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: 1 | 04 | 2025

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

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

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

Unidad de Servicio sugerida: CDI Frontera de Paz

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

Número de documento: 1122344150.

Fecha nacimiento: 20 | DIC | 2022.

Nombres: Lina Gabriela **Apellidos:** Cabreta Palma.

¿Presenta discapacidad? ( ) Si ( ) No

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

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

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

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

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

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

Departamento residencia: Putumayo **Municipio de residencia:** San Miguel **Zona:** Urbana **Barrio:** Los prados **Vereda:**

Sector: urbano **Dirección:**

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

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

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

Número de documento: 1122342499.

Nombres: Nohora Mayerly **Apellidos:** Palma Herrera. **País de nacimiento:** Colombia **Fecha nacimiento:** 25 | 07 | 1998

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 (X) Si ( ) No

Nombre y Firma del padre, madre y/o cuidador: Nohora Palma.

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Alexandra Criollo

Observaciones:

Fundación Alma de Vida

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:
Lina Gabriela Cabrera Palma

N° DOCUMENTO: 1122344150 **TIPO DOCUMENTO:** RC X CC ___ OTRO ___
FECHA DE NACIMIENTO: 20-DIC-2022. **EDAD:** 2años - 3 mes
LUGAR DE NACIMIENTO: Puerto Asis Pty

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

SISBEN: ___ **EPS:** Nueva EPS **RÉGIMEN (C)**___ **(S)** X
DESPLAZADO: SI___ NO___ **DISCAPACIDAD:** SI___ NO X ¿CUAL? ___
GRUPO ETNICO: SI X NO___ ¿CUAL? AWA la Unión La dorada.
GRUPO AFROCOLOMBIANO: SI___ NO___ ¿CUAL? ___
NOMBRE DE LA MADRE: Nohora Mayerly Palma Herrera
N° CÉDULA: 1122342499 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Miguel
NOMBRE DEL PADRE: Christian Roberto. Cabrera Montenegro.
N° CÉDULA: 1126455575 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Valle del Guamuez
N° DE CELULAR: 3106071761 - 3137667148
NOMBRE DEL ACUDIENTE: Nohora Mayerly Palma.
N° CÉDULA: 1122342499 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Miguel.
DIRECCIÓN VIVIENDA: B/ los prados. **ZONA POBLACIONAL:** (R)___ (U)___
NUMERO DE CELULAR 3137667148 - 3106071761

Nohora Palma
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Alexandra Criollo
NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO

2 años 3m

3

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO
Número: **N** 2874797

NUIP 1.122.344.150

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
CABRERA PALMA LINA GABRIELA

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)			Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año 2022	Mes DIC	Día 20	FEMENINO	B +

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

Fecha de Inscripción (Mes en letras)			Indicativo serial
Año 2022	Mes DIC	Día 26	0063693410

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
PALMA HERRERA NOHORA MAYERLY

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.122.342.499	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
CABRERA MONTERO CHRISTIAN ROBERTH

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.126.455.575	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
CABRERA MONTERO CHRISTIAN ROBERTH

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.126.455.575

Espacio para notas

VALIDO PARA TRAMITES LEGALES Y CIVILES

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio	Código
COLOMBIA PUTUMAYO SAN MIGUEL(LA DORADA)	X 6 2

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)
Año 2022 Mes DIC Día 26

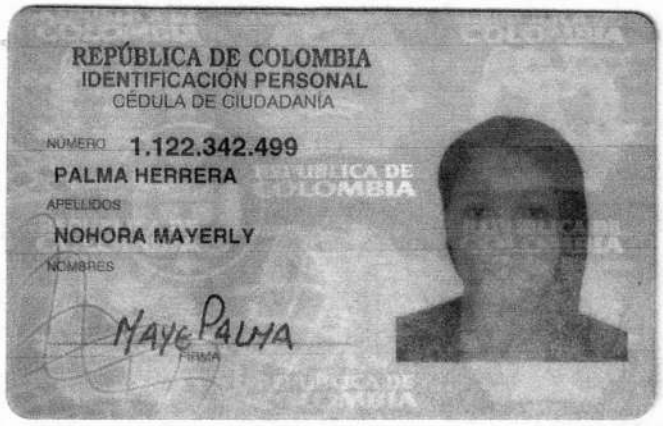
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil
30948511-8

Nombre y firma del funcionario

Carolina Sacanambuy
JENNY CAROLINA SACANAMBUY GOMEZ...

Registrador del Estado Civil



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.122.342.499

PALMA HERRERA

APELLIDOS

NOHORA MAYERLY

NOMBRES

Maye Palma

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 25-JUL-1998
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.57 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
01-AGO-2016 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-6401800-00849577-F-1122342499-20160917 0051274933A 1 46160726

REPUBLICA DE COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.126.455.575**

CABRERA MONTERO

APELLIDOS

CHRISTIAN ROBERT

NOMBRES

Christian Cabrera

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **15-ABR-1995**

VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.67	**A+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

17-JUN-2013 VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-6402800-00461890-M-1126455575-20130902 **0034**631423A 1 40490545

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

EN PAZ CON LA NATURALEZA

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

HACE CONSTAR QUE:

LINA GABRIELA CABRERA PALMA identificada con Registro Civil No. **1122344150** expedida en San Miguel – la Dorada, se encuentra afiliada y está registrado en el censo poblacional del cabildo indígena AWA LA UNION LA DORADA PUTUMAYO.

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

En constancia se firma en la Dorada, San Miguel Putumayo a los tres (03) día del mes de junio de 2025.

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

EN PAZ CON LA NATURALEZA

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1122344150
NOMBRES	LINA GABRIELA
APELLIDOS	CABRERA PALMA
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	NUEVA EPS S.A. -CM	SUBSIDIADO	01/10/2024	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/10/2025 15:47:23	**Estación de origen:**	2801:12:c800:2070::1

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

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado

nueva eps

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) LINA GABRIELA CABRERA PALMA identificado(a) con RC 1122344150 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 04/03/2025

Estado de la Afiliación: **Vigente**

IPS: **E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA**

Categoría: **SISBEN_1**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 4 días del mes 4 del año 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS. NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

9
RV

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

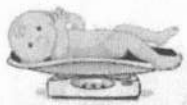
...Sanos



E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

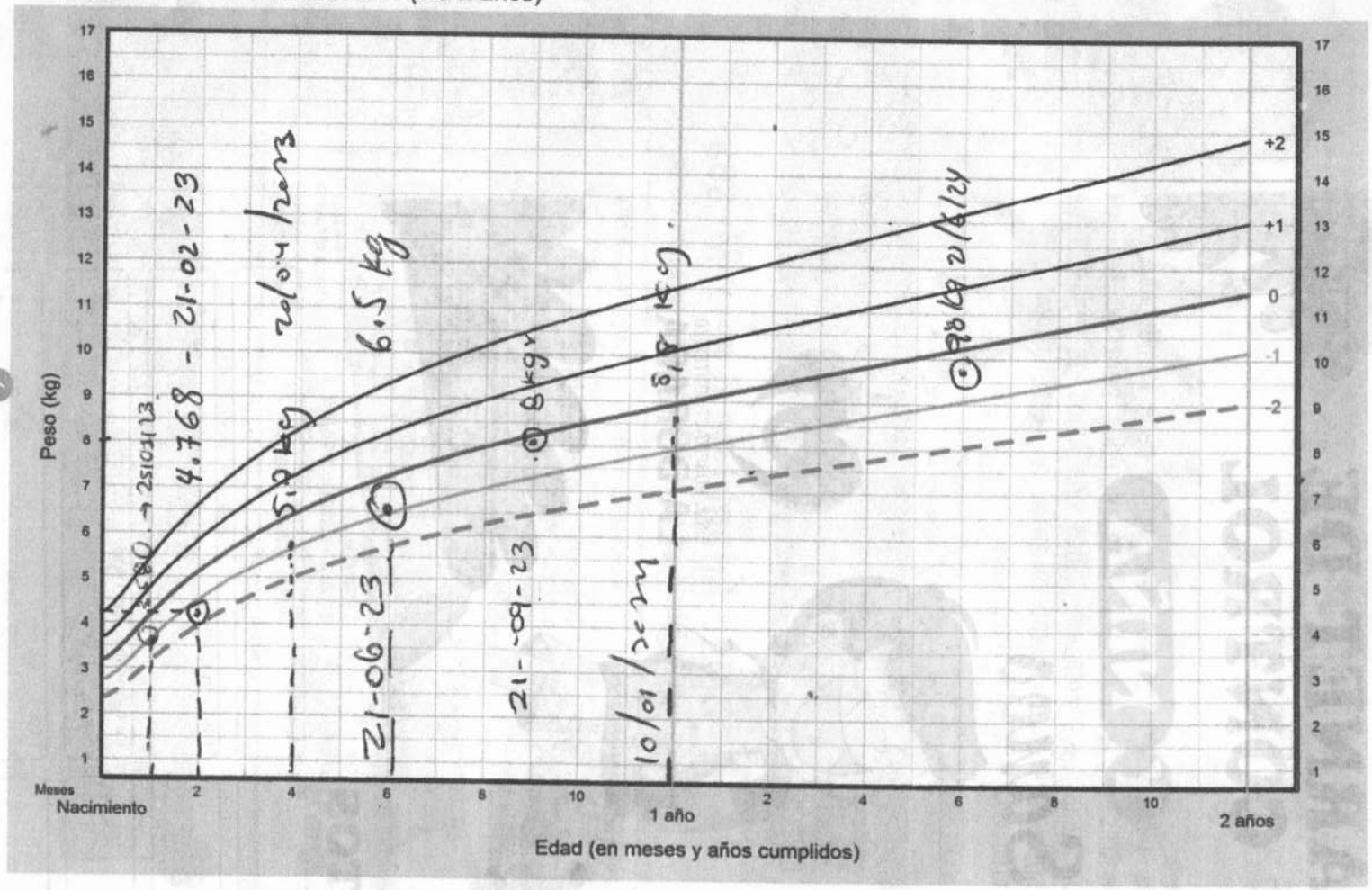
MIS DATOS

Nombres: LINA GABRIELA	Apellidos: CABRERA PALMA.
Fecha de nacimiento: DÍA 20 | MES 12 | AÑO 2022	Historia Clínica:
Barrio/Vereda: B/ los PRADOS	Responsable del niño: MAYERLY PALMA.
Teléfono: 3106071761	EPS: EMSSANAR.



Peso para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
25/01/23	3.590	53	36	11	12.5	20/02/23	[illegible]
21-02-23	4.768	57	38	13	14.5	20-04-23	
20/04/2023.	5,7	62.	41	15	14.8	20/06/2023	[illegible]
21-06-23	6.5 Kg	65 cm	41	15	15.4	20-09-23	[illegible]
21-09-23	8 kg	70 cm	43	14	16.3	20-12-23	[illegible]
10/01/2024.	8,8	73	45	14	16,5	20/06/2024	Sandra Milena Castañ… Enfermera
21/6/2024	9.8	80	46	14	15,3	20/12/2024	[illegible] 59314168
23/12/2024	11	85	96	16	15,2.	26/07/2025	[illegible]
26-06-2025	12,4	93	52	16	14,6	20-12-2025.	Dra. Natali… Médica Rm 10… Uni. Sur

35

11
12

Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)

Peso (kg)

Longitud (cm)

2 Sep. Talla 3. 25/02/23

P= 4.7 kg/T 57cm - 21-02-23

62 cm / 5.1 kg 20/04/2023

6.5 kg / 65 cm 21-06-23

21-09-23 8 kg - 70cm

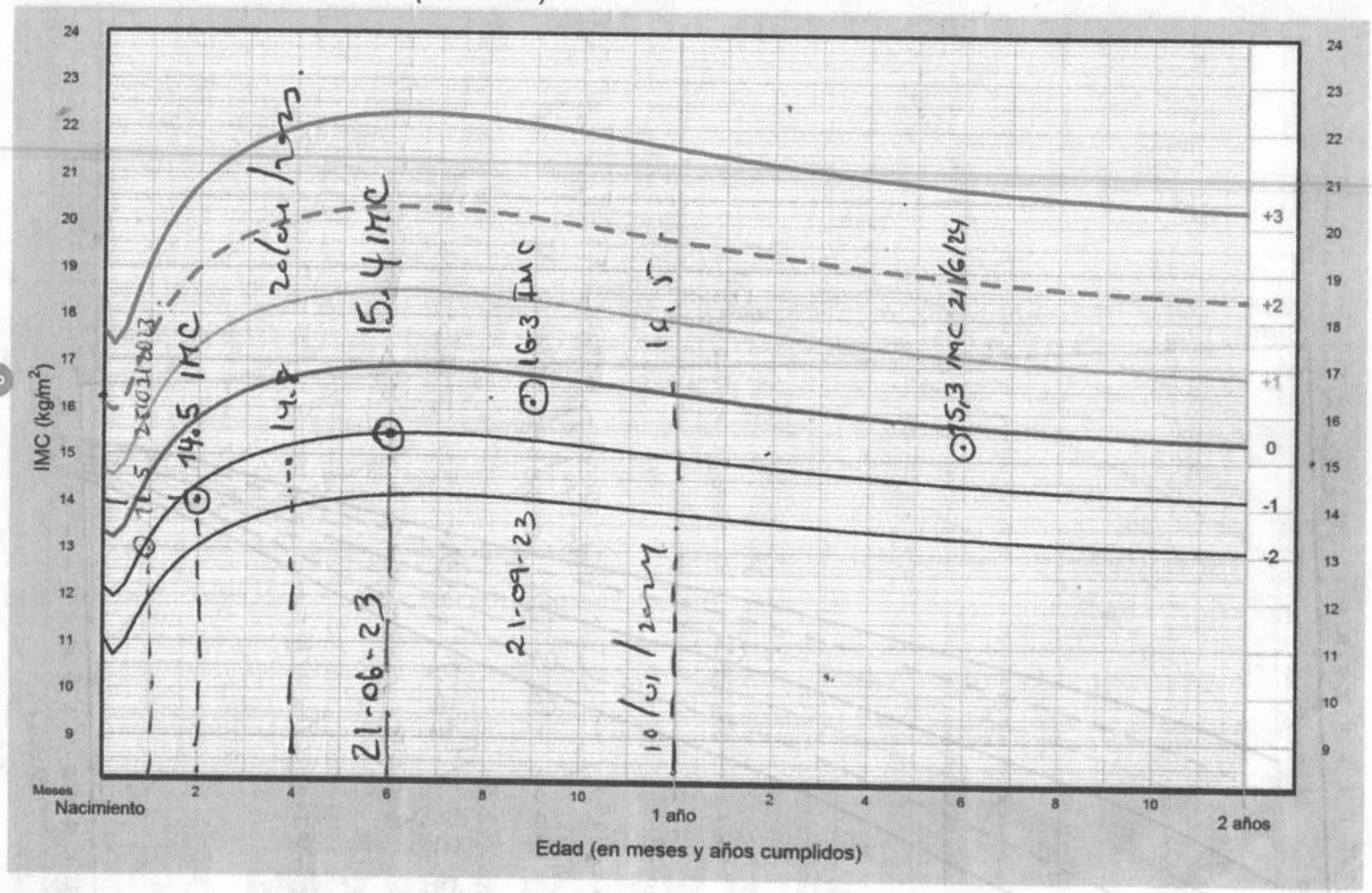
10/01/ 73 cm / 8.8 kg

P: 9.8 kg T/80cm 21/6/24

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

IMC para la Edad Niñas

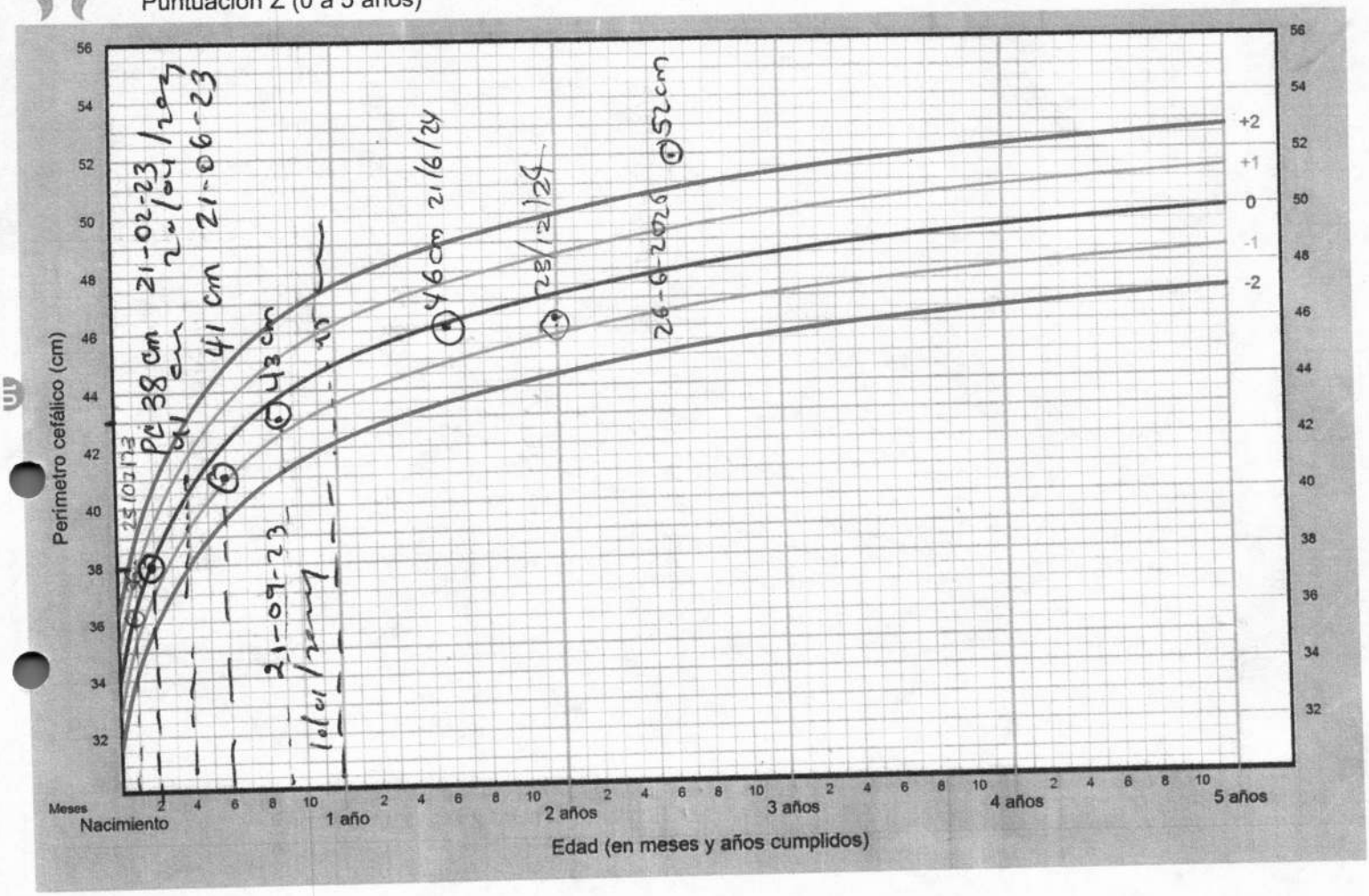
Puntuación Z (0 a 2 años)



Talla para la Edad Niñas
Puntuación Z (0 a 2 años)
Longitud (cm)
Meses
Nacimiento
1 año
2 años
Edad (en meses y años cumplidos)
25/07/2023
57 cm 21-02-23
21-06-23
65 cm
21-09-23
70cm
10/01/24
80cm 21/6/24
-2
-1
0
+1
+2

Perímetro Cefálico Niñas

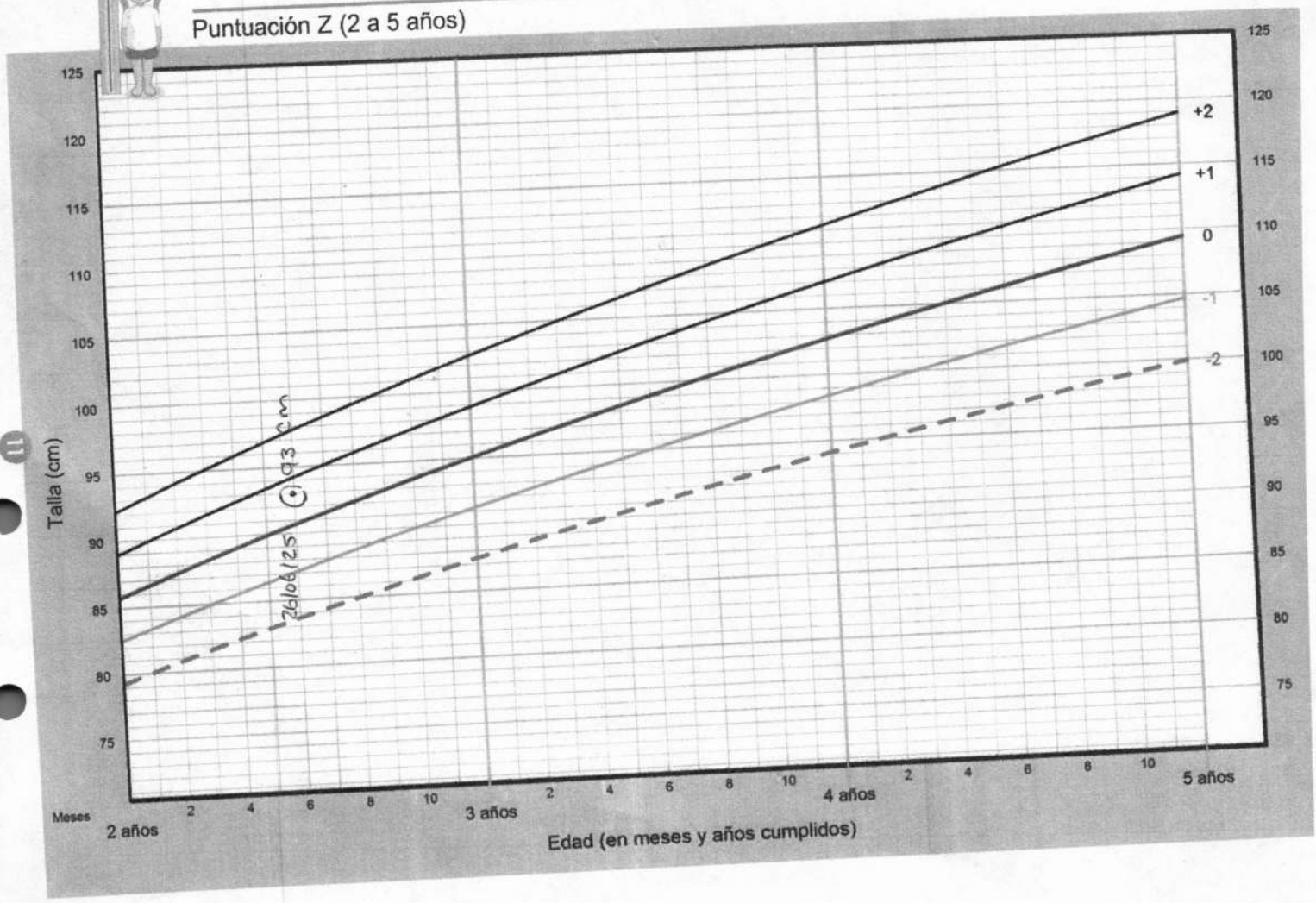
Puntuación Z (0 a 5 años)



5

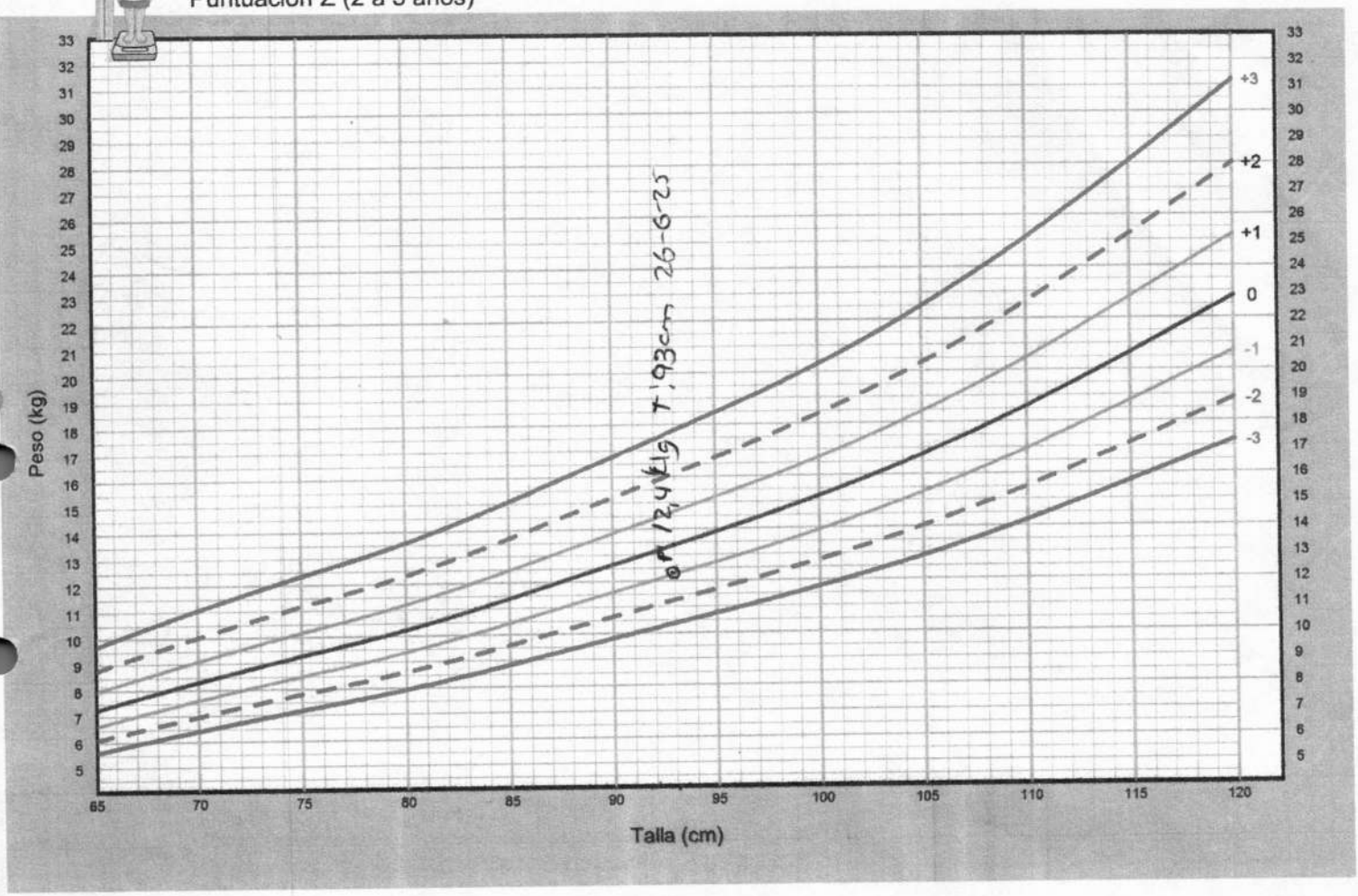
Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



Peso para la Talla Niñas

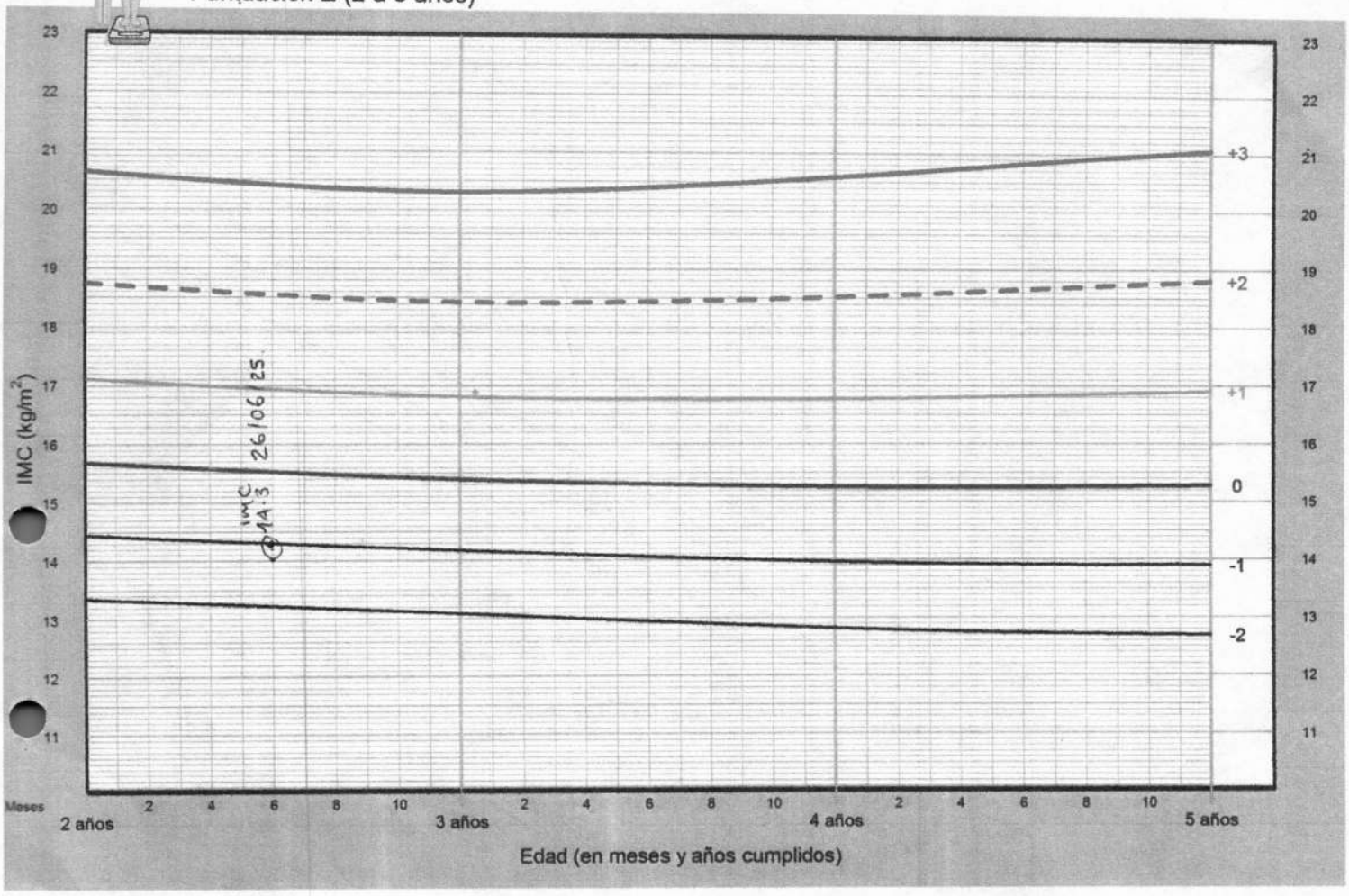
Puntuación Z (2 a 5 años)



11

IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



18
RIV

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

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

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

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

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1. entrega	D	M	A
2. entrega	D	M	A
3. entrega	D	M	A

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL -AGUDEZA VISUAL

3 años					
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 inflenzae tipo b, difteria, tosferina, tétanos, diarrea por rotavirus; neumonía, otitis, meningitis, bacteriemia causada por el virus de la influenza, sarampión, rubéola, parotiditis, varicela, hepatitis A, Fiebre amarilla y virus del papiloma humano.

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

0 meses

2 meses

4 meses

6 meses

7 meses

12 meses

18 meses

5 años



Ministerio de Salud y protección Social

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

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: GINA GABRIELA CABRERA P.

Fecha de nacimiento: 20-12-2022

N° de certificado de nacido vivo:

Registro civil: 1.122.344.150

Sexo: femenino

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: 2675 Talla: 51

Dirección: El PRADO.

Teléfono 1: 3106071761.

Teléfono 2:

Responsable: Nohora Mayerly Palma

Municipio de residencia: San Miguel

Departamento: Putumayo

CC: 1.122.342.444

#118.

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 aplicacion Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de Lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién nacido						Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐						
	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	20	12	22	Serum	03711MA0371	H.A.C.P	20-02-23			Carolina O.
	Hepatitis B	Recien nacido	20	12	22	Serum	03210Q0130	H.A.C.P				
2 meses						Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐						
	Poliomielitis (VIP)	1.°	20	02	23	Biologici	21910149	HFLD.				Saoly M.
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.°	20	02	23	Serum	2551406224					
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.°	20	02	23	Serum	2551406224					
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.°	20	02	23	Serum	2551406224					
	Diarrea por rotavirus	1.°	20	02	23	GSK	AR01D0JVAC					
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.°	20	02	23	GSK.	#R4847					
4 meses						Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐						
	Poliomielitis (VIP)	2.°	04	05	23	Biological	2208016	HFLD	CITA: 21 - ABRIL 2023.			Saoly M.
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.°	04	05	23	Serum	2851x0406C					
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.°	04	05	23	Serum	2851x0406C					
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.°	04	05	23	Serum	2851x0406C					
	Diarrea por rotavirus	2.°	04	05	23	GSK	AR01D0934A					
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.°	04	05	23	Pfizer	Ex8589					
6 meses						Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐						
	Poliomielitis (VIP)	3.°	12	07	23	Biological	2208016	H.F.L.D				Saoly M.
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.°	12	07	23	Serum	2851x0406C		CITA: 04 - JULIO 2023			
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.°	12	07	23	Serum	2851x0406C					
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.°	12	07	23	Serum	2851x0406C					
	Influenza estacional	1.°	12	07	23	G.C.	V5052301	HFLD	CITA: 12-08-23			Saoly M.
7 meses	Influenza estacional	2.°	12	08	23	G.C.	V5052301	HFLD.	CITA: 20-DIC-23			Saoly M
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.°	10	01	24	Serum	0132N0188					
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	10	01	24	Pfizer	F49925					
	Varicela	2.°	10	01	24	Merck.	X00653707					
	Hepatitis A	Única	10	01	24	MSD	W0277536	HFLD				Kerly.
	Influenza estacional	Anual	29	07	24	Butantan	2400479006					
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPd ☐)	1.° Refuerzo	29	07	24	Biological	2239016A	HFLD				
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.° Refuerzo	29	07	29	Serum	2823x0135A					
	Fiebre amarilla	Única	10	01	21	Sanofi	WOE33	HFLD	cita: 12-JULIO 2024.			Saoly M.
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPd ☐)	2. °Refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2. °Refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.°	29	07	29	Serum	0132N0748A	HFLD				Kerly
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.°							CITA: cumple 9 años.			
		2.°										
		3.°										
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.

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

JINA A. BELALCAZAR FLOREZ
Gerente

CARNET RIAS **PRIMERA INFANCIA**

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

Servimos con amor



Nombres y apellidos: Lina Abrea - Palma

Doc. de identidad: 1122344152 EPS: 118

Teléfono: 3106071761 Domicilio: B/los prados

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							12-17-96	1.12-96-24 02-06-25		04-06-2025 04-12-2025			
		Profilaxis y remoción de placa bacteriana							12-17-96	X					
		Aplicación de sellantes (según criterio)													
	V	Vacunación													

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

Cordoba Higienista Oral 1085-000792

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 03 MES 05 AÑO 2025 HORA: 3:47 p.m

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Lina Gabriela APELLIDOS Cabrera Palma.

TIPO DE IDENTIFICACION: RC [x] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1. 122.844.150.

FECHA DE NACIMIENTO DIA: 20 MES: 12 AÑO: 2022 / EDAD: 2 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Nueva EPS Tel: 3106071761

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 si mismas y a quienes las rodean.

La vacunación contra el SARS- CoV-2/COVID-19 reducira 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 surtio los pasos para la validación cientifica 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 reacción

¿COMO SE APLICA?	Administración via intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides).
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar Ninguno. Esquema que tiene esta vacuna: Dos dosis [ ] o dosis única [ ]
BENEFICIOS	Prevención de la enfermedad COVID-19, causada por el virus SARS-CoV-2. Reducción de la severidad de la enfermedad en caso de presentarse. Potencial protección del entorno familiar y los allegados.
RIESGOS	Presentación de efectos adversos a corto y mediano plazo posterior a su aplicación como: dolor en el sitio de inyección, dolor de cabeza (cefalea, articulaciones (artralgia), muscular (mialgia); fatiga (cansancio); resfriado; fiebre (pirexias); enrojecimiento e inflamación leve en el lugar de la inyección; inflamación de los ganglios (linfadenopatia); malestar general; sensacion de adormecimiento en las extremidades, reacciones alergicas 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 prevencion 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.

Firma de la persona: _____

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

Nombres NATHALIA MAVERLY Apellidos PAVA HERRERA

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 1.122.342.949

Firma: MAVERLY.

En caso de requerirse firma a ruego:

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

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

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

de _____

Firma del Rogado

Huella dactilar o plantar del Rogante

C.C. N° _____

C.C. N° _____

Nombres y apellidos del vacunador: Isabel Rios Erazo

Firma Isabel Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1004659938

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): FIFLU

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Putumayo

MUNICIPIO: San Miguel

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

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 Lena Gabriela Palma Cabrera, identificado (a) con documento de identidad número 1122344150, 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, Nohora Mayerly Palma, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1122342499, 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 Fundacian 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: Nohora Palma
Nombre: Nohora Mayerly Palma
Calidad - Titular: _____ Representante legal: X
Teléfono de contacto: _____
Fecha: 07/04/2025
Municipio: San Miguel

PACTO DE CONVIVENCIA MODALIDAD INSTITUCIONAL

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

DERECHOS Y DEBERES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

DERECHOS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

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

DEBERES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

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

DERECHOS Y DEBERES DE LOS PADRES DE FAMILIA

DERECHOS DE LOS PADRES DE FAMILIA

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

DEBERES DE LOS PADRES DE FAMILIA

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

(telefónico, mensajería y/o escrito).

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

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

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

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

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

PAOLA CHATES
Coordinadora pedagógica

EDDY PATRICIA LÓPEZ
Apoyo psicosocial

Nohora Palma
Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Alexandra Criollo
Agente educativa

Huella del niño/niña

Lina
Cabrera

EMPRESA DE ENERGÍA DEL BAJO PUTUMAYO S.A. E.S.P.
Nit. 846.000.553-0 - NUIR: 2-86500000-7
Autorretenedores Res. 547 de 25/01/2002
Responsables de IVA

"Generamos Desarrollo con Energía"

Vigilado Superservicios

Código de Suscripción	SM 11217	Pago oportuno hasta:	06-MAR-2025	Mes Facturado
Factura Nro.	2037007485	Suspensión a partir de:	07-MAR-2025	FEBRERO 2025

1. Información General

Nombre:	MARIA LOURDES HERRERA ROZO			Último pago	$
Dirección:	BR LOS PRADOS			03-FEB-2025	132,130
		Tuve servicio de energía entre:	19-ENE-2025 - 19-FEB-2025 (31)		25-FEB-20

Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Área	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Tarifa	División Geopolítica
SM1	S109	63	1	RESIDENCIAL	URBANA	1	4	AEREA	EMPRESA	10	SAN MIGUEL - LOS PRADOS

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

2. Información Consumo Energía

Componentes del Costo (CU): Generación 502.93 + Transmisión 56.03 + Distribución 249.01 + Comercialización 113.93 + Pérdidas 69.39 + Restricción 10.41 = CU ..... ($/KwH)

2A. Información Medidor

Marca	Serial	Factor Multiplo
HOL	100902533	1

2B. Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	16529	16294
Reactiva:		

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

2C. Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	235		
Consumo Reactiva KVarh:	0		
Costo del consumo $	235399.48		
Tarifa (hasta 173 Kwh):	402.74		
Subsidio: %	59.794	$	-103620.16
Contribución: %	0	$	0
Sub Total $	131779.32		

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

2D. Consumo Ultimos 6 Meses

Mes	Consumo
2025/Ene	240
2024/Dic	130
2024/Nov	139
2024/Oct	120
2024/Sep	85
2024/Ago	85

Promedio: 133

2E. Información Calidad del Servicio

Tel. O.R. EEPB 01 8000 942415
Transformador SLD102 Grupo 22
DIUG 30.24 FIUG 19 Circuito C14
Cargo D 257.19 Dscto %t 20
CEC 240.42
DIU 79.62 FIU 96.00
HC 0.00 VC 1.00

Valor a compensar 12,366.75

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	235,399.48	0	0.00	235,399
SUBSIDIO	-103,620.16	0	0.00	-103,620
AJUSTE A SUBSIDIO	1,698.48	0	0.00	1,698
COMPENSACION RES CREG_015/2018	-12,366.75	0	0.00	-12,367
AJUSTE A LA DECENA	2.95	0	0.00	3

5. Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP

121,114

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	16,146	0	16,146

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
121,114		16,146		6,000		0		143,260

CUFE: b0[illegible]ab9cea00be01c3bc6916b8cb36b1c22ea0fb6d28319ce5cb6a05

(415)7709998005532(8020)1000203700748588(3900)0000143260(96)20250306

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

Fac. Electronica: EEBP 122831

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

Proveedor Tecnologico: dispapeles S.A.S. NIT: 860028580-2 Software: fact-e
Documento 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 La dorada San Miguel

Nombre completo de la niña o niño Lina Gabriela Cabrera Palma

Fecha de nacimiento 20 12 2022 **N° Documento de Identidad** 1722344150

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Alexandra Criollo

Fecha de registro cualitativo 4 07 - 2025

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

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

Observaciones generales
Lina presenta interes alas actividades planeadas y por participar
Se integra y compart con los compañeros
esun poco timida ala hora de expresar verbalmente

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Yurani Galindez S

Fecha de registro cualitativo 02 10 025

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

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

Observaciones generales
Se evidencia que la niña Lauren se encuentra en un perfil esperado es una niña que participa, en las actividades es muy activa. Como tambien es importante fortalecer la Comunicacion oral, Para Comprender algunos gestos realizados en la unidad.

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

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Lina Gabriela Cabrera. **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvvio 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 realiza el llamado de asistencia. y se logra evidenciar. la inasistencia de lina	Se envia un mensaje de texto para Saber el motivo de la inasistencia la mamita manifiesta que la niña tiene Cita con Pediatria y examenes medicos el cual es el motivo de la inasistencia.	Galindez	MAMEPARMA
30-09-025	Se realiza el llamado de asistencia y se logra evidenciar que la niña no asistio a la Unidad.	Se envia un mensaje de texto para Saber el motivo de la inasistencia. de la niña a la unidad y la mamita. manifiesta que aun. le Falta realizarle algunos exámenes. por eso el motivo de su inasistencia.	Yurani	MAMEPARMA.

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
07 10 025	Se evidencia el ingreso de la liña lína. aparentemente bien tanto físico como emocional. Y MANEJADA.

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: lina Gabriela Cabrera. UNIDAD DE ATENCIÓN: Ponuio 1. AGENTE EDUCATIVO: Yurani Gaindez

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)
28 Agosto 2025.	Se hace el llamado a lista. y la mamita de. lina nos informa que lina no podra asistir porque tiene fiebre. y le va a ser cuidados en Casa.	Se le deja un. mensaje a la mamita. para que nos tenga. información Costante de. la niña.	Yurani Gaindez	MAMÁ.

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
01-09-025	Siendo las 3.23 pm. de 28 agosto la mamita de lina nos manifiesta por medio de un. mensaje que solo una vez le ha subido la fiebre. y que ya se encuentra mejor Se evidencia que la niña. ingresa a la unidad aparentemente bien, tanto fisica como emocional activa. y participativa.

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Lina Cabrera **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulos 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)
1-agosto-2025	Durante el desarrollo del llamado alista se puede evidenciar que la niña no asistio al CDI	Agente Educativa realizada la llamada para verificar la inasistencia y la madre de Familia por mensaje de wassp nos dice que como el dia anterior se la llevo con el dolor de oido hoy no la trae para darle los medicamentos que le dio el medio y por hoy la va cuidar en casa Cienda las 4:49 Se realiza llamada para tener información para Saber estado de salu. la mavre nos dice que la niñina ya asige mejor. que el dialoga ya la lleva al CDI. Se ya por cerrada la Novedad.	Ana Julia Lopez	MAYERLIN.

Fundación Alma de Vida	**FORMATO ACTA DE COMPROMISO**	BIENESTAR FAMILIAR

ACTA DE COMPROMISO

REGIONAL	CENTRO ZONAL	MUNICIPIO	FECHA
PUTUMAYO	LA HORMIGA	San Miguel	03-06-2025
LUGAR: CDI, Fronteras de Paz			Hora
UNIDAD: Parvulo 1			7:30 am
NOMBRE DEL RESPONSABLE		CC. RESPONSABLE	TELEFONO
NOHORA MAYERLY PALMA		1.122.342.709	3106071761

TEMA

Solicitud de documentos pendientes a la familia

OBJETIVO(S)

Informar a la familia sobre citas y controles pendientes

control de higiene oral.

Se informa a la madre/padre: NOHORA MAYERLY PALMA H identificada con numero de cedula: 1.122.342.709, quien se compromete asistir a las citas y controles médicos pendientes de forma responsable, adicional a ello me comprometo a entregar copias para la actualización de la carpeta de los siguientes documentos:

- ✓ La madre de Lina, se compromete.
- ✓ a agendar cita lo antes posible
- ✓ y no faltar a la cita que le
- ✓ Programen con la niña de higiene oral.

El presente compromiso tendrá vigencia durante el período de tiempo comprendido entre el _____ de _____ de 2025 y el ___ de _____de 2025, de no ser así se informará a las entidades correspondientes con previo aviso a la coordinadora local.

En constancia, se firma a los tres. (3) días del mes de Junio. de 2025.

ACUERDOS Y COMPROMISOS

PERSONAL RESPONSABLES DE LA SOCIALIZACIÒN

NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	FIRMA
Alexandra Criollo	A. Educativo	Alexandra Criollo

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Lina. **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulo I **AGENTE EDUCATIVO:** Alexandra C.

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

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	SEGUIMIENTO	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
30-05-2025	La niña no asiste al control de higiene oral. motivo por el cual fue festivo. 02-06-2025.	La Agente recuerda a la madre sobre el control de higiene de la niña Lina y ella refiere no haber recordado la cita, como tambien informa hacercarse el viernes 30 05- en horas de la tarde para solicitar cita, pero no fue posible ya que sola agendan citas en horas de la mañana.	Agente refiere a la madre acercarse el dia 3-06- a primera hora para que solicite cita para la niña. Y asi llevarla lo mas pronto al contro de higiene oral.	Alexandra Criollo	MAMÁ PAPÁ

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Lina Cabrera. **UNIDAD DE ATENCIÓN:** _____ **AGENTE EDUCATIVO:** _____

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

Clasificación de la Información:
CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	SEGUIMIENTO	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
30-05-2025	La niña no asiste el dia correspondido de cita odontologico.	Agente Informa ala madre. el dia. 30-05 2025- de la cita Pendiente. de higiene oral. para el 02-05-25 y ella refiere aver la olvidado. y refiere. hacercarse. en horas	Agente queda pendiente a la informacion de la madre en cuanto a la reservacion del dia y hora de cita. para la niña.	Alexandra Criollo.	
		de la tarde para solicitar cita. pero no fue posible la reserva de cita ya que solo dan citas en horas de la mañana y ella refiere hacercarse el martes. 3-06-25. ya que el lunes es festivo.			

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Lina Cabrera **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulo I **AGENTE EDUCATIVO:** Alexandra.

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

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	SEGUIMIENTO	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
27-05-2025	El dia de hoy la niña no asiste al CDI.	Agente trata de comunicarse con la madre via telefonica pero no fue posible ya que la madre no contesto.	Queda pendiente llamada en horas de la tarde. para Saber el motivo de la no asistencia de la niña al CDI en el dia de hoy.	Alexandra Criollo.	MADRE PADRE
28-05-2025.	El dia de hoy ela niña asiste con normalidad			Alexandra Criollo.	

Fundación Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Lina Gabriela Cabrera P. **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulos 1 **AGENTE EDUCATIVO:** Alexandra Challo

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

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	SEGUIMIENTO	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
	niña que es remite por incapacidad de 5 dias por motivo de diagnostico de rinofaringitis Aguda (resfriado común).	salud y nutricion se comunica con la madre de familia para conocer el estado salud de la niña y brindar acompañamiento. La madre refiere que la niña presentaba sintomas. de gripe y por ello la lleva al hospital donde le prescribieron	la madre envia soporte de historia clinica donde la niña fue llevada al hospital Fronterizo la dorada. Se puede evidenciar que tiene incapacidad de 5 dias por diagnostico de rinofaringitis Aguda (resfriado común). Ademas se evidencia antecedente de insuficiencia de la valvula	nutricionista	MAYERLINA.
		formula medica y le dieron incapacidad de 5 dias por diagnostico de rinofaringitis Aguda (resfriado común) por orden medica para que la cuide en la casa ya que puede contagiar a otros niños.	pulmonar donde y tricuspidea por ecocardiograma de 6/7/2023 • Ademas c evidencia que le renuevan orden por especialista en pediatria y le envian Formula medica de Acido Ascorbico gotas, loratadina Jarabe y aretaminofen. La madre refiere que la niña se encuentra en su casa que ha mejorado y la esta cuidando en casa siguiendo las recomend

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Lina Gabriela Cobria **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parbitos 7 **AGENTE EDUCATIVO:** Ana Jolic

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 1-ou-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)
2025-10-11 - 2025-10-11	Durante el llamado al lista se verifico la inasistencia de la niña.	En el dia Anterior la Madre Nos Comonica que la niña No Asistira Porque tiene Control - con especialist. en la Ciudad de Mocoa Por esta razon ella no ba a venir - la niña regreso muy bien a la escuela - por ende se Cierra la novedad	Ana Jolia Lopez	Mayerly Palma

37
RV

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Lauren Torres. UNIDAD DE ATENCIÓN: Paruvio 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 25 27 oct 25	Se realiza el llamado de asistencia y se logra evidenciar que la niña no asistio a la unidad.	Se envia mensaje de texto para saber el motivo de la inasistencia y la mamita nos informa que tiene sintomas de gripa y por motivo de lluvia no asistio a la unidad. Durante el llamado de asistencia se logro hacer la respectiva observacion de los niños y Lauren. ingreso bien aparentemente a la unidad. por lo tanto se hace el Sierre de la novedad.	Yurany Galindez	- Ximena Cordoba