto del estado de Salud de la niña. Se pgra evidenciar que la niña ingreso bien aparentemente a la Unidad. | Yurany Galindez | Alexander Ocampo |

Fundación Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

**REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES**

**NOMBRE DEL USUARIO:** Yineth Campo. **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) |
|---|---|---|---|---|
| 14 Oct 2025<br><br>15 Oct 2025. | Se logra evidenciar durante el llamado de asistencia que la niña no ingreso ala unidad. | Se envia mensaje de texto a los familiares para Saber el motivo de la inasistencia y la mamita manifiesta que. la niña no asistio porque tiene Fiebre y malestar general.<br><br>Se logra evidenciar que la niña. asistio a la Unidad. aparentemente bien. | Yurany Galindez | - Angie Rodriguez<br><br>- Angie Rodriguez |

BIENESTAR FAMILIAR

**REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES**

**NOMBRE DEL USUARIO:** Isabel Campo **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulo 1 **AGENTE EDUCATIVO:** Yurany G.

**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) |
|---|---|---|---|---|
| 09-sep-2025 | Se hace el llamado de asistencia y se evidencia que la niña ingreso a la unidad, sin embargo después la mamita después de registrada la asistencia. llega a recoger a la niña. porque nos informa que tiene una diligencia familiar por lo tanto solicita permiso para llevar la niña. | Se le comunica a la coordinadora para que tenga conocimiento de la salida de la niña<br>Se le comunica a la madre que se este informando cualquier novedad que se presente en el estado de salud. de la niña. | Yurani Galindez | Angie Rodriguez |

| | SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO |
|---|---|
| 19-09-25 | Durante el llamado de asistencia se encuentra que la niña no asistio al CDI, se entabla llamada telefonica para conocer el motivo de la inasistencia y el estado de salud. La familia comunica que la niña se encuentra bien en su salud, la inasistencia es por motivo de viaje, sin embargo para el dia lunes ya retorna con normalidad a los servicios del CDI. |
| 22 sep 2025 | Se evidencia la inasistencia de la niña Isabel Campo por lo tanto se realizan varias llamadas telefonicas pero no es posible la comunicacion. |
| 23.09.025 | Se evidencia el ingreso de la niña Isabel Campo a la unidad. (Angie Geraldin Rodriguez) aparentemente bien tanto fisico como emocional. para Constancia Firma. la mamá |

9 - agosto - 2025

Buenos dias

Para solicitar un permiso para la niña Yineth Isabella Ocampo ya que a mi papa lo operan y las tengo que llevar con migo la niña no asistira por una semana es un viaje para Bogota desde hoy 9 de agosto hasta 16 agosto. gracias por su atencion.

me comprometo a resivir las llamadas de seguimiento y informar cualquier novedad de la niña

atentamente : Angie Geraldin Rodriguez

C.C. 1033790331

T.1 3224848153

| Los Nogales | FORMATO REQUISITOS CIRUGÍA PROGRAMADA | Código: QX-FO-059 |
|---|---|---|
| | | Versión: 01 |
| | | Fecha de aprobación: 16-10-2024 |
| | | Página: 1 de 1 |

**RECUERDE ESTOS REQUISITOS SON MUY IMPORATANTES PARA EL DIA QUE LE REALICEN SU CIRUGIA:**

- Ayuno **total** de 8 horas.
- Llegar a la hora que se le indica en la llamada (**recuerde siempre se cita 2 horas antes del procedimiento**)
- Traer acompañante mayor de edad rango de edad (18 a 60)
- Documento de identidad físico según caso
- Historia clínica de especialista y anestesia (**paquete con el que radico su cirugía**)
- Consentimientos informados de especialista y anestesia **firmados.**
- Resultados de los exámenes solicitados por el Especialista como **radiografías, tac, resonancia, biopsias, ecografías, fotografías.**
- Ropa cómoda **sin crema, sin esmalte, sin perfume, uñas cortas, sin joyas o pircing, sin maquillaje.**
- Medias Antiembólicas **SI** requiere son las **medias individuales hasta la parte inguinal**
- Realizar baño el día de su cirugía antes de venir con **JABÓN CLORHEXIDINA** cara y cuerpo sin tener contacto en ojos y retirar con abundante agua.
- Tomar medicamentos según indicaciones de la consulta de anestesia
- **Seguir indicaciones tal cual se las den en la llamada.**

LISTA DE CHEQUEO

**Se entrega paquete al paciente que debe traer el dia de la preadmisión; la cual es una cita obligatoria para sostener su cirugia el dia que sea programada:**

HISTORIA CLINICA ESPECIALISTA
HISTORIA CLINICA ANESTESIA
CONSENTIMIENTO INFORMADO ESPECIALISTA FIRMADO POR PACIENTE En folio
CONSENTIMIENTO INFORMADO ANESTESIA POR PACIENTE
ORDEN MEDICA
AUTORIZACION DE SERVICIO QUIRUGICO
DOCUMENTO DE IDENTIDAD EN FISICO y fotocopia
COPAGO

**IMPORTANTE SI PRESENTA SINTOMAS (GRIPALES, GASTROINTESTINALES Y/O MALESTAR GENERAL) NO PUEDE TOMAR FECHA DE CIRUGIA**

Cx: 9 September

Hora: Pendiente al llamado

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Isabelo ocampo UNIDAD DE ATENCIÓN: Parvulos 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) |
|---|---|---|---|---|
| 15-8-2025 | Durante la llamado a listo Se puede evidencia. la inasistencia de la niña Isabel | Agent, educativa realizo llamado ala madre d. Familia, la cua nos informa que la niño Isabel hoy amanecio con gripa y como el dia esta lluvioso no la trajo y que la va cidar en casa. | Ana Julia | Angie Rodriguez |

| | SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO |
|---|---|
| | 14-08-2025 la niña ingresa a la unidad de servicio, y de acuerdo con la observación realizada e información suministrada por la madre de familia, se evidencia que aparentemente goza de buena salud. |

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: yineth isabella ocampo UNIDAD DE ATENCIÓN: párvulo AGENTE EDUCATIVO: ana julia

MUNICIPIO: san miguel FECHA DE INGRESO: 01-04-2023

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 usuaria tiene cita programada una cita de (crecimiento y desarrollo) Higiene oral para el dia 01 agosto 2025. | teniendo en cuenta lo anterior, se informa de manera verbal y también mediante mensaje de texto, con el fin de garantizar su asistencia y cumplimiento en la cita programada | Ana Julia Lopez | Alexander |

| | SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO |
|---|---|
| | 04-08-2023 La madre de familia informo que fue al hospital a solicitar la cita de higiene oral para la niña para el dia 01-08-2023 y no se. la asignaron porque en el sistema del hospital aparece que es el 06-08-2023 le informaron a la madre que a la hora de (llevar) de diligenciar la fecha en el carnet se equivocaron ya que segun ellos la fecha correcta es el 06- agosto. teniendo en cuenta lo anterior le asignaron la cita para la fecha correspondiente a las 2:30pm.<br><br>El dia 08. AGOSTO madre de familia hace entrega de la copia del carnet de higiene oral el equipo educativo la archiva en la carpeta del usuario. |

BIENESTAR FAMILIAR

**REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES**

**NOMBRE DEL USUARIO:** Isaballo Campo **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Par Vulos 7 **AGENTE EDUCATIVO:** Ana Julia

**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) |
|---|---|---|---|---|
| 06-08-2025 | Durante las realizacion de las actividades la madre vino al CDI. | La madre nos dice que la niño tiene cita progrma de higiene oral por este motivo la retira de C.D.I ala 2:30pm la madre entrego documento Pendiente por eso se cierra Novedad. | Ana Julia | Angie Rodriguez |

BIENESTAR FAMILIAR

**REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES**

**NOMBRE DEL USUARIO:** Isabella Ocampo **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulos 1 **AGENTE EDUCATIVO:** Ana Jolial

**MUNICIPIO:** _____ **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) |
|---|---|---|---|---|
| 10-8-2025 | Durante la realizacion de las actividades la madre Nos llamo para pedir Permiso. | La madre de Familia de la Niña Isabella. Siendo la 7:10 viene por Yo la madre nos comunica Por via wasps que la niña tenia control odontologico por eso la niña fue retirado de las instaciones del CDI siendo las 5.8 pm. Se llamada ala madre por estado de salud la cual nos contesta que muy bien el lones la trae al CDI por esta razon se cierra la novedad | Ana Jolial | Angie Rodriguez |

BIENESTAR FAMILIAR

**REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES**

**NOMBRE DEL USUARIO:** Isabella Ocampo **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Polivudo 1 **AGENTE EDUCATIVO:** Ana Julia Lopez

**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) |
|---|---|---|---|---|
| 21-07-2025 | Durante el llamado a lista se evidencio que la niña Isabella Ocampo no asistio al CDI. | Siedo las 08.00 am la madre de la niña nos realiza una llamada informandonos que Isabella ingresaria al CDI. mas tardesito Por motivo de unos examenes pero hasta el momento la niña no a llegado.<br>Siendo las 11:00 am la madre notifica que la niña no Va a asistir a la unidad ya que hasta esta hora no le Pudieron realizar un examen. | Ana Julia | Sebastian Vallejo |
| 22-07-2025 | | Se observa que la niña regresa al CDI. Con adecuada Presentación Personal en compañia de su madre. por eso Se cierra la novedad. | Ana Julia | |

BIENESTAR FAMILIAR

**REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES**

**NOMBRE DEL USUARIO:** Yineth Isabela Ocampo **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulo 1 **AGENTE EDUCATIVO:** Alexandra C.

**MUNICIPIO:** San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 01/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) |
|---|---|---|---|---|---|
| 21-04-2025 | El dia de hoy la niña no asistio al CDI | la agente educativa se comonica con la madre por via telefonica y ella | La agente eduativa le refiere a la madre cuidar a la niña y tambien que | Alexandra criollo. | Angie Rodriguez |
| | | refiere que la niña se encuentra agripada y es por eso que no la llevo al CDI. | se comunicara nuevamente con ella nuevamente. en horas de la tarde. para saber sobre el estado | | |
| | | | de la niña. | | |
| 22-04-2025 | El dia de hoy la niña retoma el Servicio del CDI. con normalidad. y con un estado de salud Parcialmente adecuado. | | | Alexandra Criollo | Angie Rodriguez |

BIENESTAR FAMILIAR

**REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES**

**NOMBRE DEL USUARIO:** Alan Jaikper. **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parbolos 1 **AGENTE EDUCATIVO:** Ana Julia Lop.

**MUNICIPIO:** San Migu **FECHA DE INGRESO:** 18-07-2025

**Clasificación de la Información:** CLASIFICADA

| FECHA | DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN | ACCIÓN | FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO | FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A) |
|---|---|---|---|---|
| 23-07-2025 22-07 20 | Durante el proceso de la llamada a lista se pueve evidenciar la inasistencia del niño Samuel | La Agent educative realiza la llamada para saber el porque de la inasistenc. - No se puede comunica con la madre de niño por ningun medio Nota 21-07-2025 A ev en horo de la tarde. La Madre refiere volvio a bomita. y ello dice que No sabe el porque sigue Asi - en horo de tarde la Madre No envia un mensaje de texto.. que como el niño sige muy enfermo toma la decion de retirarlo para busca otro cupo en remplazo del niño. | Ana Julia Lop. | |

| | SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO |
|---|---|
| 23/07/25. | Se realiza llamada telefonica con la madre de familia del menor manifestando que por situaciones de salud y de tratamientos medicos han tomado la decisión familiar de solicitar el retiro. Manifesto la madre que el niño se encuentra estable en el hogar recibiendo cuidados y atenciones en tratamientos enviados por medico. se realiza sensibilización frente a la toma de decisión y se solicita respectivamente hacer llega el retiro firmado del niño. |