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: 21 | 08 | 2025

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

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

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

Unidad de Servicio sugerida: Arrullo 7.

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

Número de documento: 1.122.344.178

Fecha nacimiento: 19 | NOV | 2022

Nombres: Kenybis Ihan

Apellidos: Diaz Sumiano.

Presenta discapacidad? ( ) Si (●) No

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

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

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

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

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

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

Departamento residencia: Atlantico

Municipio de residencia: Sabanalarga

Zona: Urbano

Barrio:

Vereda:

Sector:

Dirección:

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

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

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

Número de documento:

Nombres: Grekeilys

Apellidos: Sarmiento

País de nacimiento: Venezuela

Fecha nacimiento: 06 | 01 | 2000

Correo electrónico:

Número de celular:

Número de fijo:

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

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

Nombre y Firma del padre, madre y/o cuidador: Grekeilis Sarmiento

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Yurany Galindez

Observaciones:

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:

Yehibys Ihan Diaz Sarmiento

N° DOCUMENTO: 1.122.344118 **TIPO DOCUMENTO: RC** X **CC** ___ **OTRO** ___

FECHA DE NACIMIENTO: 14 NOV 2022 **EDAD:** 2, 8 m

LUGAR DE NACIMIENTO: Quito Apis.

NOMBRE DE LA UDS: CDI Frentes de Paz.

CODIGO UDS: _____ **BARRIO/VEREDA:** _____

FECHA DE INGRESO: 20-08-2025 **FECHA DE RETIRO:** _____

SISBEN: C2 **EPS:** Mallamas **RÉGIMEN (C)**___ **(S)**___

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

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

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

NOMBRE DE LA MADRE: Gratilis Palmar Sarmiento Arjona

N° CÉDULA: 6140057 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Bolivar D.C.

NOMBRE DEL PADRE: _____

N° CÉDULA: _____ **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** _____

N° DE CELULAR: 3214710568

NOMBRE DEL ACUDIENTE: _____

N° CÉDULA: _____ **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** _____

DIRECCIÓN VIVIENDA: _____ **ZONA POBLACIONAL: (R)**___ **(U)**___

NUMERO DE CELULAR _____

Gratilis Sarmiento
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Yurany Galindez
NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.122.344.128

Indicativo Serial 63693383

6369338383

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

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

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

REGISTRADURIA DE SAN MIGUEL(LA DORADA) - COLOMBIA - PUTUMAYO - SAN M

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
DIAZ	SARMIENTO

Nombre(s)

KEHYBIS IHAN

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2 0 2 2 Mes N O V Día 1 3	MASCULINO	AB	POSITIVO

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

COLOMBIA PUTUMAYO PUERTO ASIS

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	221159102003 86

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

Apellidos y nombres completos

SARMIENTO ARJONA GREKEILIS RAIMAR

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
DE 6140457	VENEZUELA

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

Apellidos y nombres completos

DIAZ HERNANDEZ KEHIBIS LIREISE

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
DE 6140568	VENEZUELA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

DIAZ HERNANDEZ KEHIBIS LIREISE

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
DE 6140568	Diaz

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2 0 2 2 Mes N O V Día 2 3	ERIKA NATALIA OROZCO PINEDA - REG Nombre y firma

dispapeles 60395

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

REPÚBLICA DE COLOMBIA

PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN

NO. 6140457

SARMIENTO ARJONA
APELLIDOS

COL

GREKEILIS RAIMAR
NOMBRES

VEN
NACIONALIDAD

F
SEXO

27953784
DNI TEM.

06-01-2000
FECHA DE NACIMIENTO

05-08-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO



VÁLIDO

FIRMA

E2385590

ENVÍE DERECHO

El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información migratoria.

Juan Francisco Espinosa Palacios
Director General de Migración Colombia

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL6140457<<5<<<<<<<<<<<<<<<
0001063F3105308VENE2385590<<<4
SARMIENTO<ARJONA<<GREKEILIS<RA

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

5

Registro válido

Fecha de consulta: 11/08/2025

Ficha: 8675767495270000281 6

C2

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: KEHYBIS IHAN

Apellidos: DIAZ SARMIENTO

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122344128

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 16/11/2022

Última actualización ciudadano: 25/11/2022

Última actualización via registros administrativos: 25/11/2023

***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

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEducación - Ministerio de Educación
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ICETEX

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):	LIMAS YANDUN EMILY ZULEMA
Identificación:	RC: 1122344107
Municipio:	SAN MIGUEL
Nivel Sisben:	N
IPS Asignada:	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA - PRINCIPAL
Estado:	Activo
Fecha de Afiliación:	2022-10-04
Regimen:	Subsidiado
Condición Discapacidad:	N
Tipo Discapacidad:	NA
Tipo Afiliación:	SAT Res. 768 de 2018
Nivel :	

Observación :

Dada el miércoles, 20 de agosto 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

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	1122344128
NOMBRES	KEHYBIS IHAN
APELLIDOS	DIAZ SARMIENTO
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	21/11/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/25/2025 09:08:52	Estación de origen:	192.168.70.220

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

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el

8


E.P.S. INDIGENA
"La Oportunidad Sana para una Comunidad con Futuro"
DIAZ SARMIENTO KEHYBIS IHAN
Nombres y Apellidos Completos
Doc. Identificación: RC 1122344128 Género: M
Fecha Nacimiento: 19/11/2002 Nivel Sisben:
Fecha Afiliación: 21/11/2024 Discapacidad: NA - N
Dirección: BARRIO SAN FELIPE
Ips Primaria: ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA


Personería Jurídica No. 0017 de 2001 del Ministerio del Interior - DGAI
POR SER INDIGENA EL PORTADOR DE ESTE CARNÉ
NO DEBERÁ PAGAR COPAGOS NI CUOTAS MODERADORAS
Es indispensable la presentación de éste carné para acceder a los servicios contemplados en el POSS
Válido únicamente en la Red
GERENTE MALLAMAS EPS-I
LINEA SALUDABLE 01 8000 9 13701
ESTE CARNET ES DE USO PERSONAL E INTRANSFERIBLE

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA ...Sanos



E.S.E. HOSPITAL LA DORADA

MIS DATOS

Nombres: KEIBIS IHAN	Apellidos: DIAZ SARMIENTO
Fecha de nacimiento: 19 (DÍA) / 11 (MES) / 2022 (AÑO)	Historia Clínica: 1122544128
Barrio/Vereda: B/ SAN FELIPE	Responsable del niño:
Teléfono:	EPS: 115

CONDICIONES DEL NIÑO(A) AL NACER

Necesidad de reanimación: SI ☐ NO ☒

APAGAR al minuto: 7 APAGAR a los 5 minutos: 10.

Peso: 3240 Talla: 52 Perímetro Cefálico: _____

Ictericia: Si Antes de 24 horas: _____ Después de 72 horas: X

¿Estuvo en fototerapia? SI ☐ NO ☒ ¿Dónde? _____

Grupo sanguíneo: AB (+)

Perímetro braquial

¿Estuvo hospitalizado? SI NO X

¿Dónde? *UCI **UCE CUNA

¿Cuánto tiempo? _____

Diagnostico: _____

- TSH: _____ Resultado: _____

ANTES DE SALIR DE LA CLÍNICA

¿Le aplicaron las vacunas? SI X NO

¿A qué tiempo de nacimiento comenzó la lactancia materna?

Antes de la hora SI X NO

Después de la hora SI NO

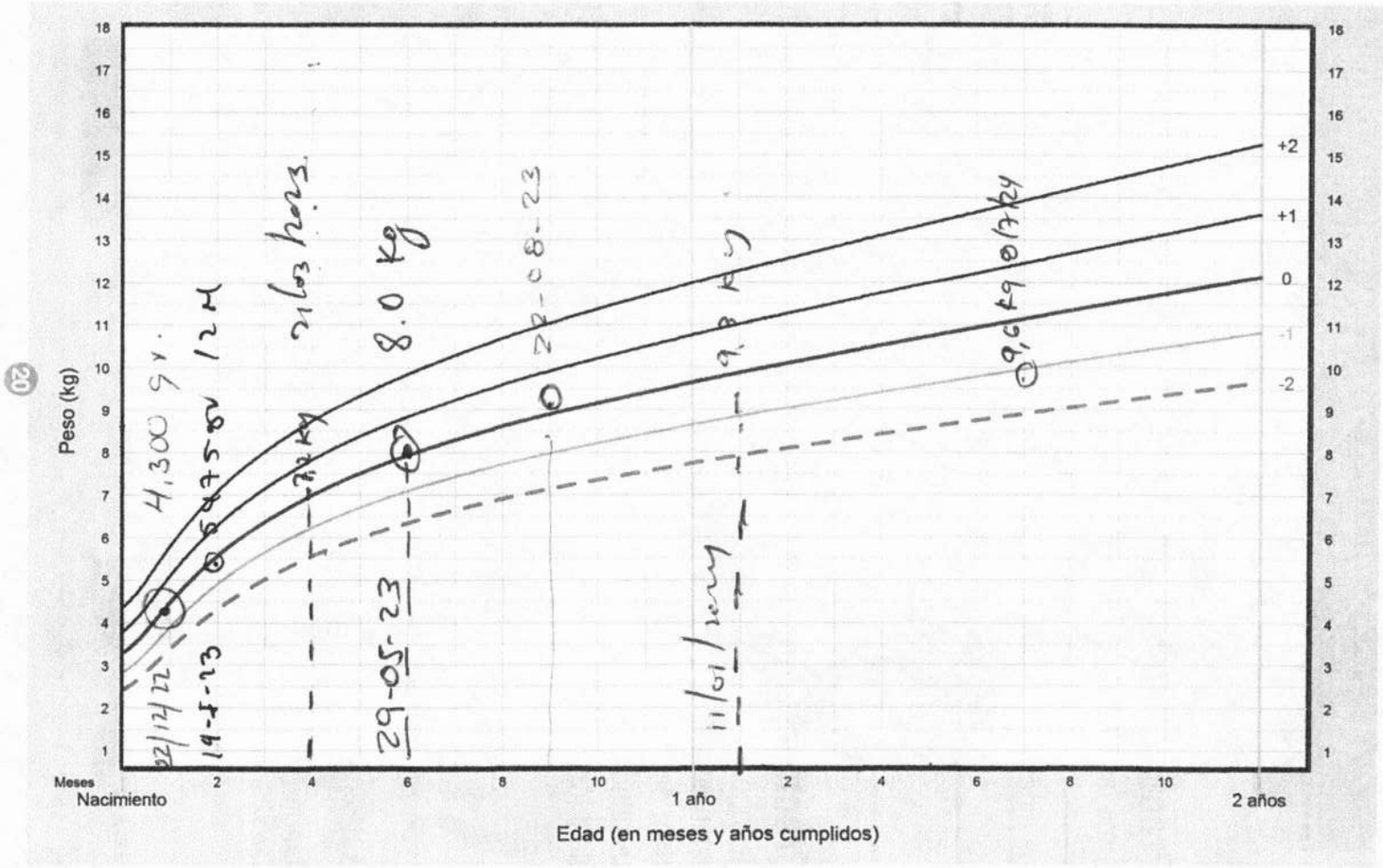
Antes de salir de la clínica SI NO

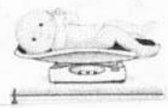
CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
22'	Dic	22	Med.	SI ✓	
19	01	23	Enf.	SI ✓	
19	Marzo	23	Medico		
19	Mayo	2023.	ENF. SI		
19	SEPT.	2023	ENF	Si ✓	
19	NOV	2023	Medic		X
11	01	2024	Med		
20	05	2024			
08	Julio	2024	enferm	SI	✓
19	~~octubre~~ Noviembre	2024	Medico	—	Dra. Magaly Cabrera Medico General RM 0927189 Urbanite
20	Noviembre	2025	Médico	SI	
19	Nov	2026	Enfermería		

Peso para la Edad Niños

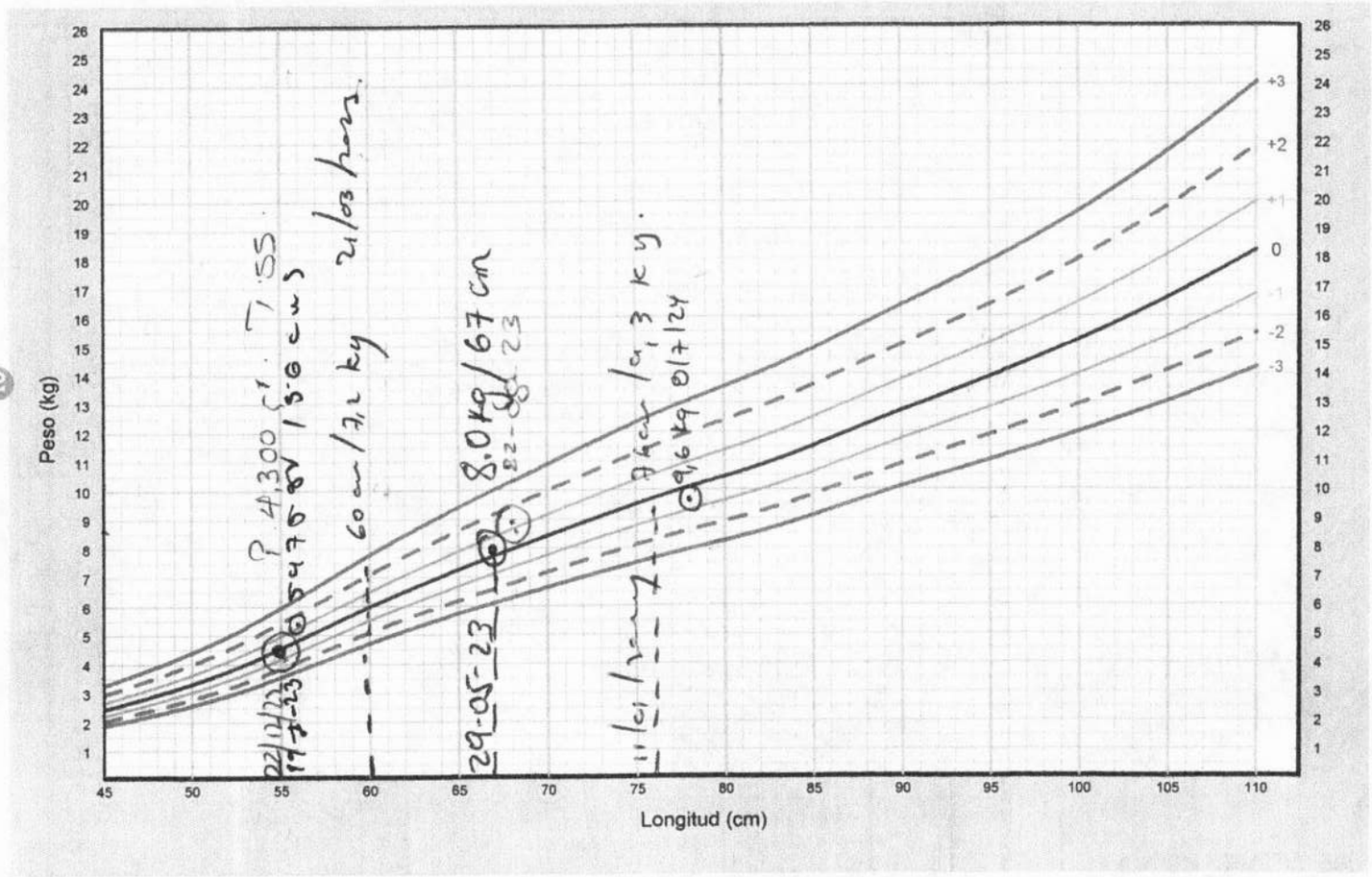
Puntuación Z (0 a 2 años)





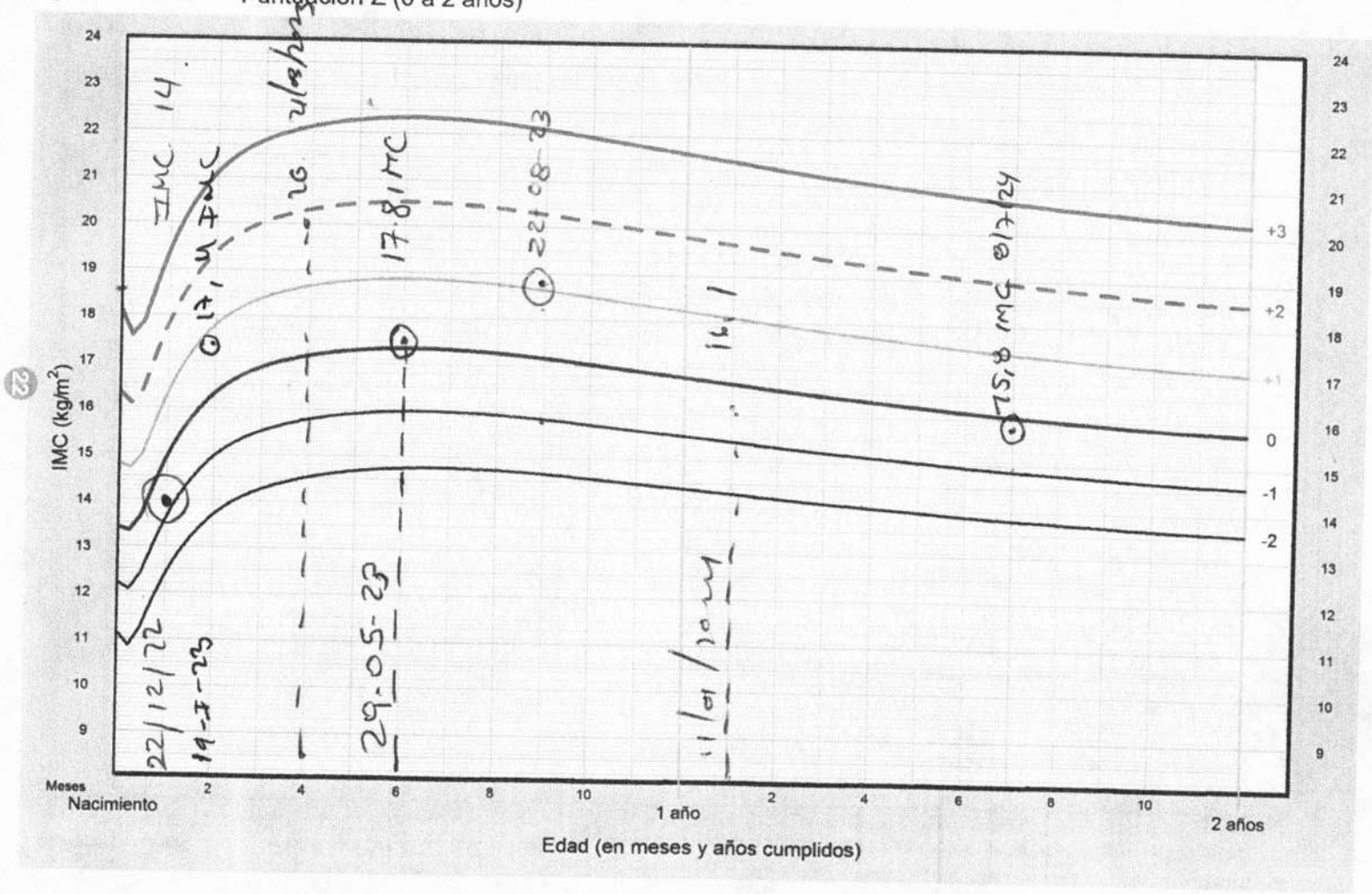
Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



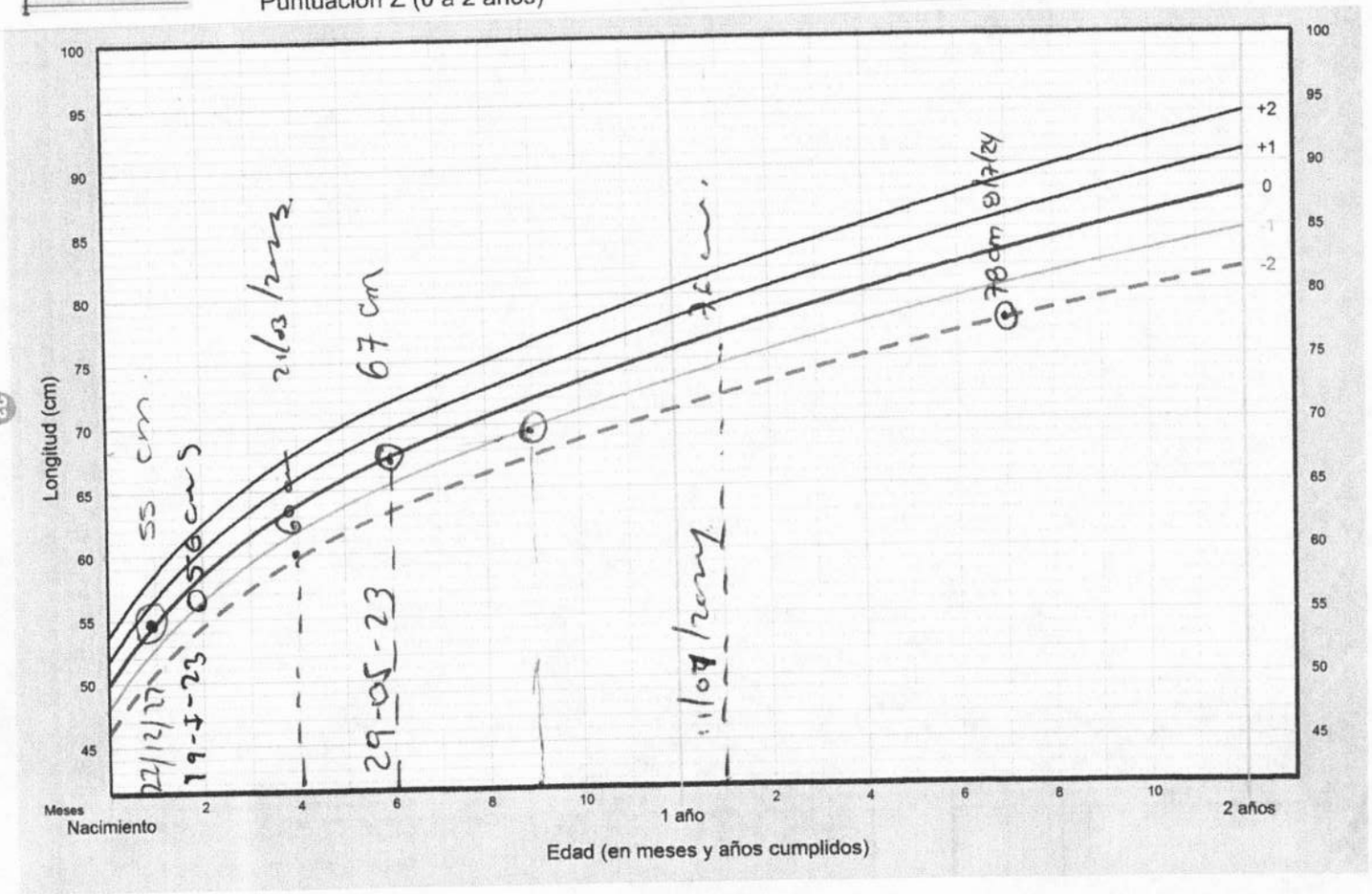
IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



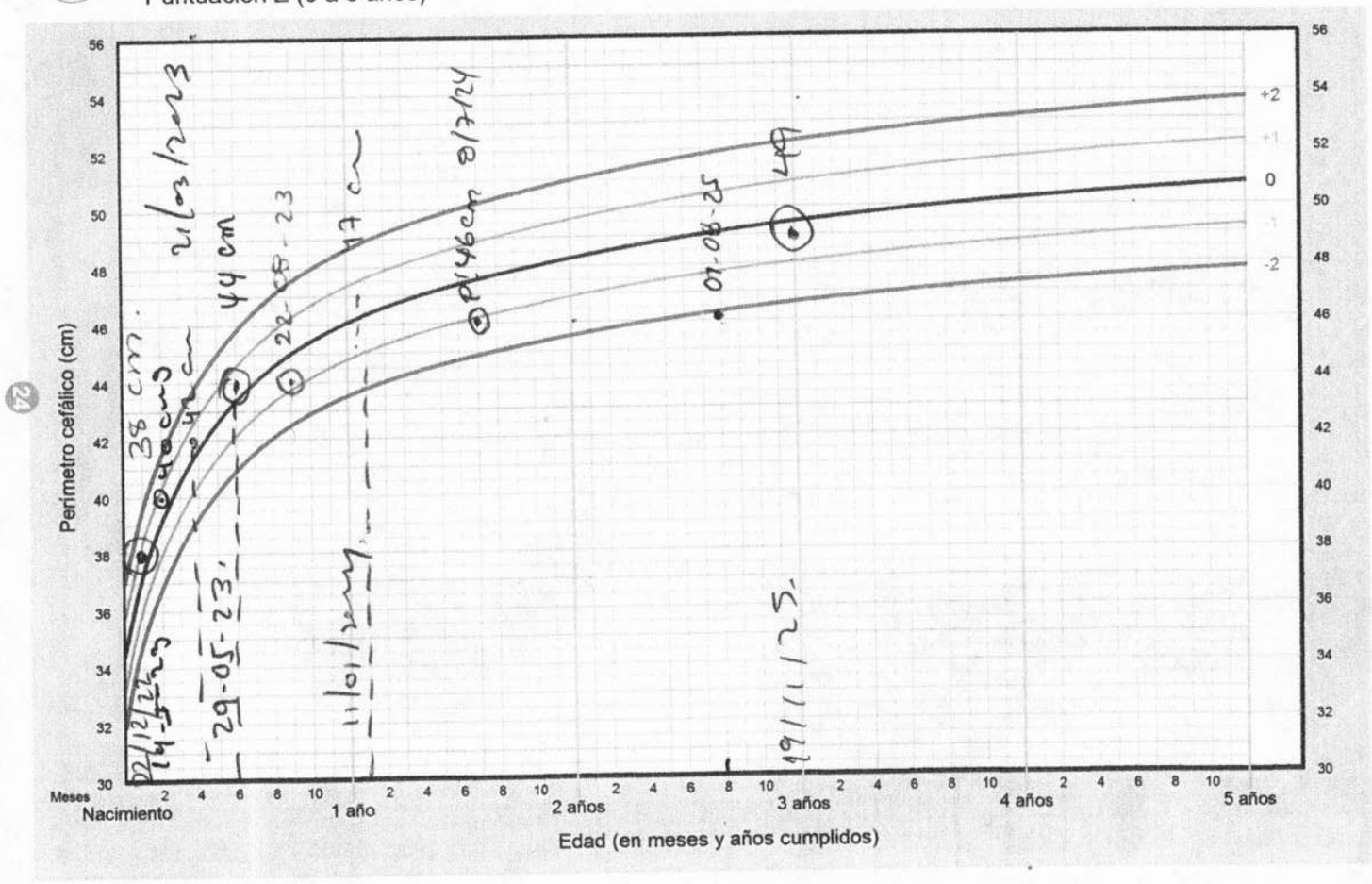
Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



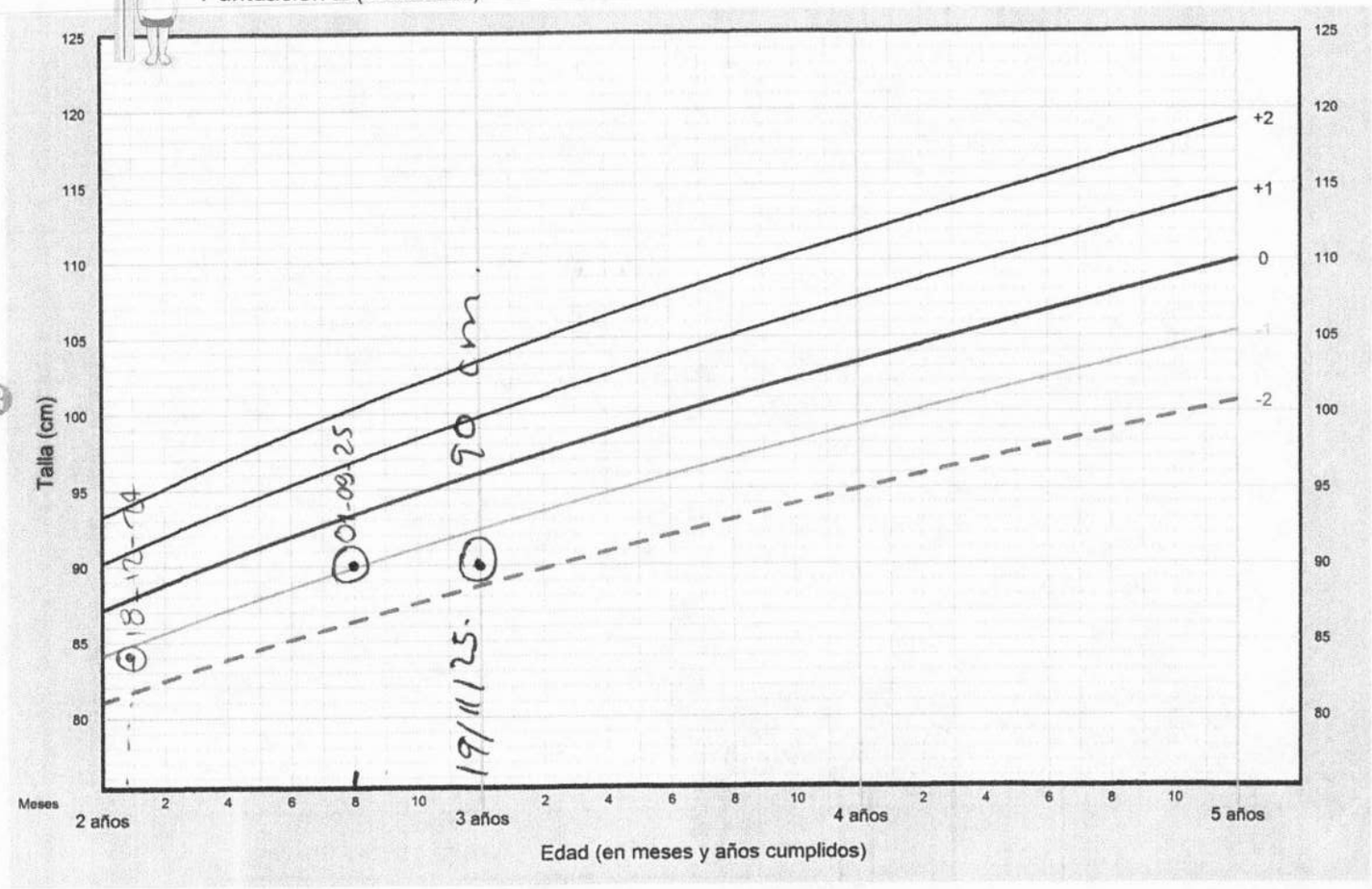
Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)



Talla para la Edad Niños

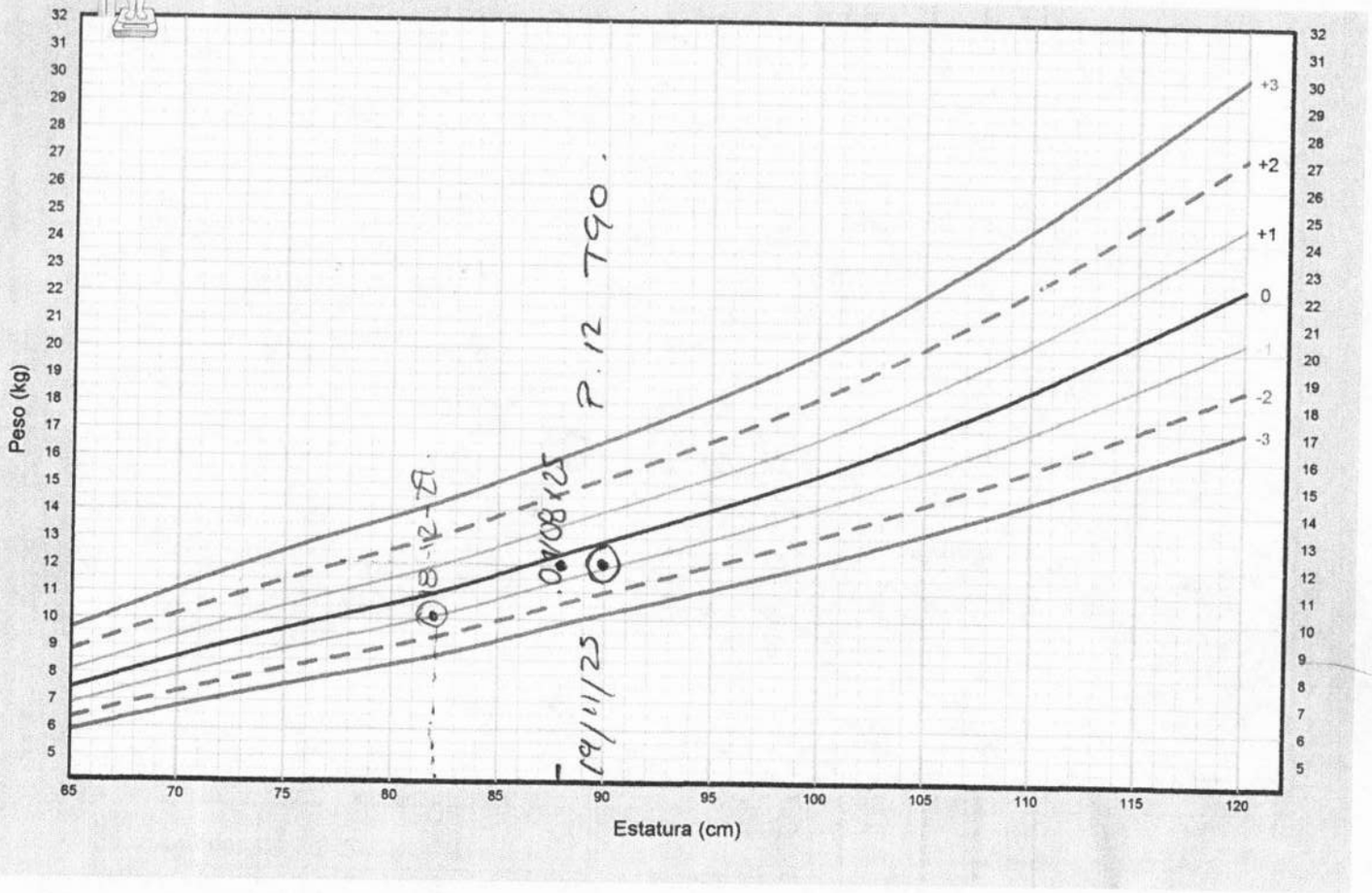
Puntuación Z (2 a 5años)





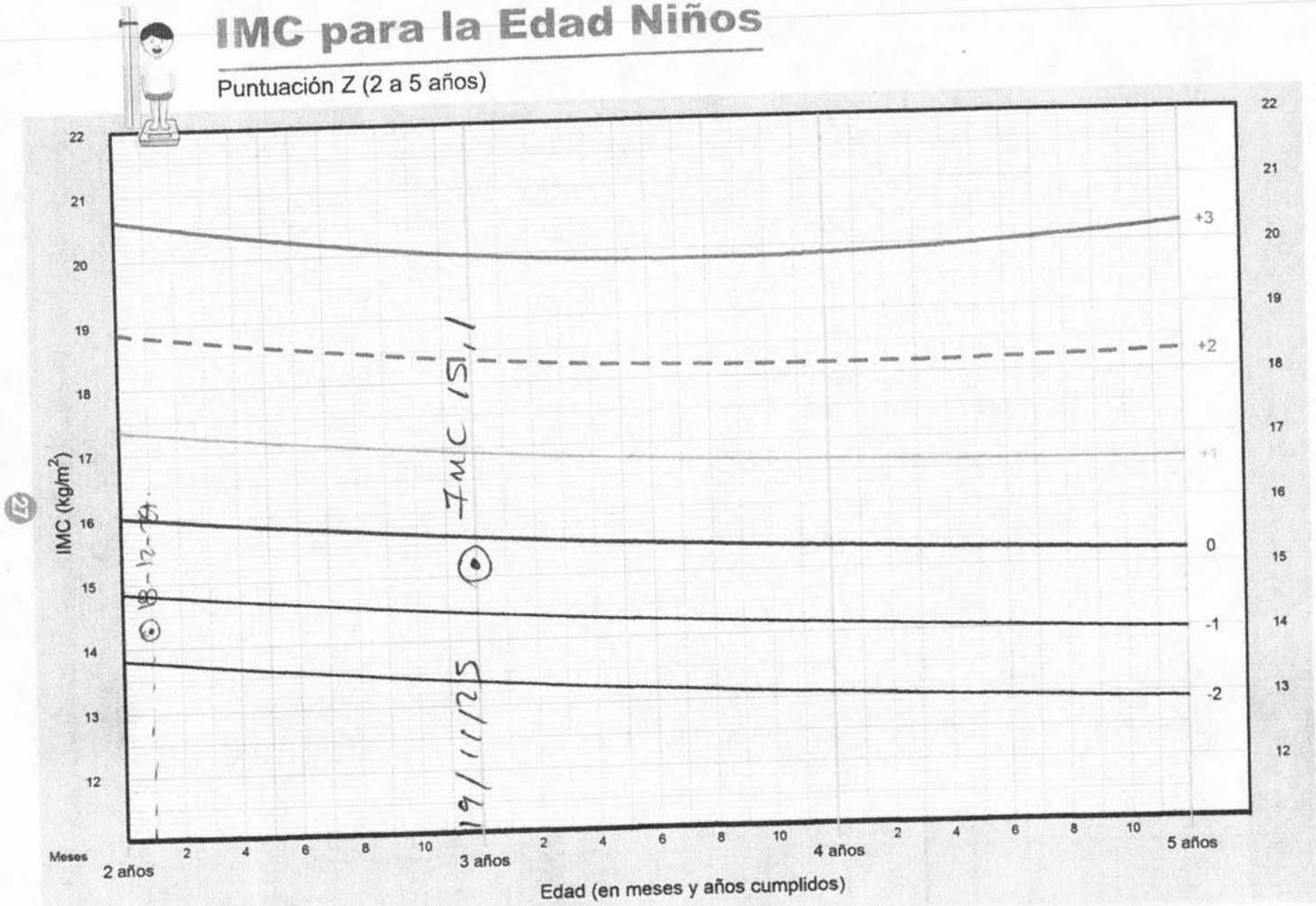
Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
22/12/22	4.300	55	38	14	14	19/01/23	Dra. Milagros Cabrera Médico General R.M. 67027189-Univalle
19/01/23	5475	56	40	14	17.4	19/03/23	Victor Evaristo
21/03/2023.	7,2.	60.	42.	15	20	19/05/2023	
29-05-23	8.0kg	67cm	44 cm	15 cm	17.8	19-09-23	
22-08-23	8.6	68cm	44 cm	15 cm	18.6	19 NOV-23	
11/01/2024.	9,3	76.	47	15.	14,1	20/05/2024	
08/07/2024	9,6	78	46	15,5	15,8	19/11/2024	Milena C.
01-09-2025	11.6	88	46	15.5		20/11/2025	Victor Bejarano
19/11/25.	12,1	90	49.	17	15,1	19/11/26	Dra. Milagros Cabrera Médico General R.M. 67027189-Univalle

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					
	Cardiopatía 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, paperas, 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: Diaz Saimiento

Fecha de nacimiento: 19 Noviembre 22

Nº de certificado de nacido vivo: 221159102000386

Registro civil: 1122344788.

Sexo: Masculino

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: 3240 Talla: 52 cm 38

Dirección:

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Responsable: Grekelis Raimar Saimiento Arjona

Municipio de residencia: San Miguel

Departamento: Putumayo

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	19	NOV	22	Serum	203711HA0301	Hlocalpto	Asc			Javier Ramirez
	Hepatitis B	Recién nacido	19	Nov	2	Serum	203210D13d	Hlocalpto	Asc			Javier Ramirez
2 meses	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	1.ª	19	01	23	Biolos	21410141					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	19	01	23		285IY02LB					
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª	19	01	23	Serum	11111111	HFLD	Cita 19 marzo 2023			Daniela Casanova Ter. Asc. en Enfermeria CC No. 1007728227
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.ª	19	01	23							
	Diarrea por rotavirus	1.ª	19	01	23	GSK	ARDLCSSDD					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	19	01	23	Pfizer	FRU897					
4 meses	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	2.ª	21	03	23	Biolo	22060128A					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	21	03	23		285IXOLID		cita 21 mayo 2023			Daniela Casanova Ter. [illegible] CC No. [illegible]
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª	21	03	23	Serum	11111111	HFLD				
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.ª	21	03	23							
	Diarrea por rotavirus	2.ª	21	03	23	Pfizer	ADOIDDGYADD					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	21	03	23	GSK	FRU897					
6 meses	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	3.ª	19	5	23	Serum	220060B					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	19	5	23	Serum	285040388	HFLD				Katy Guerrero
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª	19	5	23	Serum	285040388					
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.ª	19	5	23	Serum	285040388					
	Influenza estacional	1.ª	23	03	2023	Green	V2505530001	HFLD				Mayaly V.
7 meses	Influenza estacional	2.ª	05	07	23	GC	US0052300	HFLD				Karen A
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	20	11	23	Serum	0132NO48B					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	20	11	23	Pfizer	FU9d25					
	Varicela	2.ª	20	11	23	merck	K00061377	HFLD				Karen J.
	Hepatitis A	Única	20	11	23	MSD	WC2715532					
	Influenza estacional	Anual	04	07	24	Butantan	22390011					
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.er refuerzo	04	07	24	Biologicals	2400979/0D	HFLD				Isabel A
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.er refuerzo	04	07	24	Serum	285Z1X0144B	HFLD				Karen J
	Fiebre amarilla	Única	20	11	23	Sanofi	W3D50		Cita: 19-MAYO 2024.			Isabel A.
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª	04	07	24	Serom	01327NO74A	HFLD				Isabel A.
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.ª							Cita: Años Complidos			
		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.

Cita: 5 años Complidos

22

E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA
NIT. 846.002.300-9

Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

Dirección: B/ el Paraíso Cra 7 # 1-36 Teléfono Conmutador: 4210533 - móvil: 3134821413

CARNET RIAS

PRIMERA INFANCIA

E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA

Mi prioridad es tu salud



Nombres y Apellidos: Yuhybis Ilan Diaz

Doc. de Identidad: 1122344128 EPS: Sallamos

Teléfono: 3209710368 Domicilio: B/ Libertad.

		PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) ó AÑOS (A)												
			5 DIAS	1 M	2-3 M	4-5 M	6-8 M	9-11M	12-17M	18-23M	24-29M	30-35M	3 A	4 A	5 A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico													
		Atención en salud por medicina general									12-24-25				
		Atención en salud por enfermería									06-				
		Atención en salud por Odontología													
		Promoción y apoyo de la lactancia materna									18				
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor									X				
		Profilaxis y remoción de placa									X				
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)									30-07-2025 30 años cumplidos				
	V	Vacunación													

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

Yuhybis Ilan Diaz
RS-8-00192

24RV

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 27 MES 08 AÑO 2025 HORA: 2:55 pm

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Kehibo Ihan APELLIDOS Diaz Sarmiento

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1122344128

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 19 MES: Nov AÑO: 2022 EDAD: 2 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Grekelis Sarmiento Tel: 3149710569

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

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

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

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

Miedo a la reaccion

¿CÓMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides).
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar 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.

25

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

Firma de la persona: Graalis sarmiento

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

Nombres _____ Apellidos _____

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

Firma: _____

En caso de requerirse firma a ruego:

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

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

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

de _____

	Firma del Rogado	
Huella dactilar o plantar del Rogante	C.C. N°	C.C. N°

Nombres y apellidos del vacunador: Saoul M

Firma [signature] Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 1122336822

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HTD

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Putumayo MUNICIPIO: Sanmon

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.

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

27

(telefónico, mensajería y/o escrito).

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

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

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

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

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

EDITH ISABEL MENESES
Coordinadora pedagógica

MARGARITA MOSQUERA
Apoyo psicosocial

Grakelis samiento
Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Yurany Galindez
Agente educativa

Huella del niño/niña



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 33718	Pago oportuno hasta:	07-AGO-2025	Mes Facturado
Factura Nro.	2037202545	Suspensión a partir de:	08-AGO-2025	JULIO 2025

1. Información General

Nombre:	CARLOS VELASCO SILVA		07-JUL-2025	Último pago	$ 140,290
Dirección:	BR 7 DE AGOSTO	Tuve servicio de energía entre:	19-JUN-2025 - 18-JUL-2025 (29)		25-JUL-2025

Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Área	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Tarifa	División Geopolítica
SM1	S105	401	1	RESIDENCIAL	URBANA	1	1.0	AEREA	EMPRESA	105	SAN MIGUEL - 7 DE AGOSTO

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	25\07\0025	25\07\0025	PAGO EN EFECTIVO	CONTADO	EEBP 316365

2. Información Consumo Energía

Componentes del Costo (CU): Generación + Transmisión + Distribución + Comercialización + Pérdidas + Restricción = CU ($/KwH)

407.99 + 54.69 + 255.59 + 135.99 + 57.21 + 85.34 = 996.80

2A. Información Medidor

Marca	Serial	Factor Múltiplo
MET	15903009	

2B. Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	11009	10852
Reactiva:		

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

2C. Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	157
Consumo Reactiva KVarh:	0
Costo del consumo $	156497.6
Tarifa (hasta 173 Kwh):	448.9
Subsidio: % 54.9659	-86020.31
Contribución: % 0	0
Sub Total $	70477.29

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

2D. Consumo Ultimos 6 Meses

Mes	Consumo
2025/Jun	221
2025/May	107
2025/Abr	193
2025/Mar	84
2025/Feb	162
2025/Ene	157

Promedio: 154

2E. Información Calidad del Servicio

Tel. O.R. EEPB 01 8000 942415
Transformador SLD109 Grupo 22
DIUG. 30.24 FIUG. 19 Circuito C14
Cargo D: 262.47 Dscto %: 20
CEC: 222.06
DIU: 85.01 FIU: 103.00
HC: 0.00 VC: 2.00

Valor a compensar: 11,657.10

3. Información de Créditos EEBP

Tipo de Plan	Capital Crédito	No. Cuotas	Saldo Capital	Cuotas Pagadas	Cuotas por Facturar

Gerente General

4. Detalle Conceptos del Servicio de Energía

Conceptos EEBP	Valor Liquidado	Saldo Anterior	Saldo a Favor o Anticipado	TOTAL
ACTIVA SENCILLA MONOMIA	156,497.60	0	0.00	156,498
SUBSIDIO	- 86,020.31	0	0.00	- 86,020
AJUSTE A SUBSIDIO	2,869.10	0	0.00	2,869
COMPENSACION RES.CREG_015/2018	- 11,657.10	0	0.00	11,657
AJUSTE A LA DECENA	4.71	0	0.00	5

5. Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP

61,694

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	15,066	0	15,066

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	0	0		0 0
Aseo*	Alcaldia San Mi	Cra 4 Cll 7 Esq B/La Liberta		6,000	0	0	0	0		0 6,000

*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
					0 0 0

Total EEBP	+	Total Impuesto Alumbrado público	+	Total Aseo y/o Alcantarillado	+	Total Otros Convenios	=	Debo pagar en Total
61,694		15,066		6,000		0		82,760

CUFE:

ea0d5c1aae4c1623aee82fcd42724d4f3223d58a5682771798f6c0f359f66
06a88f3bab6335eabf37a641118c4745b46de

(415)7709998005532(8020)1000203720254515(3900)0000082760(96)20250807

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

www.eebpsa.com.co @eebpsaesp /eebpsa

Fac. Electronica: EEBP 316365

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

Esta Factura presta Mérito Ejecutivo de acuerdo a las Normas del Derecho Civil y Comercial Ley 142 Art. 130

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad

Nombre completo de la niña o niño Keihbis Ihan Diaz Sarmiento 29 RV

Fecha de nacimiento 19 (Día) 11 (Mes) 2022 **N° Documento de Identidad** 1.122 344128

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Yurany Galindez

Fecha de registro 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

Se logra evidenciar que es un niño muy activo cada dia ha mejorado su expresion oral, la Cordinacion a la hora de realizar las actividades aunque hay que seguir fortaleciendo la Independencia. a la hora de Vestirce y de Comer.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de registro 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)***

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

BIENESTAR FAMILIAR

31 RV

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Kaibis Ihon Diaz UNIDAD DE ATENCIÓN: Parvito 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)
18 Nov. 025. 20 Nov. 025	Se evidencia que durante la revision de Carpeta Ihon tiene control y desarrollo el 20 de este mes de noviembre.	Se le informa a la mamita dio antes para que se acerque a la Unidad del hospital. a sacar la cita. Se logra evidenciar que el niño ya asistio a la cita del control pendiente por lo tanto se sierra novedad.	Yurany Galindez	Graciela Samiento

BIENESTAR FAMILIAR

32 RV

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Keibis Diaz **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)
29 oct 023 30 oct 023	Se realizo el llamado de asistencia y se logro evidenciar que el niño no asistio a la unidad. Se realizo el llamado de asistencia y se logra evidenciar que ingreso a la Unidad.	Se envia mensaje de texto a los familiares para Saber el motivo de la Inasistencia y se logra evidenciar que por motivo de lluvia y Sintomas de Gripa el niño no asistio a la unidad. Se evidencia que ingresa a la Unidad con Sintomas de gripa pero aparentemente se bien Para Cerrar novedad	Yurany Galindez	Graxalis Sarmiento

BIENESTAR FAMILIAR

33 RV

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Ihan. Diaz **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulo 7. **AGENTE EDUCATIVO:** Yurany Galindez

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

Clasificación de la Información:
CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
28 OCT. 025	Se comunica la mamita del niño que va a retirar el niño antes de la jornada. siendo la 11:40 am.	Se le entrega el niño bien. y para constancia se firma la novedad. y se informa al grupo psicosocial. para tener novedad.		Grokel is sarmiento.

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: IHAN' DIAZ 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)
24 Oct 025 27 oct025	Se realizo el llamado de asistencia. y se logra evidenciar que el niño no asisto a la Unidad	Se envia mensaje de texto para saber el motivo de la inasistencia Se logra evidenciar y Observar que el niño ingreso a la Unidad aparentemente bien. Para cerrar novedad.		Grekalis Saavmiento Grekalis S.

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

35 Pv

NOMBRE DEL USUARIO: Keibys Ihan Diaz **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)
14 Oct 2025	Se realizó el llamado de asistencia. y se logro evidenciar que el niño no asistio a la unidad.	Se realizo llamadas telefonicas. y la mamita manifiesta. que no se encuentra en el municipio que mañana ya ingresa el niño a la unidad. Se le informa a la mamita la importancia de la asistencia del niño a la unidad.	Yurany Galindez	Díaz Keibys
15 Oct 2025.	Se realizo el llamado de asistencia y la mamita. nos manifiesta que el. niño asistira pero que. en hora de la jornada ella se acercara a la unidad Para darle medicamentos.	Se logra evidenciar que el niño asistio a la unidad. Con un poco de tos. pero aparentemente se ve bien.	Yurany Galindez	

BIENESTAR FAMILIAR

36RV

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Keibis Ihan. UNIDAD DE ATENCIÓN: Parvulo 1. AGENTE EDUCATIVO: Yurani Galindez

MUNICIPIO: San. Miguel. FECHA DE INGRESO: _____

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
07/oct/025 10 oct 025	Angente. educativo se comunica. Con. la. madre de Ihan. para Saber. el estado de salud del. niño y nos manifiesta que el niño se encuentra con. Sintomas de Fiebre gripa y tos. Se envia mensaje de texto para Saber el estado de la Salud del niño	Se le informa a la mamita. la importancia de acudir a la. Valoracion. de un. medico. para el bienestar del niño. y que nos tenga informados. del estado de salud del niño Una vez enviado el mensaje de texto. la mamita nos manifiesta que. ya se encuentra mejor y que sigue en tratamiento.	Yurani Galindez	– Dian Kehybiz

BIENESTAR FAMILIAR

37 Pv

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Keibys Ihan Diaz UNIDAD DE ATENCIÓN: Parvulo 7. AGENTE EDUCATIVO: Yurani Galindez

MUNICIPIO: San Miguel. FECHA DE INGRESO: _____

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
03-10-025.	Se realiza el llamado de asistencia y se logra evidencia que el niño no asistio por las instalaciones de la unidad	Se envia un mensaje de texto a los familiares para saber el motivo de su inasistencia y se logra evidenciar que tenia mucha gripa y que por motivo de lluvia no asistio a la unidad.	Yurani Galindez.	Granelis Sarmiento

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
14.10.025	Se logra evidenciar que el niño no asistio a la Unidad. por motivo de viaje pero que mañana 15-10-025 ingresa a la Unidad Grekelis Sarmiento

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

BIENESTAR FAMILIAR

38 RV

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Kehibis Ihan. Diaz. **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulo 1. **AGENTE EDUCATIVO:** Yurani Galindez

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

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
23 sep 2025 22 Sep. 2025	Se realiza el llamado de asistencia y se evidencia que el niño no asistio a la unidad.	Se manifiesta la mamita informando que el niño no asistio a la unidad por motivos de Salud. que tiene mucha tos y Gripa. Se evidencia el ingreso del niño a la unidad. aparentemente con un poquito de gripa y tos.	Yurani Galindez	Grakailis Saavedra

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

39 AV

NOMBRE DEL USUARIO: Kenibas Ithan Diaz 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)
08 sep. 2025	La mamita nos informa por medio de un mensaje de texto que el niño no asistirá a la unidad porque tiene que hacer una diligencia familiar y no tiene con quien dejarlo	Se le manifiesta a la mamita que igual por la inasistencia se le realizara la novedad.	Yurany Galindez	Brakalis sarmiento

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
09 Sep 2023	Se evidenua el ingreso del niño Ihan al CDI aparentemente bien.

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