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: C.D.I. 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: 1122344090

Fecha nacimiento: 10 | 09 | 2022

Nombres: Juan David

Apellidos: Palles Betancurt

Presenta discapacidad? ( ) Si (X) No

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

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

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

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

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

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

Departamento residencia: Putumayo

Municipio de residencia: San Miguel

Zona: Urbana

Barrio: Metropolitano

Vereda:

Sector: Urbano

Dirección: a dos cuadras de la vía comunal.

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: 1127072534

Nombres: Yulisa Carolina

Apellidos: Betancurt

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 18 | 09 | 2000

Correo electrónico: Yulizabetancur29@gmail.com

Número de celular: 3176502705

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:

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:
Juan David Palles Betancurt

N° DOCUMENTO: 1122344090 **TIPO DOCUMENTO: RC** X **CC** ___ **OTRO** ___
FECHA DE NACIMIENTO: 10/Sep/2022 **EDAD:** 2años 6meses
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:** Mallamas **RÉGIMEN (C)**__ **(S)**__
DESPLAZADO: SI___ **NO**___ **DISCAPACIDAD: SI**___ **NO** X **¿CUAL?** _____
GRUPO ETNICO: SI X **NO**___ **¿CUAL?** Resguardo Mayasquer
GRUPO AFROCOLOMBIANO: SI___ **NO** X **¿CUAL?** _____
NOMBRE DE LA MADRE: Yulisa Carolina Betancurt
N° CÉDULA: 1127072534 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Villagarzon
NOMBRE DEL PADRE: Nixon Albeiro Palles Cadena.
N° CÉDULA: 1124861299 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Mocoa
N° DE CELULAR: 3176502705
NOMBRE DEL ACUDIENTE: CAROLINA BETANCOURT
N° CÉDULA: 1127072534 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** VILLAGARZÓN
DIRECCIÓN VIVIENDA: B/METROPOL **ZONA POBLACIONAL: (R)**___ **(U)** X
NUMERO DE CELULAR 3176502705

_____ Alexandra Criollo

FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE **NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO**

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO
Número: **N** 2874715

NUIP 1.122.344.090

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco X ☐

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
PALLES BETANCOURT JUAN DAVID

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)										Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año	2	0	2	2	Mes	S	E	P	Día	1 0 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	2	0	2	2	Mes	S	E	P	Día	1 5 0063693332

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
BETANCOURT BISBICUS YULISA CAROLINA

Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.127.072.334 | COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
PALLES CADENA NIXON ALVEIRO

Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.124.881.299 | COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
PALLES CADENA NIXON ALVEIRO

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.124.881.299

Espacio para notas
VALIDO PARA TRAMITES LEGALES Y CIVILES

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio
COLOMBIA PUTUMAYO SAN MIGUEL(LA DORADA) | Código X 0 4

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)

Año	2	0	2	2	Mes	S	E	P	Día	1	5

Nombre y firma del funcionario

ROY EDISON CALLE QUIRAMA

Registrador del Estado Civil

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL 30519333-5

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.127.072.534**

BETANCOURT BISBICUS

APELLIDOS

YULISA CAROLINA

NOMBRES

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **18-SEP-2000**

VILLAGARZON
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

19-SEP-2018 VILLAGARZON
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-6403000-01051569-F-1127072534-20181219 **00637**89503A 1 49840067

ESTADO CIVIL

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.124.861.299**

PALLES CADENA

APELLIDOS

NIXON ALVEIRO

NOMBRES

Nixon Palles Cadena

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **26-JUL-1994**

IPIALES
(NARIÑO)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

29-OCT-2012 MOCOA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-6400100-00749278-M-1124861299-20150921 **00465**58972A 1 45053810

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYOMUNICIPIO DE VILLAGARZON RESGUARDO MAYASQUER

RES. No. 51 05 DE MARZO DEL 2018.

LA SUSCRITA GOBERNADORA DEL RESGUARDO AWA MAYASQUER DEL MUNICIPIO DE VILLAGARZON HACIENDO USOS DE SUS FACULTADES LEGALES CONSTITUCIONALES EN ESPECIAL LAS QUE LE CONFIERE LA LEY 89 DE 1890 Y LA LEY 21 DE 1991.

CERTIFICADO

El suscrito gobernador (a) del resguardo **AWA MAYASQUER** le confiere el **CERTIFICADO A**: **JUAN DAVID PALLES BETANCURT** identificado con RC: N°1.122.344.090 de San Miguel la Dorada putumayo, quien se encuentra inscrito en el censo poblacional del **RESGUARDO AWA MAYASQUE**, de acuerdo a las normas, reglamentos, usos y costumbre que identifican al pueblo AWA.

El presente certificado se expide a solicitud del interesado para trámites correspondientes del interesado.

Para constancia se firma en Villa Garzón, a los 05 días del mes de Abril de 2025 en el resguardo AWA MAYSAQUER, municipio de VILLAGARZON- PUTUMAYO.

Firma;

Aida Yohana Cuasaluzan

AIDA YOHANA CUASALUZAN PAI
Cc: 10806116 de Mocoa
GOBERNADORA INDIGENA

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	1122344090
NOMBRES	JUAN DAVID
APELLIDOS	PALLES BETANCOURT
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	VILLAGARZON

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	01/02/2025	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/25/2025 09:18:15	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

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

COORDINACION DE AFILIACIÓN Y REGISTRO

CERTIFICA :

Que el (la) señor(a): **PALLES BETANCOURT JUAN DAVID**
Identificación: **RC: 1122344090**
Municipio: **VILLAGARZON**
Nivel Sisben: **N**
IPS Asignada: **ESE HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL - PRINCIPAL**
Estado: **Activo**
Fecha de Afiliación: **2025-02-01**
Regimen: **Subsidiado**
Discapacidad: **Ninguna**
Tipo Afiliación: **Masiva ley 691 de 2001**
Nivel :

Observación :

Dada el miércoles, 9 de abril 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

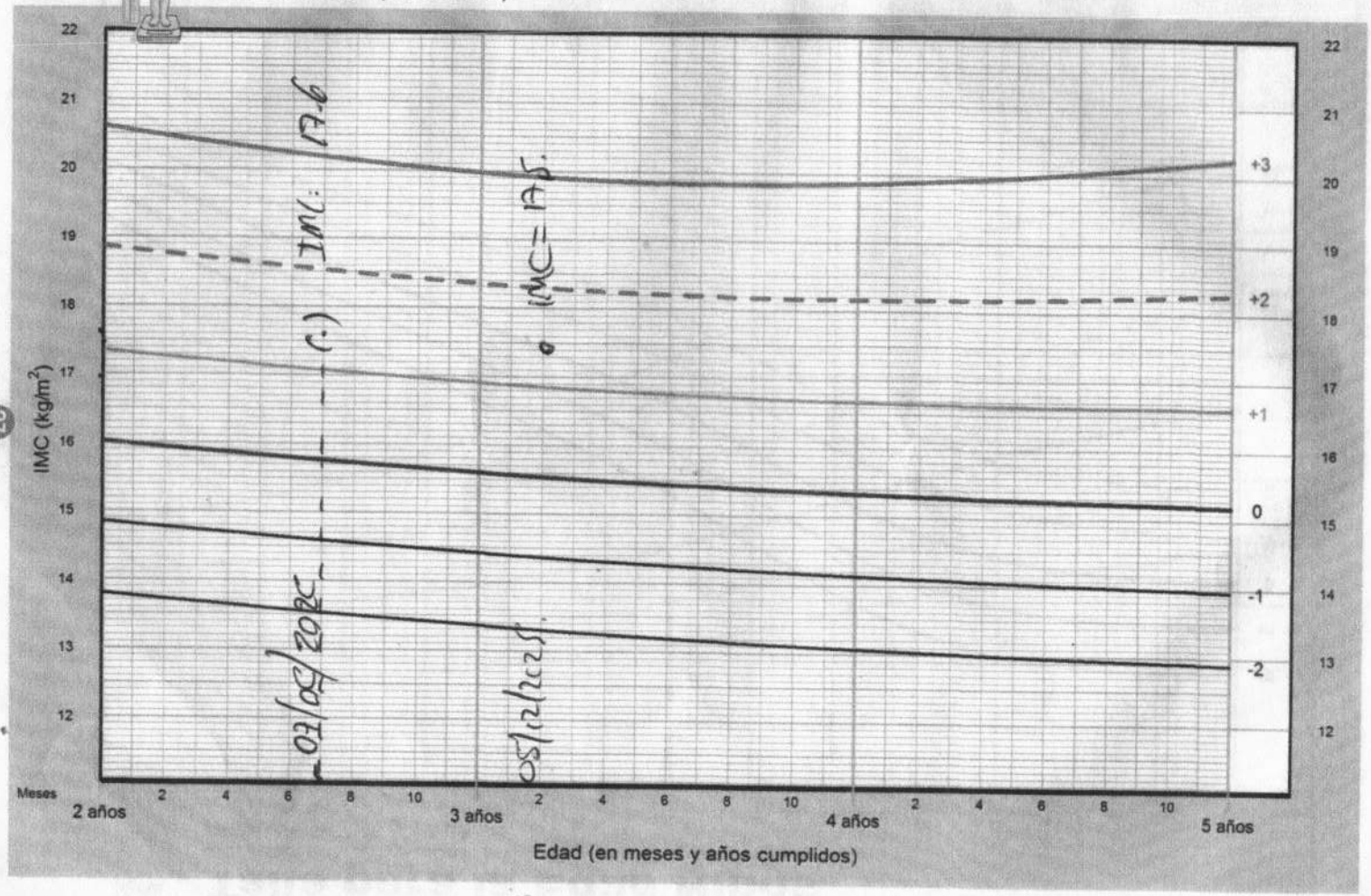
Nombres: Juan David	Apellidos: Palles Betancurh
Fecha de nacimiento: DIA 10 MES 9 AÑO 2022	Historia Clínica: 1722344090
Barrio/Vereda: El los Prados	Responsable del niño: Carolina Betancurh
Teléfono: 3214363661	EPS: Particular

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
19/10/22	4.200	59.	37	13	12.	10/11/22	
17/12-22	6855	60	40	15	19	12/Feb/23	urdor arauco
14/03/23	9.4	67	43	16,5	-	10/06/23	
22-06-23	10.4	71	44	18	20.6	10-09-23	
14-09-23	11.5	75	44	14	20.4	14-03-24	
08-04-24.	12.4	79.5	46	16	19.9	10-09-24	
12-08/24	13:7 K	83	50 cm	20 cm.	18.4	12-05-25	
07/05/25	13.3	87	47cm		17.6	12.1/25	
05/12/2025.	14.5.	91	48	16.	17.5.	10-09/2026	

35

IMC para la Edad Niños

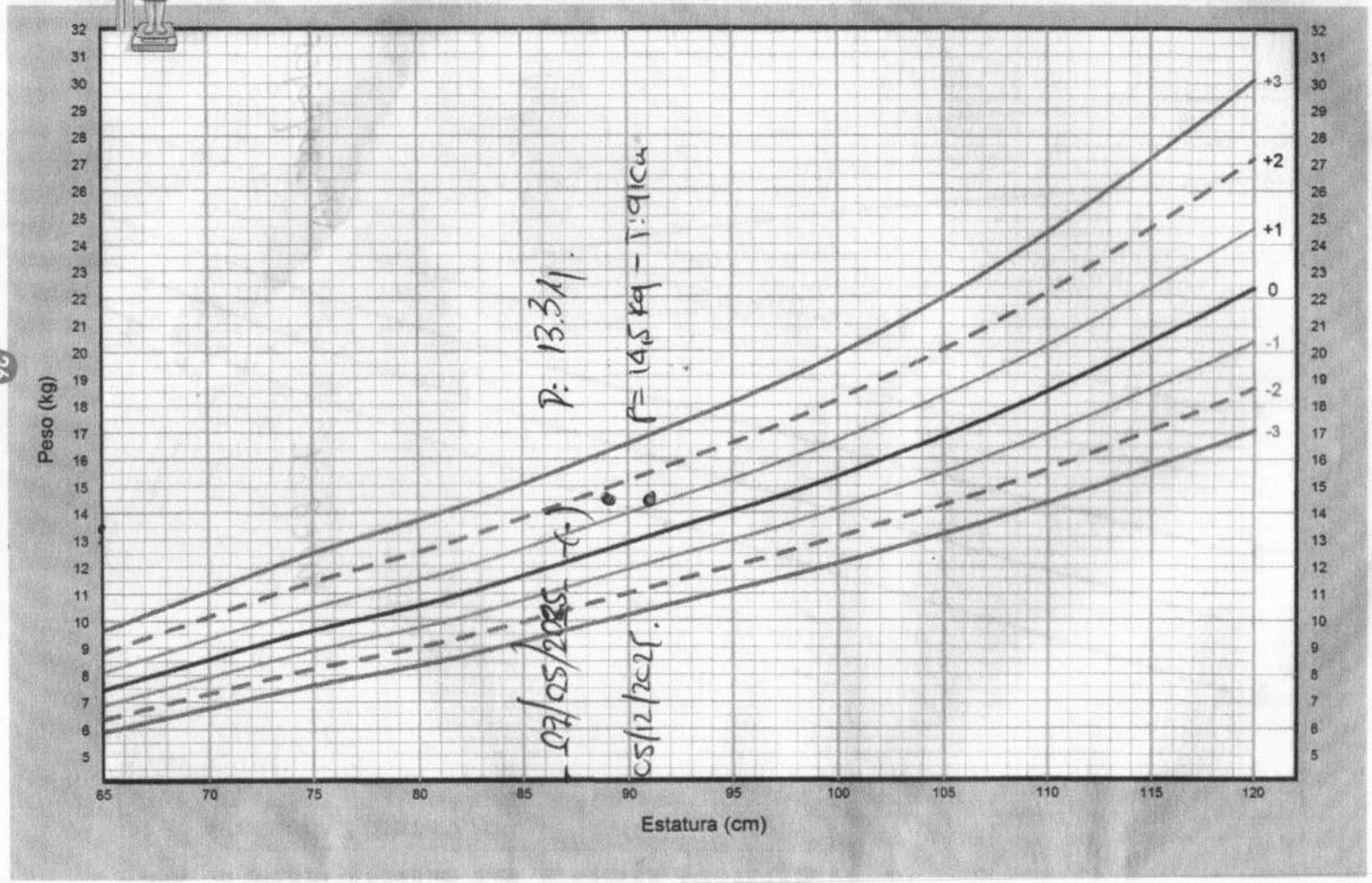
Puntuación Z (2 a 5 años)



27

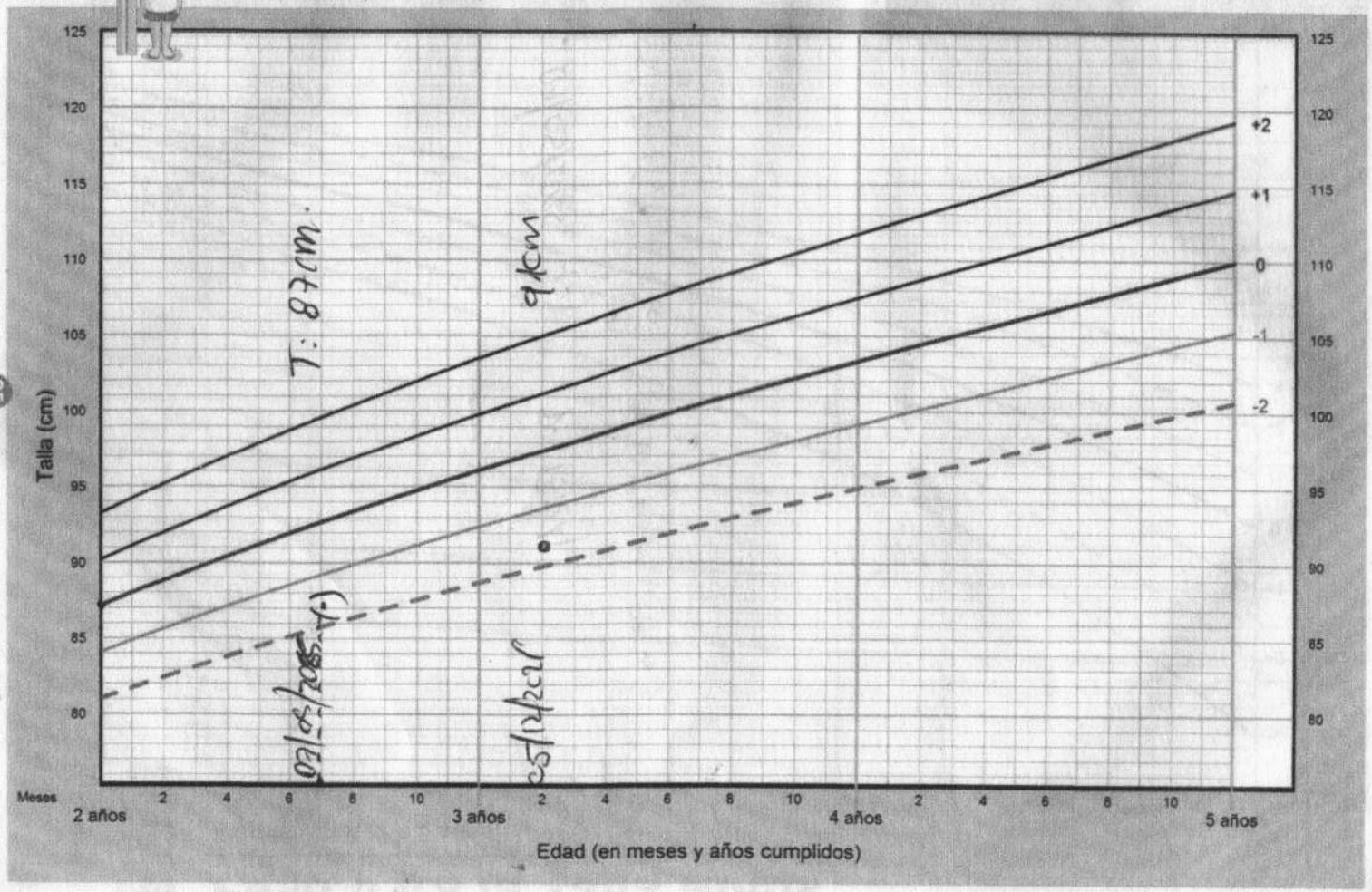
Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



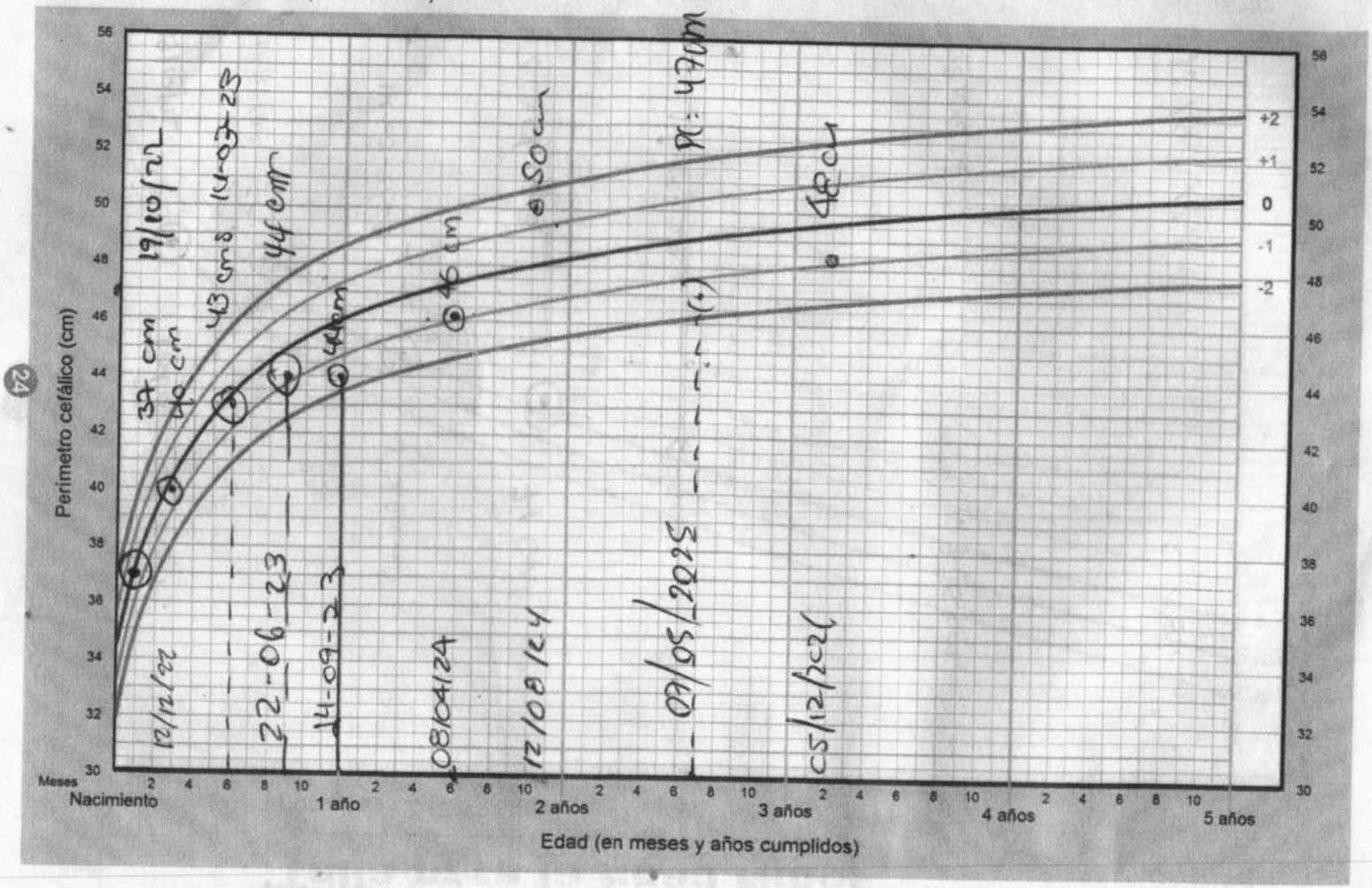
Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5años)



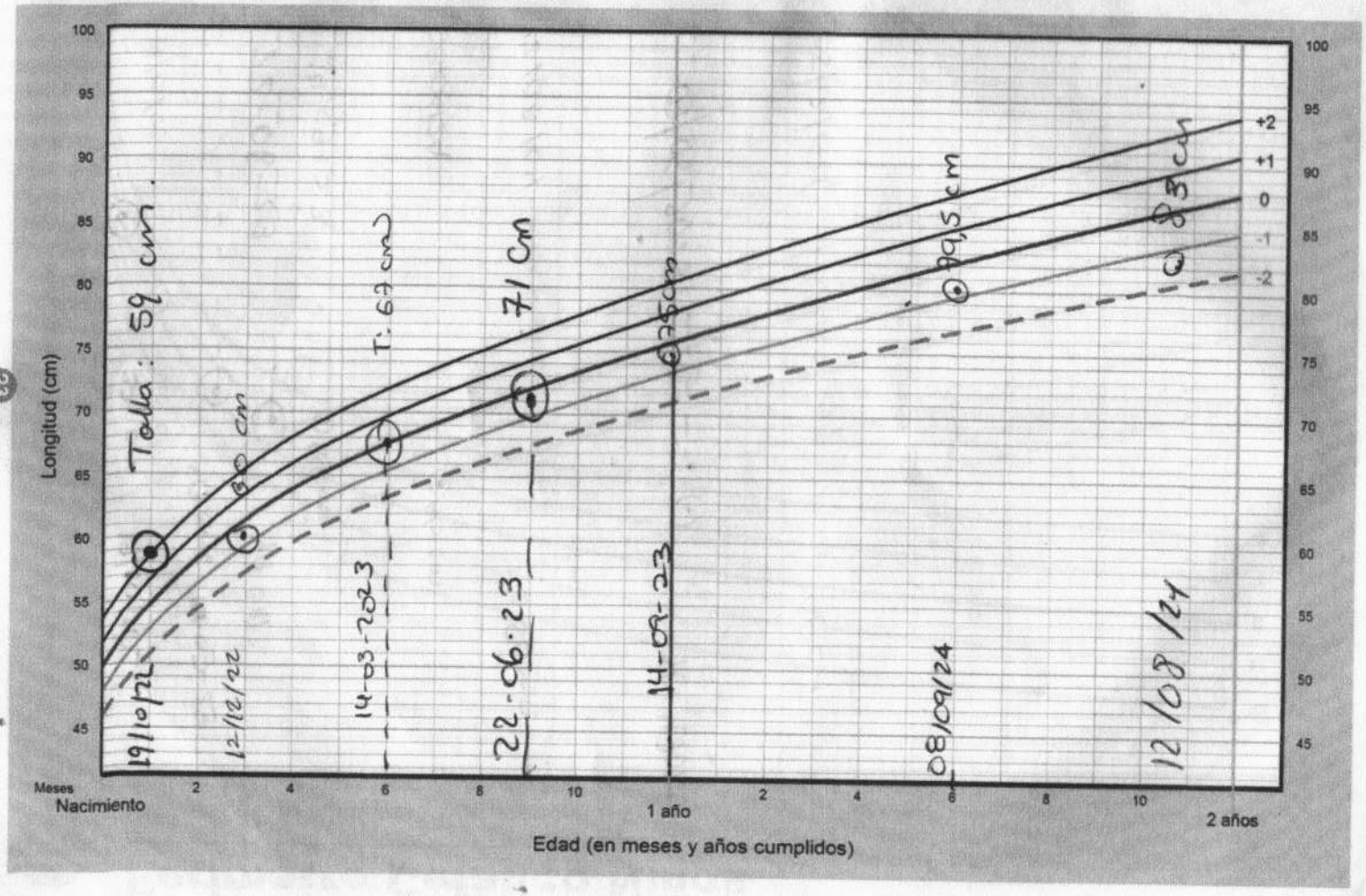
Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)



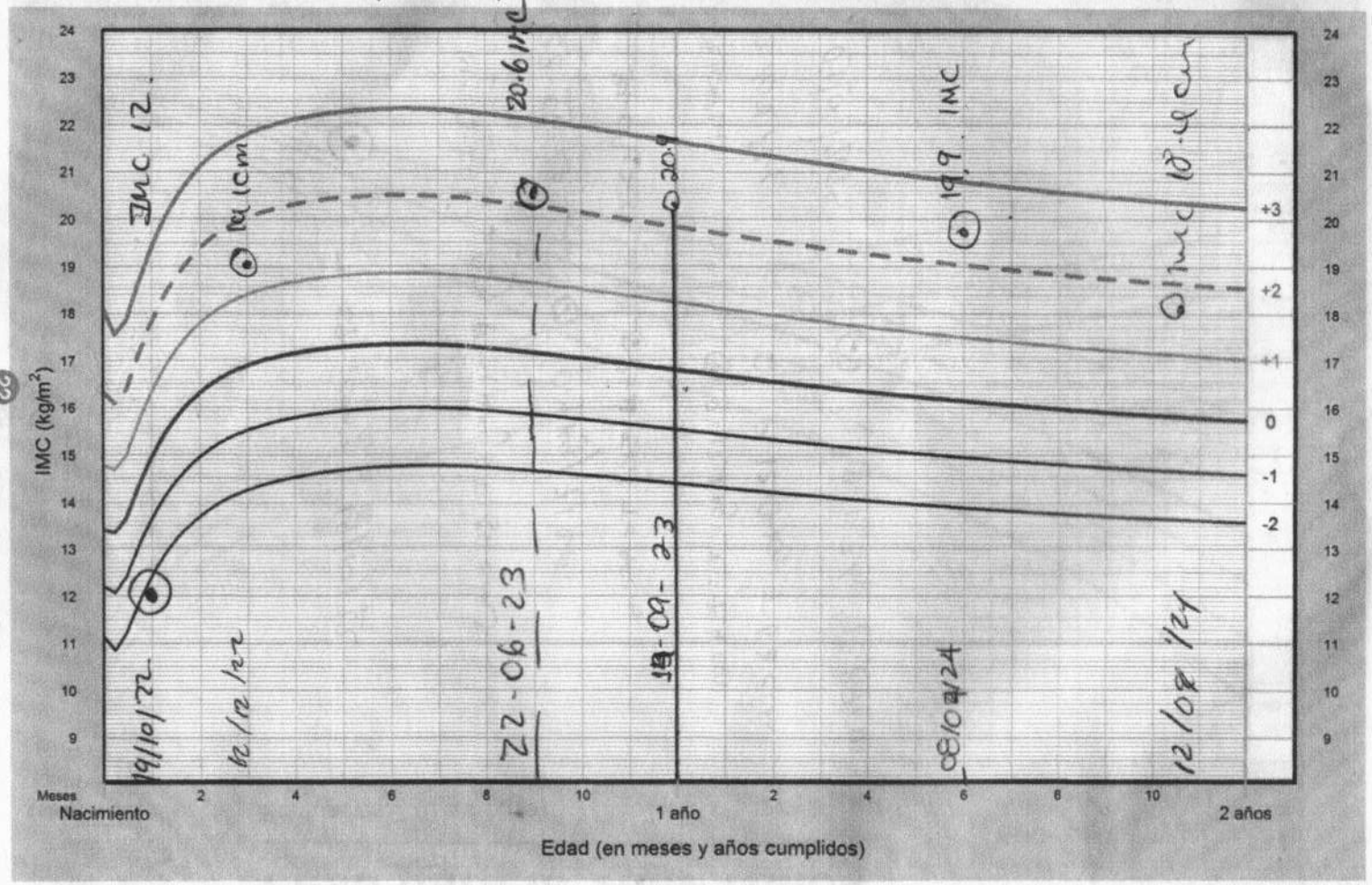
Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)

Peso (kg)

Longitud (cm)

T: 59 cm. 19/10/22
6855 gs / 66 cm 12/12/22

14-03-2023 P: 9,4kg / T: 67cm

22-06-23 10,4kg/71cm

14-09-23 P=11.5Kg T=95cm

08/04/24 P=12,4kg T=79,4cm

12/08/24 P=12.7Kg T 83 cm

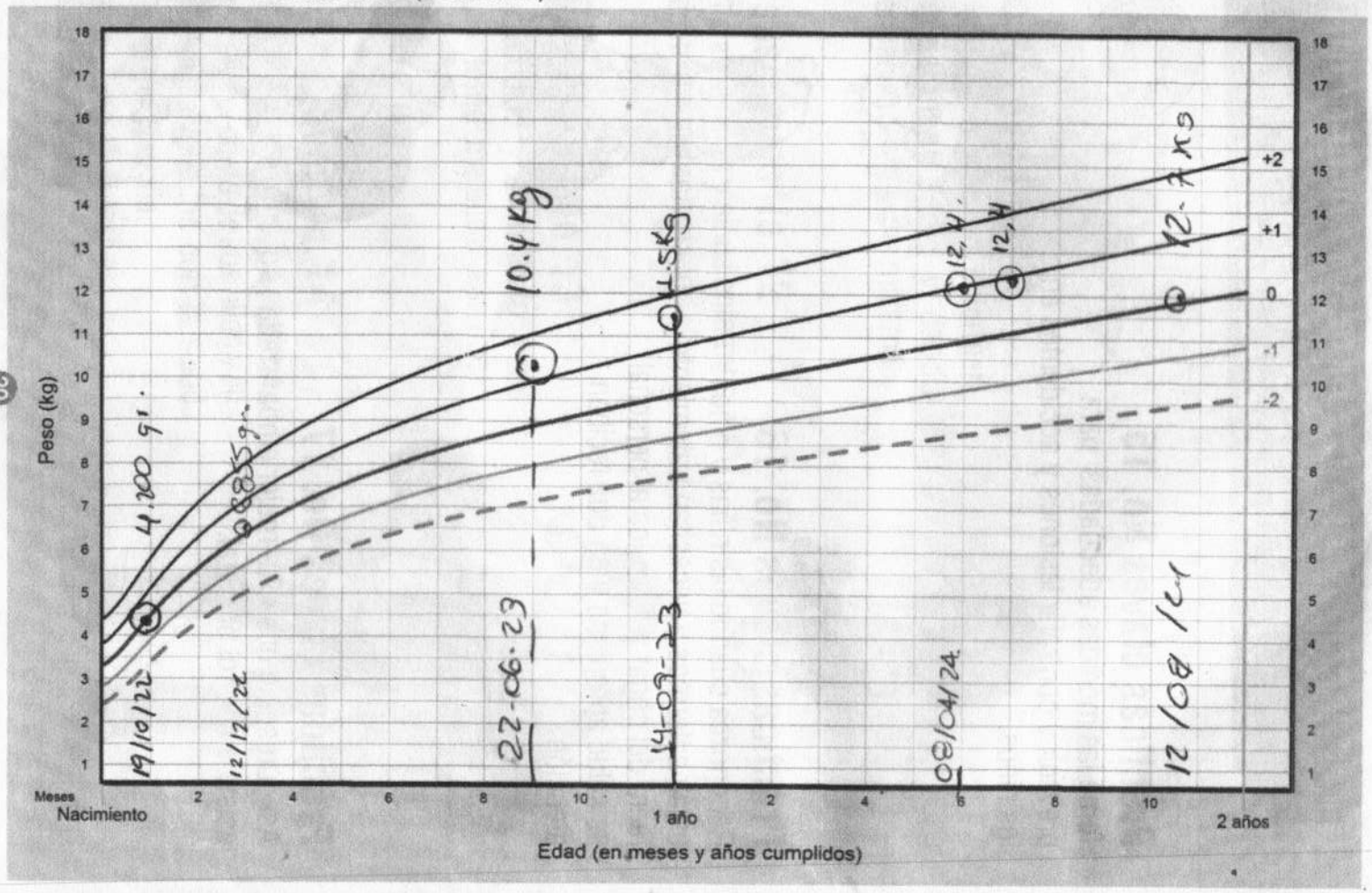
07/05/2025 P: 13,3 kg T: 87cm

-3 -2 -1 0 +1 +2 +3

18

Peso para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)

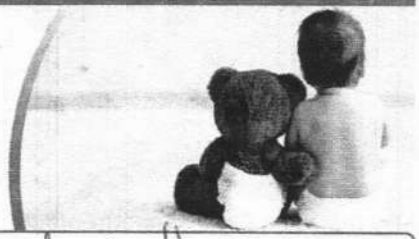


CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
19	10	22	Med	si ✓	
10	11	22	Ent	oí ✓	
12	Febla	2023	MEDICO	NO	14-03-2023 Ef.
10	Junio	2023	Enfem	Si	22-06-23
10	SEPT.	2023	MEDICO	SI	14-09-23
14	Marzo	2024	Enf.	Si	08-04-24
10	Sep.	2024	Méd.		
12	agosto	2024	enf	✓	10.30 Am
02	Mayo	2025		✓	
12	11	2025	Medi		
05	Dicie	2025.	10+00	✓	
10	Septie	2026 x	Enfermera	(4años)	

CARNET RIAS PRIMERA INFANCIA

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



Nombres y apellidos: Juan David Valles

Doc. de identidad: RC 1122344090 EPS: AIC

Teléfono: 3176502705 Domicilio: B/ Metropolitano

		PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) Ó AÑOS (A)												
			5 DÍAS	1 M	2-3 M	4-5 M	6-8 M	9-11 M	12-17 M	18-23 M	24-29 M	30-35 M	3 A	4
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico												
		Atención en salud por medicina general												
		Atención en salud por enfermería												
		Atención en salud bucal por odontología												
		Promoción y apoyo de la lactancia manterna												
PROTECCIÓN ESPECÍFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de fluor				Tania Villazorta ODONTÓLOGA Res.: 81-801		03-11-2023	03 Mayo-2024 30-05-24	Tania Villazorta ODONTÓLOGA Res.: 81-801 30-11-24	25 05 25	Thor Sánchez Odontólogo U.A.N.	05-12-25 Angeli Z B.	
		Profilaxis y remoción de placa bacteriana									25 11 25			
		Aplicación de sellantes (según criterio)												
	V	Vacunación												

Liliana Maribel Cordoba
HIGIENISTA ORAL
Res 00493 de 2017

21
RV

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: Juan David Palles Betancourt
Fecha de nacimiento: 10-Septiembre-2021
Nº de certificado de nacido vivo: 2209731008485 3
Registro civil: 1.122.344.090
Sexo: Masculino
Grupo sanguíneo: O+
Peso al nacer: 3100 Talla:
Dirección: B/ Los Prados
Teléfono 1: 3104005041
Teléfono 2: 3176502705
Responsable: Carolina Betancourt
Municipio de residencia: San Miguel
Departamento: Putumayo
CC: 1.122.072.534. AIC.

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 meníngea (BCG)	Única	10	09	22	Serum	03704A32	HFLD	Cita 10.			
	Hepatitis B	Recién nacido	10	09	22	Serum	03204A32	HFLD	Novi 2022			
2 meses			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
	Poliomielitis (VIP)	1.ª	10	11	22	Biological	214104					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	10	11	22	Serum	285140222A					
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª	10	11	22	Serum	285140222A					
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	1.ª	10	11	22	Serum	285140222A					
	Diarrea por rotavirus	1.ª	10	11	22	GSK	AR01C00 5 0 AL	HFLD				Cindy Martínez Tec. Aux. en Enfermería CC. No. 1123330822
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	10	11	22	GSK	AR489 7					
4 meses			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
	Poliomielitis (VIP)	2.ª	11	01	23	Biological	21Y104	HFLD	Cita: 10 ENERO			Talia 6
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	11	01	23	Serum	285022 B	HFLD	2023			Talia 6
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª	11	01	23	Serum	285022 B	HFLD				Talia 6
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	2.ª	11	01	23	Serum	285022 B	HFLD				Talia 6
	Diarrea por rotavirus	2.ª	11	01	23	GSK	AR01C00 5 0 AL	HFLD				Talia 6
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	11	01	23	GSK	AR489 7	HFLD				Talia 6
6 meses			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
	Poliomielitis (VIP)	3.ª	13	3	23	Serum	211800 4					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	13	3	23	Serum	285040380		Cita 11 Marzo 2023			
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª	13	3	23	Serum	285040380					
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	3.ª	13	3	23	Serum	285040380					
	Influenza estacional	1.ª	30	5	23	Green	V250230001	HFLD				Edwar J Kelly.
7 meses	Influenza estacional	2.ª	06	07	23	Green	V250230071	HFLD	cita. 10/9/23			
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	14	09	23	Serum	013200480B					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	14	09	23	Pfizer	FR4895					Jenniffer Cabezas
	Varicela	2.ª	14	09	23	Merck	X00G537	HFLD	cita 30/6/23			Eduardo B
	Hepatitis A	Única	14	09	23	MSD	W02736					
	Influenza estacional	Anual	08	05	24	Butantan	24009790/00					
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.er refuerzo	05	04	24	Biologicals	223300 5					
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.er refuerzo	05	04	24	Serum	285240009F	HFLD				Jenniffer
	Fiebre amarilla	Única	14	09	23	Sanofi	W3D50	HFLD.				Jenniffer-C.
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo							Cita 14-Marzo 2024.			
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª	09	04	24	Serum	013200480B	HFLD				Jenniffer-C.
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.ª							cita: 5 Años Cumplidos			
		2.ª										
		3.ª										
Vacunas complementarias y otras dosis												

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

Gmail Marcela Burbano <marcelaburbano2013@gmail.com>

RESPUESTA VACUNA SARAMPION Y RUBEOLA

Salud sanmiguel-putumayo <salud@sanmiguel-putumayo.gov.co> 14 de agosto de 2024, 17:11
Para: Marcela Burbano <marcelaburbano2013@gmail.com>

Cordial saludo

El Biológico de Sarampión Rubéola se aplica a partir de los 2 años dentro del esquema de vacunación de los niños y niñas menores de 5 años, sin embargo, a pesar de que el biologico ya se encuentra disponible, para esta ocasión segun las directrices dadas, la campaña de Sarampion y Rubeola va dirigida a niños y niñas entre los 5 y 14 años de edad.

[El texto citado está oculto]

--

MARIA CAMILA BENAVIDES GUARAMA
DIRECTORA LOCAL DE SALUD

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

JINA A. BELALCAZAR FLOREZ
Gerente

Servimos con amor

CARNET RIAS PRIMERA INFANCIA

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

Servimos con amor



Nombres y apellidos: Juan David Valles

Doc. de identidad: RC 1122344090 EPS: AIC

Teléfono: 3176502705 Domicilio: B/ Metropolitano

		PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) ó AÑOS (A)													
			5 DÍAS	1 M	2-3 M	4-5 M	6-8 M	9-11 M	12-17 M	18-23 M	24-29 M	30-35 M	3 A	4 A	5 A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico													
		Atención en salud por medicina general													
		Atención en salud por enfermería													
		Atención en salud bucal por odontología													
		Promoción y apoyo de la lactancia manterna													
PROTECCIÓN ESPECÍFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de fluor				Tania Villacorta ODONTÓLOGA Res.: 81-801			03-11-2023 03 Mayo 2024 30-05-24 30-11-24	Tania Villacorta ODONTÓLOGA Res.: 81-801	25 05 25	25 11 25 Thor Sánchez Odontólogo			
		Profilaxis y remoción de placa bacteriana													
		Aplicación de sellantes (según criterio)													
	V	Vacunación													

Liliana Maribel Córdoba
HIGIENISTA ORAL
Res 00493 de 2011

25
RV

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 06 MES 05 AÑO 2025 HORA: 7:53

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Juan David APELLIDOS Palles Betancourt

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [x] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1122344090

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 10 MES: 09 AÑO: 2022 / EDAD: 2 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Mallamas

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

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

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

DATOS IMPORTANTES DE LA VACUNA (por favor, leer con detenimiento. Puede formular preguntas)
Refiere que no aplica vacuna por la reacción.

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

EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD

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

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

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

Firma de la persona: • Carolina Betancourt

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

Nombres Yulisa Carolina Apellidos Betancourt Bisbicus

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1127072534

Firma: • Carolina Betancourt

En caso de requerirse firma a ruego:

En virtud de que la persona a vacunar _____, identificado(a) con C.C. ☐ C.E. ☐

OTRO ☐ Número _____ de _____ no sabe o no puede firmar, a su ruego firma el(la) señor(a)

_____ identificado(a) con C.C ☐ C.E. ☐ OTRO ☐ número _____

de _____

Firma del Rogado

Huella dactilar o plantar del Rogante

C.C. N°

C.C. N°

Nombres y apellidos del vacunador:	
Firma	Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS):

DEPARTAMENTO/DISTRITO: MUNICIPIO:

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

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 Juan David Palles Betancourt., identificado (a) con documento de identidad número 1122344090, 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, Yulisa Carolina Betancourt., quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1127072534 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 Fundacion 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: CAROLINA BETANCOURT
Nombre: CAROLINA BETANCOURT
Calidad - Titular: _____ Representante legal: X
Teléfono de contacto: 317 65 027 05
Fecha: 7-Abril-2025.
Municipio: San Miguel

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

Yolisa Carolina B.
Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Alexandra Criollo
Agente educativa

Huella del niño/niña



"Generamos Desarrollo con Energía"

Vigilado Superservicios

Código de Suscripción	SM_50638 - 7	Pago oportuno hasta:	02-ABR-25	Mes Facturado
Factura Nro.	2037043039 - 05	Suspensión a partir de:	03-ABR-25	MAR/2025

1.Información General

Nombre: MANUEL ROBIRO PALLES TORRES — Cédula de ciudadanía 87712121 5 — **Último pago** $ 94.830

Dirección: LOTE 3 MANZANA 3 BR NUEVO VIVIR LA FRONTERA — Tuve servicio de energía entre: 19-FEB-25 - 20-MAR-25 (29)

Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Área	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Código Tarifa	División Geopolítica
SM1	S104	129	1	RESIDENCIAL	URBANA	1	.81	A	SP	105	SAN MIGUEL

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-MAR-25	22/03/2025 12:00:00 AM	PAGO EN EFECTIVO	PAGO DE CONTADO	EEBP 168371

2.Información Consumo Energía

Componentes de Costo (CU): Generación 527,6001 + Transmisión 49,8467 + Distribución 253,2346 + Comercialización 121,9495 + Pérdidas 70,7933 + Restricción 14,6758 = CU 1038,1 ($/KwH)

2A.Información Medidor

Marca	Serial	Factor Múltiplo
UNI	2000134874	1

2B.Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	981	921
Reactiva:		

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

2C.Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh: 60
Consumo Reactiva KVarh:
Costo del consumo $ 62286
Tarifa (hasta 173 Kwh): 415.24
Subsidio: % 60 $ -37371.6
Contribución: % $
Sub Total $ 62286

Meses en deuda: 1 — % Tasa Interés Moratorio: .5

2D.Consumo Últimos 6 Meses

01-FEB-25	127
01-ENE-25	92
01-DIC-24	104
01-NOV-24	105
01-OCT-24	129
01-SEP-24	99

109

2E.Información Calidad del Servicio

Tel. O.R EEBP: 01 8000 942415
Transformador: SLD115 Grupo: 22
DIUG: 30,24 FIUG: 19 Circuito: C14
Cargo D: 249,0104 Dscto %t: 20
CEC: 96,0259
DIU: 62,0332 FIU: 74
HC: 7,6287 VC: 8
Valor a Compensar: 9564,5808

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
100 - ACTIVA SENCILLA MONOMIA	62286	0	0	62286
200 - SUBSIDIO de 0-173 KWH 60,00%	-37371,6	0	0	-37371,6
410 - COMPENSACION RES.CREG_015/2018	-9564,58	0	0	-9564,58
520 - AJUSTE A LA DECENA	1,18	0	0	1,18

5.Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP 15351

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	8679	0	8679

7.Información Facturación Convenio Aseo y Alcantarillado

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	
Aseo*						0	0		0	

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

8.Información Facturación Otros Convenios

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

Total EEBP	+	Total Impuesto Alumbrado público	+	Total Aseo y/o Alcantarillado	+	Total Otros Convenios	=	Debo pagar en Total
15351		8679		0				24030

CUFE: de7368a579192b53eb25942411b6b4395df5d8e914c1a27631916fc4098083cdbe1a0b92c7430 1aef86efd3531f6cdd8

Paga fácil por **Internet** en **www.eebpsa.com.co/factura**

www.eebpsa.com.co @eebpsaesp /eebpsa

(415)7709998005532(8020)1000203704303907(3900)0000024030(96)20250402

Esta Factura presta Mérito Ejecutivo de acuerdo a las Normas del Derecho Civil y Comercial Ley 142 Art. 130
Proveedor Tecnológico dispapeles S.A.S. NIT 860.028.580-2 Software

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 Juan David Palles Betancourt

Fecha de nacimiento 10 07 2022 **N° Documento de Identidad** 1122344090

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Alexandra criollo

Fecha de registro cualitativo 3 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
El niño JuanDavid se encuentra en perfil esperado demuestra un desarrollo acorde aso edad cumpliendo instrucciones sencillas dadas por la maestra. Muestra interes por sus actividades propuestas se comunica utilizando palabras y gestos tambien saber explicación de su entorno

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Yurani Galindez

Fecha de registro cualitativo 03 10 025

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

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

Observaciones generales
Es un niño alegre muy activo participa y se integra con los compañeros es habil para realizar las actividades como tambien es importante fortalecer en el la convivencia y sus impulsos cuando algo le disgusta.

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

30
RU

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Juan David Pallal UNIDAD DE ATENCIÓN: Parvulo 7. AGENTE EDUCATIVO: Yurany Galindel

MUNICIPIO: San Miguel. FECHA DE INGRESO: 04. 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)
24 Nov. 025	Se realiza 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. amaneció con daño de estómago. se le recomienda que lo lleve al medico para que lo valore y nos tenga informados.	Yurany Galindel2	
25. Nov. 025	Se realiza el llamado de asistencia y se logra. evidenciar que el niño no asistio a la unidad.	Se le informa a los. padres de familia para Saber el motivo de la. inasistencia y la mamita nos informa que esta en. tratamiento por el daño de estomago por eso no lo envio	Yurany	

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

BIENESTAR FAMILIAR

SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO	
26 Nov. 025 Se logra evidenciar. que el niño asistio a la Unidad. aparentemente. bien. por lo tanto se Cierra novedad.	

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Juan David Pallas UNIDAD DE ATENCIÓN: Parvulo 1. AGENTE EDUCATIVO: Yurany Galindo

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 Nov. 025.	Se realiza el llamado de asistencia. y se logra evidenciar que el niño no ingreso a la unidad.	Se le informa a la familia para saber el motivo de la Inasistencia y la mamita manifiesta que no asistio porque hoy ella tenia libre y. quera pasar tiempo con el niño.	Yurany Galindo	
18 Nov. 025.	Se realizo el llamado de asistencia y se logra evidenciar que el niño no asistio a la Unidad.	Se logra evidenciar que el niño no ingreso a la unidad. le enviamos un mensaje a los familiares para saber el motivo y la mamita manifiesta que no asistio por Sintomas de gripe se le informa que nos tenga atento.		

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
19 Nov 025	Se realizo el llamado de asistencia y se logra evidenciar que no asistio. a la unidad. se informa por medio de un. mensaje de texto. y la mamita nos informa que aun. sigue con sintomas de gripa, y que esta en tratamiento por eso el motivo de la inasistencia.
20 Nov. 025	Se realizo el llamado de asistencia y se logra evidenciar que el niño ingreso a la unidad aparentemente bien. por lo tanto se hace el cierre de la novedad.

3176509705 carolina 32 RV

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Juan David Pallo. 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 Nov 025	Se realiza revision de Carpetas y se logra evidenciar que el niño. tiene Control y desarrollo. el 12 de Noviembre y. Higiene Oral. 25 noviembre.	Se le informa a la mamita. para que saque. la cita del Control. de este mes de noviembre	Yurany Galindez	Carolina Betancur
10 Nov. 025	Durante la revision. de Carpetas se logra evidenciar que aun. esta Pendiente el Control y Creemiento desarrollo y Higiene Oral.	Se le recuerda a la mamita. que tiene Pendiente de Control y desarrollo la mamá nos informa que debe Sacarla en. P Villagarzon.		Carolina Betancur

BIENESTAR FAMILIAR

SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO

Se le recuerda al padre de familia la cita pendiente de. Control y desarrollo. y el papa manifiesta que al niño le realizan los controles en Bt Villagarzon. por lo tanto le van a sacar la. Control y desarrollo y el de Higiene Oral para la fecha 25 noviembre.

Nixon pallez Cadena

25-NOV-2025

La nutricionista se comunica con la madre de familia para saber si el niño a asistido a las citas de crecimiento y desarrollo, la madre refiere que el niño a estado enfermo y las citas las tiene en villagarzon, informa y se compromete que apenas tenga de nuevo reagendada la cita le enviara a la docente. Se le recomienda que sea lo antes posible.

26/NOV/25

La nutricionista se comunica con la madre de familia para sugerirle que agende la cita de los pendientes, la madre se compromete a que hoy saca la cita llamando al hospital.

BIENESTAR FAMILIAR

SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO

24/NOV/2025	la nutricionista se comunica con la madre de famila para saber sobre el estado de salud del niño y ver si ya le programaron cita, la madre refiere que si, que para el dia lunes 1/12/25 a las 3:00pm en Villagarzon, se le recomienda asistir y traer reportes de los controles actualizados.
1-DIC-2025	la nutricionista se comunica con la madre de familia para averiguar si pudo ir a la cita programada, refiere que el niño esta enfermo con vomito, diarrea, fiebre y otros malestares y lo llevo al hospital, entonces el niño estaba hospitalizado y por ello perdieron la cita, se compromete a agendar cita nuevamente e informa que esta semana probablemente no asista al CDI porque esta mal y prefiere tenerlo en casa bajo su cuidado, se le recomienda sacar la cita y enviar soportes.
2-DIC-2025	la nutricionista se comunica con la madre de familia y esta refiere que ya agendo la cita, la tiene para el 5 de Diciembre de 2025 a la 10:40am la cita de higiene oral, se le recomienda asistir y estar notificando sobre las novedades y si asiste, ademas tambien tiene cita con mediana general para crecimiento y desarrollo para el mismo dia a las 10:00am.
3-DIC-2025	la nutricionista se comunica con la madre para recordarle la importancia de no perder la cita el dia 5-12-2025 ya que se le estaran vulnerando los derechos de salud integral, la madre se compromete a asistir y comprende la sugerencia.

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
4/12/25	La nutricionista se comunica con la madre para saber si tienen la disponibilidad y maneras de asistir a la cita el dia de mañana 5/12/25, la madre refiere que de salud el niña ya esta mejor, y hoy en horas de la tarde viaja a Villagarzon para mañana asistir a la cita.
5-12-25	la nutricionista se comunica con la madre de familia para saber como le fue en las citas y si puede enviar soporte de las citas, la madre refiere ya tuvieron las citas ya el martes traera los soportes de crecimiento y desarrollo e higiene oral.

ASIGNACION DE CITA MEDICA:

Fecha Impresion: 1/12/2025

ESE HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL

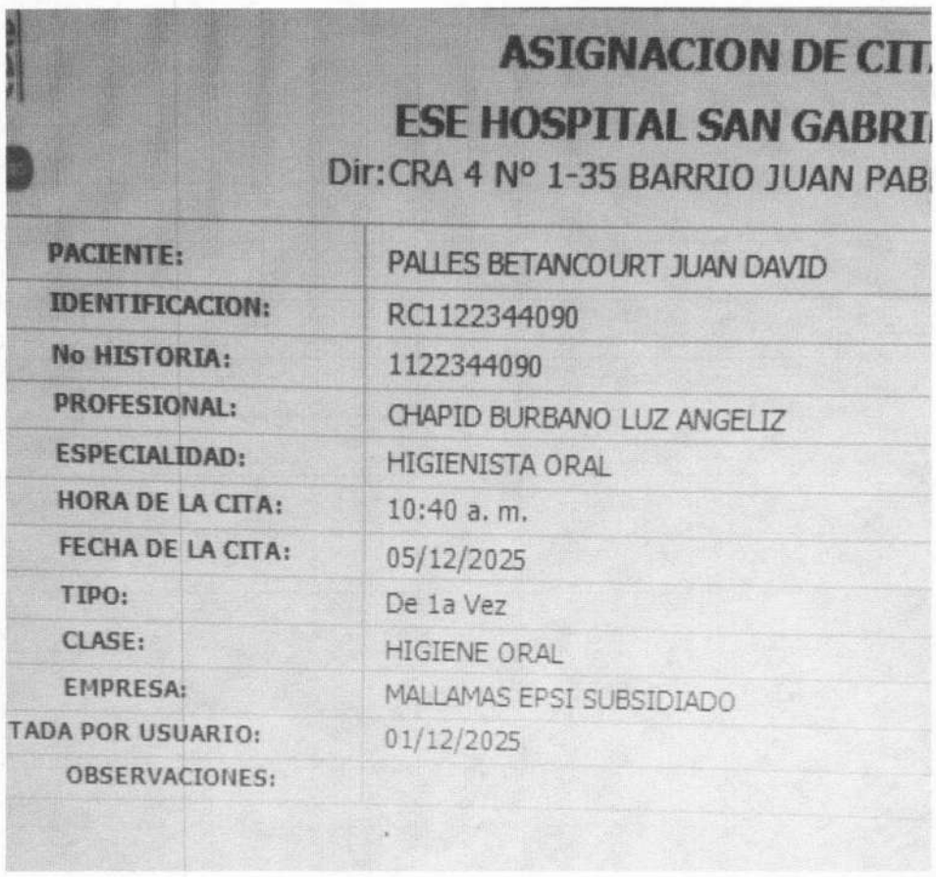
Dir:CRA 4 Nº 1-35 BARRIO JUAN PABLO II Tel: 3133967272

Orden No: 2983572

PACIENTE:	PALLES BETANCOURT JUAN DAVID
IDENTIFICACION:	RC1122344090
No HISTORIA:	1122344090
PROFESIONAL:	MARTINEZ BENAVIDES SHIRLEY YURANY
ESPECIALIDAD:	MEDICINA GENERAL
HORA DE LA CITA:	10:00 a. m.
FECHA DE LA CITA:	5/12/2025
TIPO:	De Control
CLASE:	PRIMERA INFANCIA X MEDICO
EMPRESA:	MALLAMAS EPSI SUBSIDIADO
FECHA SOLICITADA POR USUARIO:	01/12/2025
OBSERVACIONES:	

Pagina No: 1

InfoSalud Net



ASIGNACION DE CIT

ESE HOSPITAL SAN GABRI

Dir:CRA 4 Nº 1-35 BARRIO JUAN PAB

PACIENTE:	PALLES BETANCOURT JUAN DAVID
IDENTIFICACION:	RC1122344090
No HISTORIA:	1122344090
PROFESIONAL:	CHAPID BURBANO LUZ ANGELIZ
ESPECIALIDAD:	HIGIENISTA ORAL
HORA DE LA CITA:	10:40 a. m.
FECHA DE LA CITA:	05/12/2025
TIPO:	De 1a Vez
CLASE:	HIGIENE ORAL
EMPRESA:	MALLAMAS EPSI SUBSIDIADO
TADA POR USUARIO:	01/12/2025
OBSERVACIONES:	

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Juan David Pallas - UNIDAD DE ATENCIÓN: Parvulo 1. AGENTE EDUCATIVO: Yurany Galindez

MUNICIPIO: San Miguel. FECHA DE INGRESO: 07 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)
28 Oct 025	Se realiza el llamado de asistencia y se logra evidenciar que el niño no asistio a la unidad.	Se envia mensaje de texto a los familiares para saber el motivo de la inasistencia y la mamita manifiesta que va pasar el dia con el ya que es unico dia de descanso de el. Se le informa a la mamita la importancia de asistir a la unidad.	Yurany Galindez	
29 Oct 025	Se realiza el llamado de asistencia y se logra evidenciar que el niño si ingreso a la unidad.	Se hizo la respectiva observacion y se logra evidenciar que el niño ingresa bien aperentemente Para Cerrar Novedad.		

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Juan David Pailes. **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulo 1. **AGENTE EDUCATIVO:** Yurany Galindez

MUNICIPIO: San Miguel. **FECHA DE INGRESO:** Parvulo 1. 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 04 025	Se realiza el llamado de asistencia y se logra evidenciar que el niño no asistio a la unidad.	Se envia mensaje de texto a los familiares para saber el motivo de la inasistencia y la mamita nos informa. que por motivos de que tiene que salir a realizar una negligencia domestica y no tiene quien lo recoja. el no asistira el diade hoy.	Yurany Galindez	Nixon Pallo C
24 04 025	. Se realizo el llamado de asistencia y se logra evidenciar que el niño asistio a la unidad. aparentemente bien.	Se realizo la respectiva observacion tanto Fisica Como emocional. para Cerrar Navidad.		

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Juan David Pallas **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvio 1. **AGENTE EDUCATIVO:** Yurany Galindez

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 27 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)
17 10 025	Se realizo el llamado de asistencia y se logra evidenciar que el niño no asistio a la unidad.	Se le envia un mensaje de texto a los familiares para saber el motivo de la inasistencia y la mama informa que va pasar el dia con el niño Se le informa que es importante la asistencia a la unidad. y que solo se puede dar el permiso por motivo de salud. o alguna negligencia domestica.	Yurany Galindez	Nixon pallas C

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
20 Oct 025	Se logro evidenciar durante el llamado de asistencia que el niño Si ingresó a la unidad - Nixon Valles C

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Juan David Pallez. **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulo 1. **AGENTE EDUCATIVO:** Yurani 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)
29 09 025	Se logra evidenciar que el niño no asistio a la Unidad. una vez realizada el llamado a lista.	Se envia un. mensaje. de texto para saber el motivo de la inasistencia a los familiares. y nos informa la maimita que hoy no va asistir a la unidad porque va a pasar tiempo con. ella. ya que ella trabaja todo el tiempo y hoy es su dia libre.	Yurani Galindez	[illegible]
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: Juan. David. Polles. **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulo 1. **AGENTE EDUCATIVO:** Yurany Galindez

MUNICIPIO: San Miguel. **FECHA DE INGRESO:** 21 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)
18 sep. 2025.	La mamá de Juan David, manifiesta que el niño no asistirá hoy a la unidad. Porque es el dia de descanso de ella y quiere pasar tiempo con. el niño ya que ella pasa el mayor tiempo trabajando.	Se le informa la importancia de asistir a la unidad por medio de un. mensaje y que nos tenga al tanto. del estado. de salud del niño.	Yurani Galindez	
19-09-2025	Se realiza llamado a lista y se encuentra. que el niño no asistio al CDI.	Se realiza llamada telefónica a la familia para conocer el motivo de la inasistencia, sin embargo no hay respuesta a la llamada. Se deja meusaje. por whatsapp. para. solicitar información, la madre informa que esta en casa. con el niño aprovechando que tiene el dia libre.		

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
22 Sep. 2025	Se evidencia que el niño asistio a la Unidad aparentemente bien tanto Fisico como emocional.

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Juan David Pailes. **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulo 1. **AGENTE EDUCATIVO:** _____

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)
10 Sep. 2025.	la mamita. manifiesta. que el niño. no asistira. a la unidad. porque mañana tiene libre. y es el unico dia que puede. pasar con el. niño por relaciones afectivas. ya que la mamita pasa la mayor parte trabajando.	Se le informa al padre del familia que es importante la asistencia a la unidad. Para que lo tenga en cuenta	Yrany Galindez	

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
11 Sep 2023	El niño Juan David ingresa a la Unidad aparentemente bien tanto Fisico como emocional.

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

Fundación Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Juan David Pallles Betancur **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Porvvio 1. **AGENTE EDUCATIVO:** Yurani Galindez

MUNICIPIO: San Miguel. **FECHA DE INGRESO:** 01/04/1025

Clasificación de la Información:
CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
22 Agosto 2025.	La Madre. de Juan David. manifiesta que que el niño no asistirá a la unidad. el dia de hoy. Por motivos personales.	Agente educativo le envia un. audio a la madre de familia Para Preguntar el motivo por el cual la madre. no se manifiesta.	Yurany Galindez	

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	Siendo las 4:00 Pm La mamita nos envia un mensaje pidiendo el permiso por motivo de viaje 25 Agosto 2025: Se evidencia que el niño no asistió a la Unidad de Servicio agente educativo intenta Comunicado por telefono pero no es posible Se deja un mensaje pero no es posible Comunicarce teniendo en cuenta. lo anterior Se informa al apoyo Spsicosocial. la Situacion del niño. Apoyo Psicosocial verfica que el niño se encuentro en la Salida salida en adecuados condiciones de salud integrandose adecuadamente con los compañeros. y realizando actividades pedagogica. ANGELA MOSQUERA Apoyo Psicosocial
23/Agosto/25	

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Juan David Palles UNIDAD DE ATENCIÓN: Parbulos 7 AGENTE EDUCATIVO: Ana Julia

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

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
06-8-2025	Durante larealizacion de llamada a alista se puede luidenciar la inasistencia del niño JuanDavid	Agente educativa realiza llamada para tener informacion sobre la inasistencia del niño Juan David, a la cual la madre nos informa por medio mensaje wasp que el niño hoy amaneció con mucha gripa ello lo quiere cuidar en casa.	Ana Julia Lopez	

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
07-8-2023	Abente educativa realizo llamada Siendo 11:35 para saber el estado de salud del niño Juan David la cual la madre nos refiere que, Sigue mejor. Se observa que niño sigue mejor pero hay que tenerlo vigilado para saber si ya estabien, el dia de hoy el niño paso un buendia compartio consos compañeros, tuvo un boen desempeño en la actividades pedagogicas Por esto se cierre Novedad.

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