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: 01 | 04 | 2025

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

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

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

Unidad de Servicio sugerida: CDI Fronteras de Paz.

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

Número de documento: 1122344176

Fecha nacimiento: 29 | 01 | 2023

Nombres: Elias David

Apellidos: Carrasquel Garcia

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: ( ) Fisica ( ) 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 ( ) Victima conflicto armado

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

Departamento residencia: Putumayo

Municipio de residencia: San miguel

Zona: Urbano

Barrio: Metropolita.

Vereda:

Sector:

Dirección: allado del Billar.

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: 66 37679

Nombres: Karen Avigail

Apellidos: Garcia Teran

Pais de nacimiento: Venezuela

Fecha nacimiento: 31 | 08 | 1996

Correo electrónico: genezarethgarcia@gmail.com

Número de celular: 3132384155.

Número de fijo:

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

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

Nombre y Firma del padre, madre y/o cuidador: Karen Agt

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Alexandra Criollo

Observaciones:

2

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:
Elias David Carrasquel Garcia

N° DOCUMENTO: 1122344176 **TIPO DOCUMENTO:** RC X CC___ OTRO ___
FECHA DE NACIMIENTO: 29 / Ene / 2023 **EDAD:** 2 años - 2 mes
LUGAR DE NACIMIENTO: Puerto Asis Pty.

NOMBRE DE LA UDS: CDI frontera de Paz.
CODIGO UDS: 8675 7112 6972 **BARRIO/VEREDA:** B/ 7 agosto.
FECHA DE INGRESO: 1-Abril-2025 **FECHA DE RETIRO:** _____

SISBEN: _____ **EPS:** Emsanar **RÉGIMEN (C)**__ **(S)** X
DESPLAZADO: SI ✓ **NO**___ **DISCAPACIDAD: SI**___ **NO** ✓ **¿CUAL?** _____
GRUPO ETNICO: SI___ **NO**___ **¿CUAL?** _____
GRUPO AFROCOLOMBIANO: SI___ **NO**___ **¿CUAL?** _____
NOMBRE DE LA MADRE: Karen Avigail
N° CÉDULA: 66 37679 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** _____
NOMBRE DEL PADRE: Luis Alfredo. Carrasquel.
N° CÉDULA: 21231975. **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** _____
N° DE CELULAR: 3132384155 - 3236970132
NOMBRE DEL ACUDIENTE: Karen Avigail García Terán
N° CÉDULA: 66 37679 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Bogota
DIRECCIÓN VIVIENDA: B. Metropolitano **ZONA POBLACIONAL: (R)** ✓ **(U)**___
NUMERO DE CELULAR 3132384155

Karen AGT
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Alexandra Criollo.
NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO
Número: **N** 2874828

NUIP 1.122.344.176

Tipo de certificado	Datos Esenciales ☐	Acreditar Parentesco X

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
CARRASQUEL GARCIA ELIAS DAVID

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)											Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año	2	0	2	3	Mes	E	N	E	Día	2	9	MASCULINO	O +

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

Fecha de Inscripción (Mes en letras)											Indicativo serial
Año	2	0	2	3	Mes	F	E	B	Día	0	7	0063693441

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
GARCIA TERAN KAREN AVIGAIL

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
DOCUMENTO EXTRANJERO 27099631	VENEZUELA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
CARRASQUEL TESARA LUIS ALFREDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
DOCUMENTO EXTRANJERO 21231975	VENEZUELA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
CARRASQUEL TESARA LUIS ALFREDO

Documento de Identificación (Clase y número)

Espacio para notas

VALIDO PARA TRAMITES LEGALES Y CIVILES

Datos de la oficina de registro que expide el certificado
País - Departamento - Municipio
COLOMBIA PUTUMAYO SAN MIGUEL(LA DORADA) — Código X 6 Z

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)
Año 2 0 2 3 Mes F E B Día 0 7

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
Adhesivo Copia Registro Civil
30948639-0

Nombre y firma del funcionario

ROY EDISON CALLE QUIRAMA
Registrador del Estado Civil


REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

CEDULA DE IDENTIDAD

V 21.231.975

067

APELLIDOS CARRASQUEL TESARA

NOMBRES LUIS ALFREDO

Gustavo Vizcaino
Director

16/07/1991 F. NACIMIENTO

SOLTERO EDO CIVIL

19/06/2019 F. EXPEDICION

06/2029 F. VENCIMIENTO

VENEZOLANO

5

REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

No. 6637679

COL

GARCIA TERAN
APELLIDOS

KAREN AVIGAIL
NOMBRES

VEN F
NACIONALIDAD SEXO

27099631
DNI Nro

31-08-1996
FECHA DE NACIMIENTO

10-04-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO



FIRMA

E0575273

INDICE 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

IPCOL6637679<<0<<<<<<<<<<<<<<<
9608317F3105308VENE0575273<<<9
GARCIA<TERAN<<KAREN<AVIGAIL<<<

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: **07/04/2025**

Ficha: **86757674952700002706**

C4

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: **ELIAS DAVID**

Apellidos: **CARRASQUEL GARCIA**

Tipo de documento: **Registro civil**

Número de documento: **1122344176**

Municipio: **San Miguel**

Departamento: **Putumayo**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **24/10/2022**

Última actualización ciudadano: **07/02/2023**

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:

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	1122344176
NOMBRES	ELIAS DAVID
APELLIDOS	CARRASQUEL GARCIA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	SAN MIGUEL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EMSSANAR S.A.S.	SUBSIDIADO	30/01/2023	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	09/25/2025 09:07:45	Estación de origen:	192.168.70.220

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

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

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...SANOS

MIS DATOS:

Nombres:
Elias David.

Apellidos:
Carrasquel Garcia.

Fecha de nacimiento:
29 01 2023

Historia Clínica:
1123344176

Barrio / Vereda:
Metropolitano

Responsable del niño (a):
Karen Garcia.

Teléfono:
3132384155

EPS:
Emssanar.



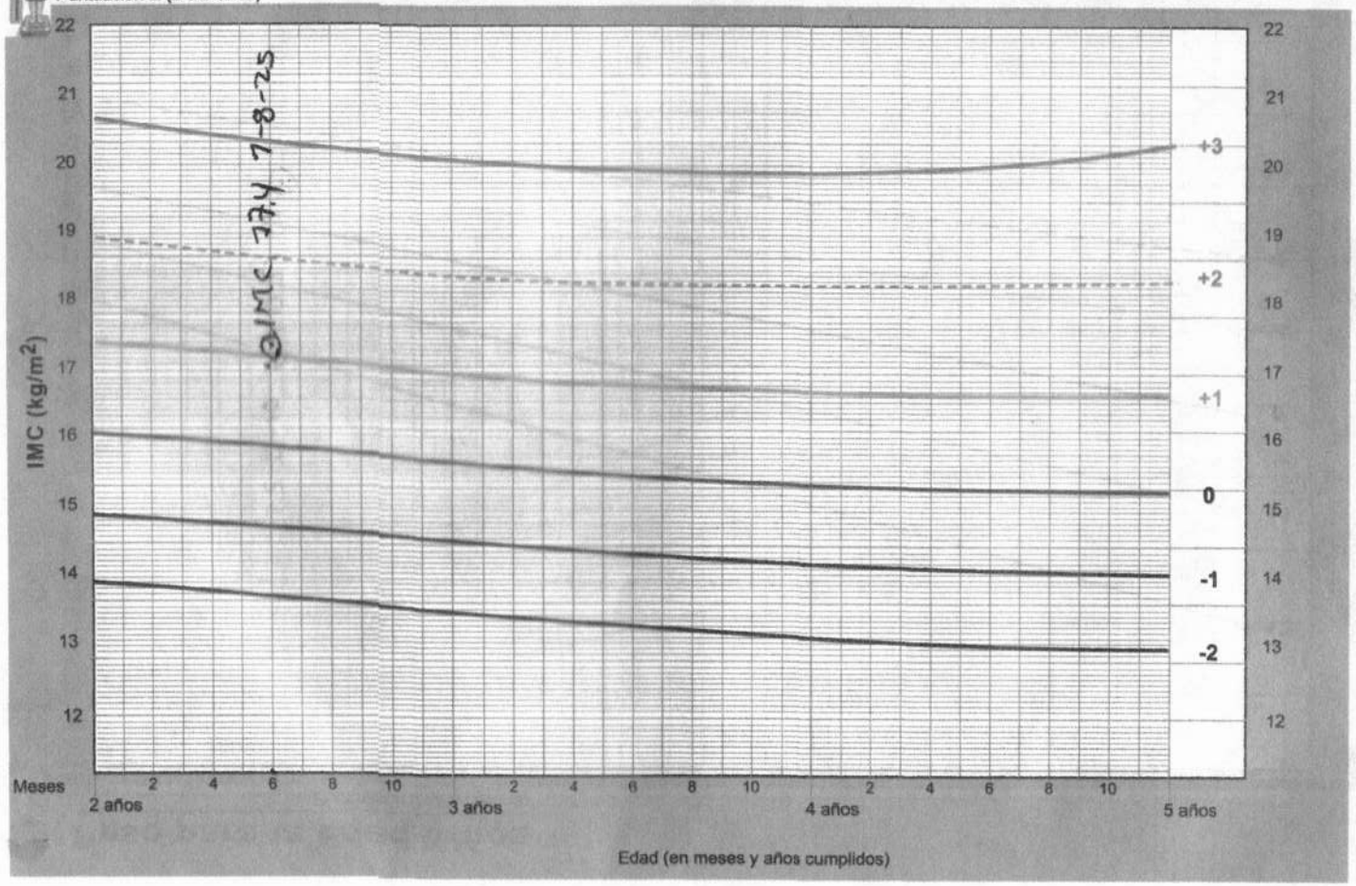
Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro Cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
27-02-25	11	80	47	16	17.2	29-07-2025	
01-08-25	12	83	47	16	17.4	29-01-2026	Milena C.

CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ	
				SI	NO
~~29~~	~~07~~	~~2025~~	Enf.		
01	Agosto	2025	Enfer	Si ✓ Milena C.	
29	enero	2026	Medico	Cita	

IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)

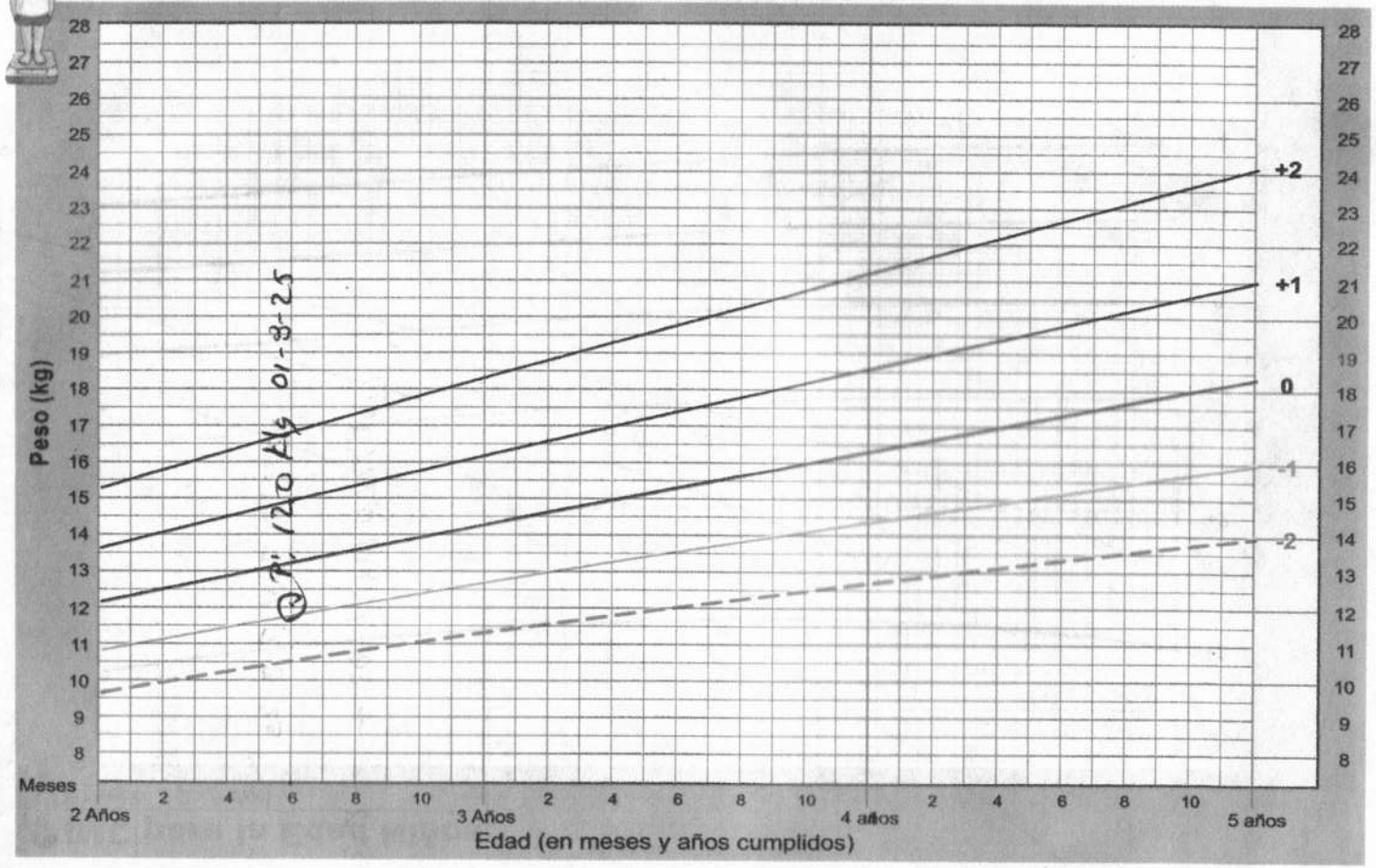


28



Peso para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



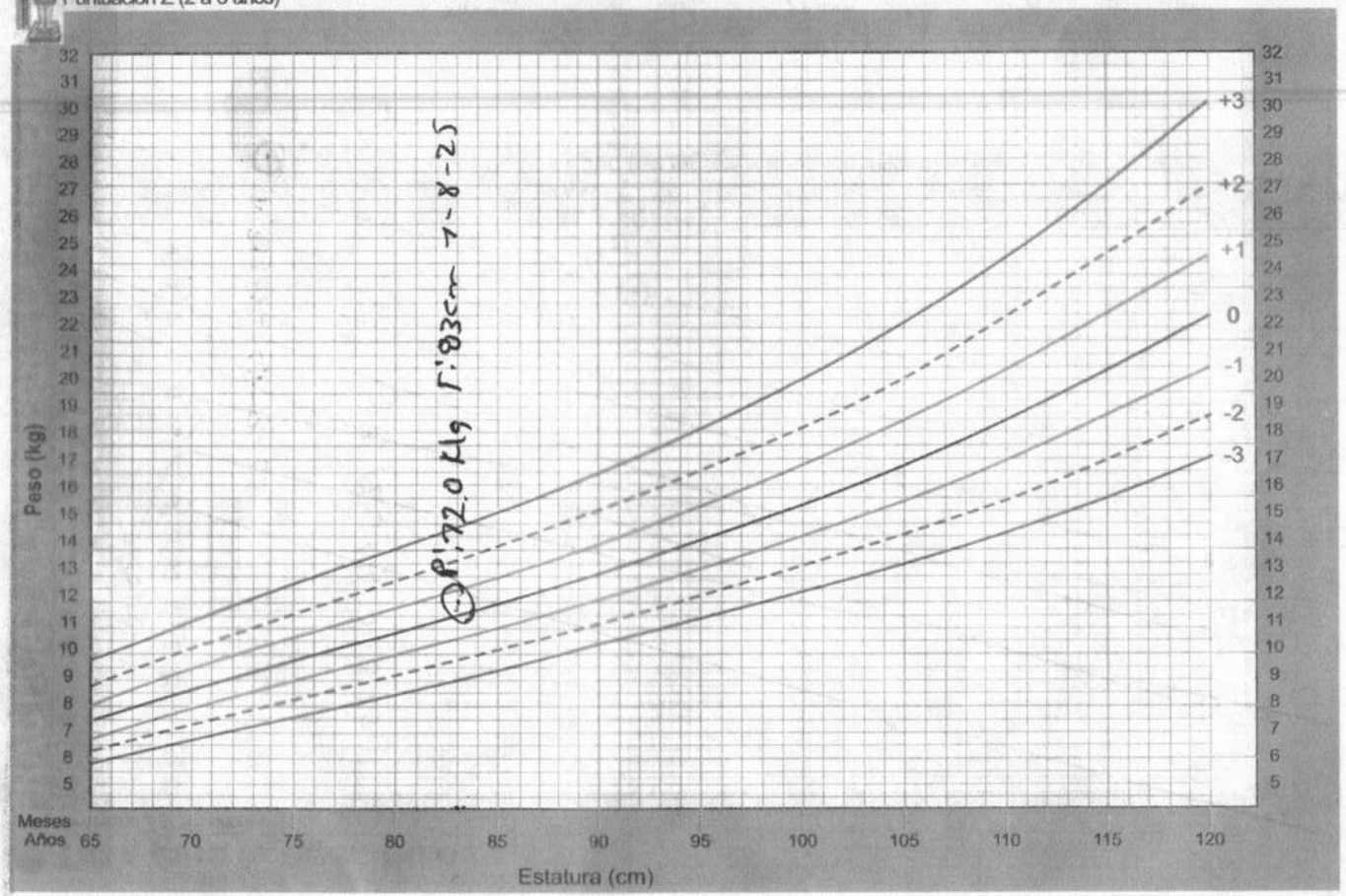
(27)

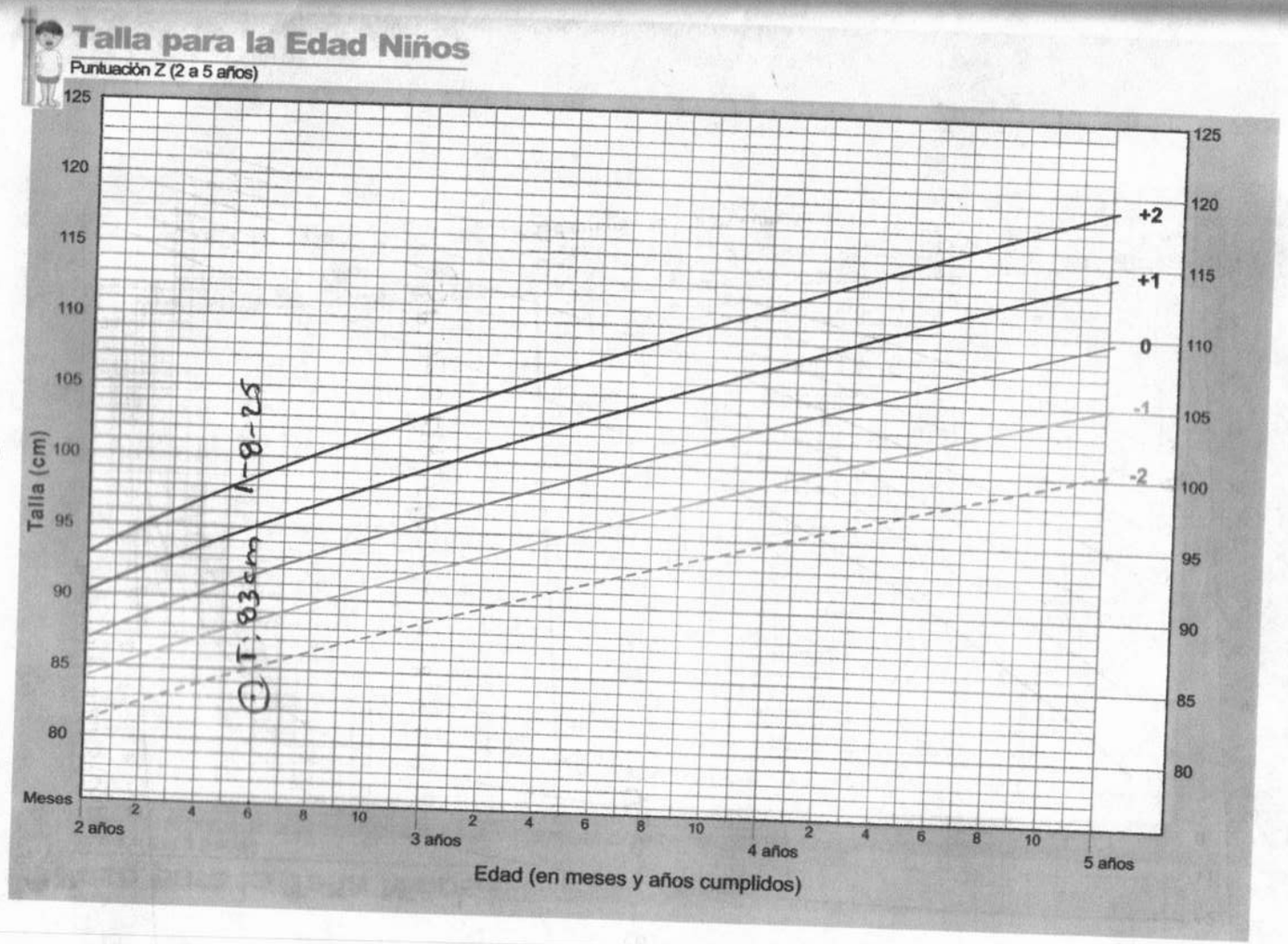
Q 7, 120 Kg 01-8-25

13

Peso para la Talla Niños

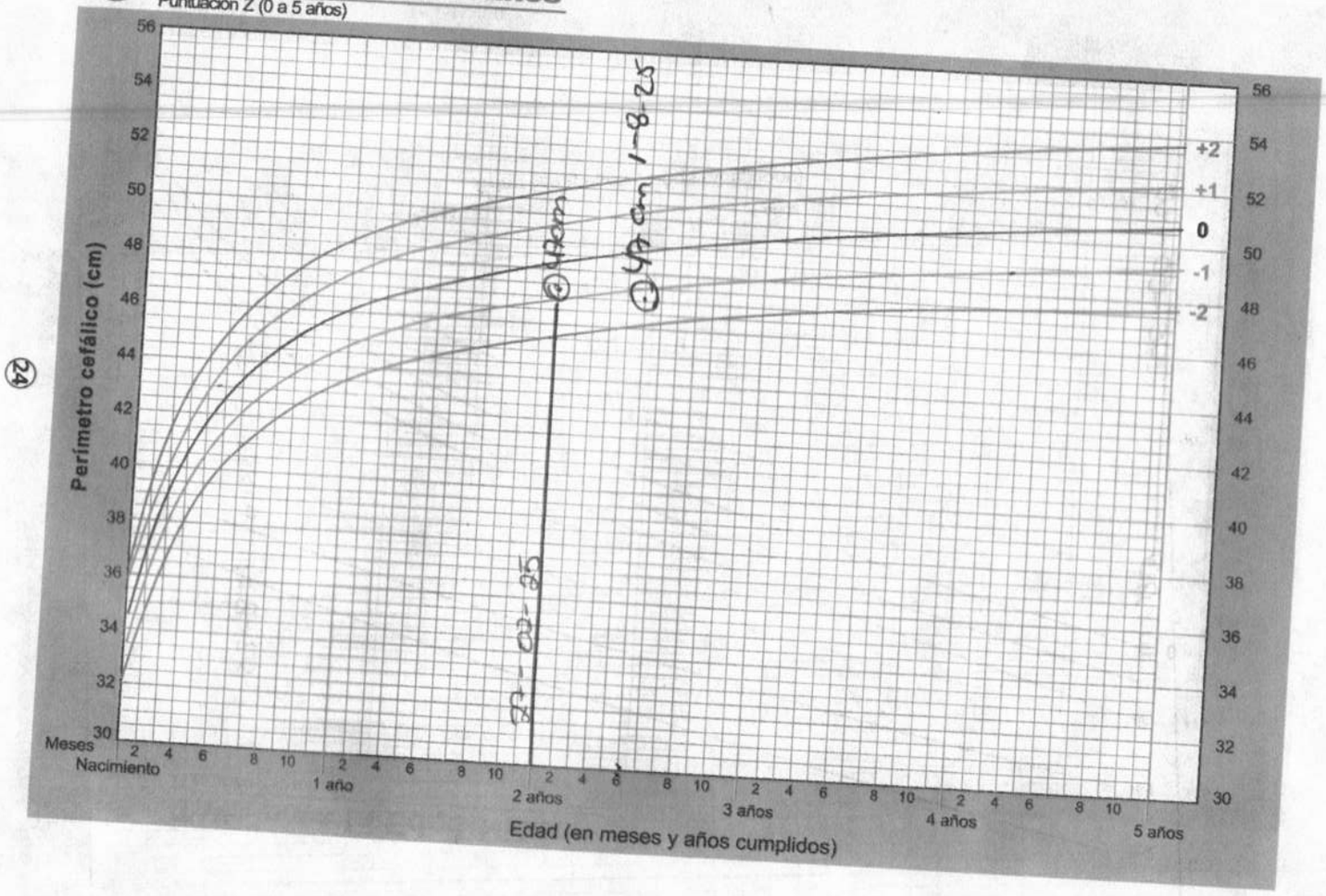
Puntuación Z (2 a 5 años)




Talla para la Edad Niños
Puntuación Z (2 a 5 años)
Talla (cm)
125
120
115
110
105
100
95
90
85
80
+2
+1
0
-1
-2
Meses
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)
1-8-25
T: 93cm

Perímetro cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)



24

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 05 MES 05 AÑO 2025 HORA: 4:46pm

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Elias David. APELLIDOS Carrascal Garcia.

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1.122.344.176.

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 29 MES: 01 AÑO: 2023 EDAD: 2. años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Emssanar Tel: 3132384155.

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 reacción

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

EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD

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

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

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

Firma de la persona: Karen AGt

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

Nombres Karen Apellidos Garcia.

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

Firma: Karen AGt

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: Sanly Martinez Tec. Aux. en Enfermeria CC. No. 1122338822

Firma Sanly Martinez Tec. Aux. en Enfermeria CC. No. 1122338822 Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número

Sanly Martinez Tec. Aux. en Enfermeria CC. No. 1122338822

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFUD

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.

Vacunar Oportunamente con todas las dosis a tus hijos, **Garantiza la Protección** frente a enfermedades como:

Tuberculosis meníngea, **H**epatitis B, **P**oliomielitis, **M**eningitis y otras enfermedades causadas por Haemophilus Influenzae tipo B, **D**ifteria, **T**osferina, **T**étanos, **D**iarrea por rotavirus; **N**eumonía, **O**titis, **M**eningitis bacteriemia causada por Neumococo, **E**nfermedad respiratoria causada por el virus de la Influenza, **S**arampión, **R**ubéola, **P**arotiditis, **V**aricela, **H**epatitis A, **F**iebre Amarilla y **V**irus del Papiloma Humano.



Busca ya las vacunas

¡es gratis, hazlo de una!

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)

www.**minsalud**.gov.co @MinSaludCol

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

3 años	
4 años	
5 años	

*Menor o igual a 20 normal

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

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO			
Resultado Tamizaje Neonatal		Normal	Alterado
	TSH neonatal		
	Auditivo OEA/PEAA		
	Cardiopatía Congénita Compleja		
	Visual		

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	

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

Concordia 18

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL





Carné de Vacunación





Nombres y Apellidos ELÍAS DAVID CARRASQUEL GARCÍA

X | | | Tipo de Documento: 1.122.344.176 No. de Documento

Fecha de Nacimiento: 29 01 2023

Sexo: MASCULINO

Grupo sanguíneo: O +

Peso al nacer: 3.400 Talla: 50

Dirección: Metropolitano

Teléfono 1: 3132384155

Teléfono 2:

Responsable: KAREN GARCÍA

Municipio de residencia: SAN MIGUEL

Departamento: PUTUMAYO

CC 27099631 #11

Nombres y Apellidos: Elias D[redacted] Carrasquel [redacted] Tipo de Indentificación R.C No. ID: 112.2344176

	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										
	Hepatitis B	Recién nacido										
2 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Poliomielitis (VIP)	1ª	01	04	2023	BIOLOGICAL	2 2 0 6 0 1 2 A					
Pentavalente	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1ª	01	04	2023	Serum	2 E 5 1 X 0 2 1 D	HFID				DENISSE PARRA
Pentavalente	Hepatitis B	1ª	01	04	2023	Serum	2 E 5 2 X 0 2 1 D					
Pentavalente	Difteria, Tétanos, Tosferina	1ª	01	04	2023	Serum	2 E 5 2 X 0 2 1 D					
	Diarrea por rotavirus	1ª	01	04	2023	PSK	A R 0 L 0 0 9 1 AA					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☒	1ª	01	04	2023	PFIZER	F R 4 8 9 7					
4 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Poliomielitis (VIP)	2ª	30	05	2023	BIOLOGICAL	2 2 0 E 0 1 6 A					
Pentavalente	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2ª	30	05	2023	SERUM	2 E 5 1 X 0 4 0 C	HFID				YAMERIT JEFA
Pentavalente	Hepatitis B	2ª	30	05	2023	SERUM	2 E 5 1 X 0 4 0 C					
Pentavalente	Difteria, Tétanos, Tosferina	2ª	30	05	2023	SERUM	2 E 5 1 X 0 4 0 C					
	Diarrea por rotavirus	2ª	30	05	2023	PSK	A R 0 L 0 0 9 3 AA					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☒	2ª	30	05	2023	PFIZER	E 1 8 5 8 9					
6 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Poliomielitis (VIP)	3ª	01	08	23	BIOLOGICAL	2 2 0 7 0 0 4 A					
Pentavalente	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3ª	01	08	23	SERUM	2 E 5 1 X 0 4 0 C	HFID TUMACO				DOLLY ANGULO
Pentavalente	Hepatitis B	3ª	01	08	23	SERUM	2 E 5 1 X 0 4 0 C					
Pentavalente	Difteria, Tétanos, Tosferina	3ª	01	08	23	SERUM	2 E 5 1 X 0 4 0 C					
	Influenza estacional	1ª	01	08	23	GREEN	U J 0 5 2 3 0 0 4					
7 meses	Influenza estacional	2ª	15	09	23	GREEN	U J 0 5 2 3 0 0 4	TUMACO				DOLLY ANGULO
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1ª	15	03	24	SERUM	0 1 3 2 N 0 4 8 B					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	Refuerzo	15	03	24	PFIZER	F 4 9 9 2 5	HFID				EDUARD IPIALES
	Varicela	1ª	15	03	24	MERCK	X U 0 6 5 3 7					
	Hepatitis A	Única	15	03	24	MSD	W 0 2 7 7 3 6					
	*Influenza estacional	Anual										
18 meses	Poliomielitis (VIP)	1er Refuerzo	20	8	24	BIOLOG	2 2 3 9 0 0 3 A	HFID				KERLY J
	Difteria, Tosferina y Tétano DPT ☐ Pentavalente ☒	1er Refuerzo	20	8	24	SERUM	2 E 5 2 4 0 1 1 D	HFID				KERLY J
	**Fiebre Amarilla	Única	15	03	24	FIOCUZ	W 3 E 2 2 1 V	HFID				EDUAR IPIALES
5 años	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2ª	20	08	24	SERUM	0 1 3 2 N 0 7 4 A	HFID				KERLY J
	Poliomielitis (VIP) ☐ (VOPb) ☐	2do Refuerzo										
	Difteria, Tétanos, Tosferina	2do Refuerzo										
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1ª										
		2ª										
		3ª										
Sin rango de edad	Covid-19	1ª										
		2ª										
		1er Refuerzo										
		2do Refuerzo										
Vacunas complementarias y otras dosis												

CITA: 5 AÑOS CUMPLIDOS

De acuerdo al antecedente de primovacunación **A los 12 meses en municipios priorizados de acuerdo a la normatividad vigente

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

CARNET RIAS

PRIMERA INFANCIA

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

Sembrando con amor

Nombres y apellidos: Elias David Castaqueda

Doc. de identidad: 1122344176 EPS:

Teléfono: 3132384455 Domicilio: B/ Metropolitano

PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS			FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) ó AÑOS (A)													
			5 DÍAS	1 M	2-3 M	4-5 M	6-8 M	9-11 M	12-17 M	18-23 M	24-29 M	30-35 M	3 A	4 A	5 A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico													
		Atención en salud por medicina general													
		Atención en salud por enfermería													
		Atención en salud bucal por odontología													
		Promoción y apoyo de la lactancia manterna													
PROTECCIÓN ESPECÍFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de fluor							16-07-24		06-06-2025				
		Profilaxis y remoción de placa bacteriana									06-Sep-2025				
		Aplicación de sellantes (según criterio)									17-Nov-2025				
		Vacunación													

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 Elias Carrasquel Garcia, identificado (a) con documento de identidad número 1128441176, 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, Karen Avigail., quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 663679, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	X	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales	X

La autorización comprende:

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

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

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

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

Suscriben:

Firma: Karen Gt
Nombre: Karen García
Calidad - Titular: ____ Representante legal: X
Teléfono de contacto: 3132384155
Fecha: 7 - Abril - 2025.
Municipio: San Miguel

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

PACTO DE CONVIVENCIA MODALIDAD INSTITUCIONAL

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

DERECHOS Y DEBERES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

DERECHOS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

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

DEBERES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

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

DERECHOS Y DEBERES DE LOS PADRES DE FAMILIA

DERECHOS DE LOS PADRES DE FAMILIA

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

DEBERES DE LOS PADRES DE FAMILIA

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

(telefónico, mensajería y/o escrito).

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

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

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

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

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

PAOLA CHATES
Coordinadora pedagógica

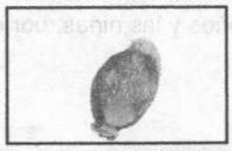
EDDY PATRICIA LÓPEZ
Apoyo psicosocial

Luis Carrasquel
Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Alexandra Criollo
Agente educativa

Huella del niño/niña

Elias David Carrasquel.



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 Elias David Carrasquel Garcia

Fecha de nacimiento 29 01 2023 **N° Documento de Identidad** 1122344176

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 3 07 2025

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

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

Observaciones generales
Elias interactua con otros niños y con la agente de forma segura, es un niño muy alegre y participativo, presenta pequeñas dificultades en lo identificar los diferentes roles

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Yurani Galindez Salamanca.

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 Elias es parte del perfil esperado. ya que el un niño que participa es muy activo Se reintegra con sus compañeros. pero tambien es importante fortalecer en el. algunas habilidades que lo caracterizan.

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: Elias Carrasquel. **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)
12 Nov. 025.	Se realizo el llamado de asistencia y se logra evidenciar que no ingreso a la unidad.	Se envia mensaje de texto a los familiares para saber el motivo de la inasistencia y, nos informa la mamita. que el niño se encuentra con. Sintomas de gripa. por eso no asistio a la unidad. Se le Sugiere. llevarlo al medico. si es necesario.	Yurany Galindez	
13. Nov. 025	Se realiza el llamado de asistencia y se logra evidenciar que si ingreso a la unidad.	Se hace la respectiva observacion y se logra evidenciar que ingreso bien aparentemente		

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Elias Carrasquel. 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 025	Se realiza el llamado a la lista de asistencia. y se logra evidenciar que el niño no asistio a la Unidad.	Se envia mensaje de texto a los familiares para saber el motivo de la inasistencia y la mamita informa que el niño se encuentra con sintomas de gripa y tos. por eso no asistio a la unidad se le informa a la mamita que nos tenga informados del estado del niño	Yurany Galindez	— Karen GT
30 Oct 025	Se realiza el llamado de asistencia y se logra evidenciar que el niño no asistio a la Unidad.	Se envia mensaje de texto para saber el motivo de la inasistencia y la mamita nos informa que aun. Sigue Con. Con gripa y Tos por eso el motivo de la inasistencia.		

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
04 Nov. 025	Se logra evidenciar que el niño asiste a la unidad aparentemente bien. y KarenAGt

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Elias David Carrasquel. 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 Oct 025	Se realiza el llamado de asistencia y se logra evidenciar que el niño no asistio a la unidad.	Se le informa por medio de un mensaje a los Familiares para saber el motivo de la inasistencia y nos informa que amanecio con un poquito de Fiebre y tos. Se logra evidenciar durante la observacion que el niño ingreso a la unidad aparentemente bien. Para Cerrar novedad.	Yurany Galindez	- Karen Gil

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Elias David Carrasquel UNIDAD DE ATENCIÓN: Parvulo 1. AGENTE EDUCATIVO: Yurani Galindez

MUNICIPIO: San Miguel. FECHA DE INGRESO: _____

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
03.10.025	Se realizaron varias llamadas de asistencia y se logra evidenciar que el niño no asistio a la unidad.	Se envia mensaje de texto a los familiares para saber el motivo de la inasistencia y la mamita nos informa que por motivo de lluvia y malestar de gripa no asistio a la unidad.	Yurani Galindez	Karen Agt

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
14 10 025	Se logra evidenciar que el niño Elias ingreso a la Unidad aparentemente bien. Karen Agt -

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Elias David Garavito **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulo 1. **AGENTE EDUCATIVO:** Yurani Galindez

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

Clasificación de la Información:
CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
06-09-024	Se evidencia que tiene pendiente Control higiene Oral durante la revision. de. Carpetas.	Se le informa a la. mamita por medio de. un. mensaje de texto y llamadas telefonicas que tiene el proximo Control el. 16 Septiembre	Yurany Galindez.	Karen Agt

32

E.S.E. Hospital Francisco LA DORADA NIT. 846002309-9	RECORDATORIO DE CITA	Código: GAU-FR-009 Versión: 001

PROGRAMA:	Medico
FECHA:	Miercoles 24-09-25
HORA:	7:20 am
PROFESIONAL:	

- Recuerde estar **30 minutos** antes de la hora de la cita para **FACTURAR**, de lo contrario su cita será cancelada.
- Para cancelar o reprogramar su cita comunicarse al **3174276879** (de 9:00-11:00 a.m. y de 2:00-4:00 p.m.), WhatsApp (3:00-5:00 p.m.) o de forma presencial (7:00-10:00 a.m)
- Traer el documento de identidad o copia y autorización del servicio cuando se requiera.

Nuestro deber es brindarte atención, el tuyo SER PUNTUAL... Mi Prioridad Es Tu Salud

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Elias David Erasquel. UNIDAD DE ATENCIÓN: Parvulo 4. 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 a lista. y se logra evidenciar la. inasistencia de. Elias David en la Unidad.	Se envia un. mensaje de texto. Para Saber el motivo de la Inasistencia y la mamita nos manifiesta que el niño no asistio a la Unidad Por. motivos de diligencia Personal. y no tenia quién. recoga al niño al finalizar la jornada.	Yurani Galindez	Karen AGT
30 09 025	Se evidencia el ingreso del niño aparentemente bien.			

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Elias David. UNIDAD DE ATENCIÓN: 04 04 025. AGENTE EDUCATIVO: _____

MUNICIPIO: _____ FECHA DE INGRESO: _____

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
02-09-025 06 09 025	Durante revision de carpeta se puede evidenciar el control de la cita de. Higiene Oral.	Se le informa a la mamita. para acercarce al area del hospital. para que le asignen la cita. el dia 6 de septiembre. 2025. Se le recuerda nuevamente a la madre la importancia de asistir a los Controles. en la fecha estpulada. Madre de familia informa que no ha sido posible. por motivos de trabajo.		Karen A Gt

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

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
10-09-2025	Se le recuerda a la mamita la cita pendiente y la mamita manifiesta que la cita queda para el Mp
17 09 025	La madre de familia entrega el soporte de la asistencia.

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

35
RV

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Elias. David Carrasquel. **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulo 1. **AGENTE EDUCATIVO:** Yurani Galindez

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

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
19 sep 2025.	Para recordarle a la mamita. que. el niño tiene la Cita de Higiene Oral.	Se le informa a la mamita. que hay que estar pendiente. de las citas. del niño para un mejor Bienestar.		Luis Carrasquel

3132384155

Visita
3 Inasistencias

36
RV

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Elias David Carrasquel. UNIDAD DE ATENCIÓN: Parvulo 1. AGENTE EDUCATIVO: Yurany Galindez

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

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
09/09/025	La mamita nos informa que el niño no asistira a la unidad. porque el niño amanecio con fiebre tos y mucha gripa.	Se le informa a la mamita que nos. tenga. al tanto informados del estado de Salud del niño.	Yurany Galindez	Karen Agt
10 sep 2025	El papá del niño manifiesta que el niño Sigue presentando tos gripa y Fiebre	Se le recuerda al papá que nos tenga al tanto del estado de salud del niño	Yurani Galindez	Karen Agt
11/sep/2025	Se realiza el llamado de asistencia y se puede evidenciar la inasistencia del niño a la unidad de servicio.	Se realizan Varias llamadas telefónicas pero no es posible la comunicación. Se remite al apoyo psicosocial y Nutricionista.	Yurani Galindez	Karen Agt

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
11/09/25	Desde el componente de salud y nutrición se establece seguimiento por llamada. sin embargo no se obtiene respuesta.
12/09/25	con el fin de conocer estado de salud del niño se realiza llamada telefonica la cual responde padre y madre de familia, comentan que el niño ya se encuentra mejor, que la fiebre disminuyo que la unica sintomatologia es la tos. se recomiendan llevar inmediatamente al niño por urgencias si la sintomatologia aumenta. Padres de familia se comprometen hacer seguimientos del niño durante el fin de semana y el dia lunes retorna al CDI. Madarla M. Apoyo Psicosocial.

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Elias David Carrasquel UNIDAD DE ATENCIÓN: Parvulo 1. AGENTE EDUCATIVO: _____

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

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
28/Agosto/2025.	Sele. evidencia. la inasistencia del niño David.	Se le realizaron. Varias. llamadas Telefonicas pero no es posible la Comunicacion. Se le Volvio a llamar y la. mamita nos informa. que Elias David. por motivos. de Salud no asistio, tiene mucha tos.	Yurani Galindez	Yuis

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	La mamita de Elias nos envia un. mensaje donde nos manifiesta que el niño ya se encuentra mejor de Salud.

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

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

MUNICIPIO: San. Miguel. **FECHA DE INGRESO:** 01/4/025

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)
22 Agosto 2025.	No asistio a la jornada por motivo de viaje	Se realizo un. audio. por motivo de su inasistencia donde la mamita manifiesta que por motivo de viaje no asistio ya que no tenia con quien dejarlo.	Yurany Galindez	Karen Garcia

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	25 Agosto 2025 Se evidencio que asistio aparentemente bien, a la unidad de parvulo 1.

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Elias David Carraguel **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulos 1 **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)
27-07-2025	Durante la revición de las carpetas se pudo evidenciar que el niño tiene programada una cita de Cresimento para el dia. 29 - Julio	teniendo en cuenta lo anterior se informa de manra verbal y tambien mediante mensaje de texto con el Fin de garantizar su asistencia y cumplimiento con la cita programada	Ana Julia López	Karen Agt

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Elias David **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulo 1 **AGENTE EDUCATIVO:** Ana Jolra

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 la realizacion de la llamada Se puede evidencia la inasistencia del niño elias David	Agente educativa procede a realizar la llamada a la madre de Familia para tener Información sobre la inasistencia del nina Elias la cual nos dice que el dia de ayer apenas el niño salia del Servicio llego con bomito y Fiebre ella lo llevo al hospital Por urgencias lo cual lo tuvieron hasta esta madrogado, ella dice que hoy Po lo trae para poder darle los medicamentos en casa. siendo 5:30 Se realizo llamada para verificar el estado de salud de niño Elias la cual la madre nos contesto que sige mejor y el dia lunes lo lleva normal Pol. estar azon se cierro Novedad	Ana Jolra	Luis

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Elias David Carvajal **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulos 1 **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)
30-07-2025	Durante la realización de la llamada al 151 Se puede verificar la Inasistencia del niño Elias	Agente educativa realizo la llamada a la madre de Familia. Para verificar el motivo de la Inasistencia la cual nos dice que el niño es cuidado en casa Porque continua con Diarea Se realiza la llamada en hora de la tarde siendo 4:40 para Verificar el estado de salud del niño la cual el Padre nos dice que Yasige mejor que mañana Si el La Voluntad Dios lo trae al CDI - Se Cierra la Novedad.	Ana Julia	Karen AGT

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Elias David. Carrasquel **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulo 7 **AGENTE EDUCATIVO:** Alexandrac

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

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
04-06-2025.	En el dia de hoy el niño no asiste al CDI. El dia 05-06-2025, el niño asiste con normalidad al CDI.	Agente trata de comunicarse con la madre del niño pero no fue posible, a las 8:25 am - se deja mensaje por whatsapp y queda pendiente comunicacion en horas de la tarde.	Alexandra Ariollo.	KarenAGT

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Elías Carrasquel **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulo 7 **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	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
22-05-2025.	Agente educativa realiza revision de carpetas. y se evidencia que al niño le hace falta una vacuna de influencia estacional.	Agente educativa. informa a la madre sobre. la vacuna faltante y ella informa, que ella se hacerco al centro de salud Por dicha vacuna para el niño y le informaron que el niño ya no se la aplicaban. motivo por el cual el niño ya estaba pasado de la edad estipolada para aplicarsela y que debe de estar pendiente para colocarle cuando cumpla los 5. años. de edad ya que en este momento no se puede.	Alexandra Criollo.	Karen Gt

San miguel (la dorada putumayo)-30 de mayo de 2025.

Señora:

PAULA CHATES

Coordinadora local del centro de desarrollo infantil fronteras de paz.

Cordial saludo:

Yo Karent Avigail. Identificada cc 6637679. madre del niño (a) Elios Carrasquel. Identificado RC 7122344776.

Manifestó por medio de este oficio que mi hijo (a), no cuenta con el esquema de vacunación con el biológico de la influenza anual (estacional) por motivo que esta dosis llega cada año, a partir del mes de abril y mayo, y en el momento que debía hacerle aplicar este biológico no estaba disponible, en el hospital me informaron que el niño (a) ya había perdido esta dosis, y que solo la aplican a niños y niñas de 12 meses hasta 22 meses de edad.

Atentamente:

Karen AGT

Cc: 6637679

Celular: 3132384155

45
RV

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Elias Carrasquel **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulo 1 **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)
29-05-2025	El dia de hoy el niño, no asiste al CDI.	Agente trata de comunicarse con la madre via telefonic pero no Fue posible a las 8:30 am.	Agente deja mensaje por escrito al whasat para sabel el motivo de la no asistencia del niño en el dia de hoy	Alexandra Criollo	Karen Gil

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Elias David Carrosquel UNIDAD DE ATENCIÓN: Parvulo 7 AGENTE EDUCATIVO: Alexandra Criollo.

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

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)
01-04-2025	El dia de hoy el niño Elias, no asiste al CDI	La agente educativa se comunica por via telefonica con la madre del niño. y ella informa que no	La agente educativa, refiere estar en comunicacion con la madre para saber sobre el estado del niño en horas	Alexandra Criollo.	
		llevo al niño. por que esta constipado y por la lluvia constante de pronto el niño. se vaya a enfermar como tambien dice que	de la tarde. y refiere no hacer faltar al niño al CDI a menos que sea nesesario.		Karen Garcia.
		el dia de mañana lo lleva sin ninguna interrupción.			
02-04-2025	El dia de hoy el niño Elias, retorna con normalidad al CDI. a recibir el Servicio.			Alexandra Criollo.	

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
28-04-2025	Descripción: El niño Elias, no asiste al CDI. el día de hoy. Acción: La agente educativa se comunica con la madre del niño y ella refiere, que esta desde la madrugada con tos y Fiebre, ese es el motivo por el cual no llevo al niño al CDI. Seguimiento: La agente educativa refiere a la madre realizar los cuidados pertinentes en casa y si la Fiebre persiste llevar al centro de salud al niño, como también queda pendiente el llamado en la tarde para saber sobre el estado del niño, Alexandra Criollo Agente educativo.
29-04-2025	El dia de hoy el niño Elias retoma el servicio del CDI. con normalidad y con un estado de salud estable. Alexandra Criollo. Jhon Carrasquel.
26-05-2025	Descripcion: El dia de hoy el niño no asiste al CDI. Accion: Agente trata de comunicarse con la madre pero no fue posible ya que la madre no responde al telefono Seguimiento: queda pendiente llamada en horas de la tarde.

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Antonella. Aza. **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvvio 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)
24 SEP 2025	Durante la jornada se evidencia que la niña jugando con los compañeritos se lastima el ojo con un juguete.	Se le informa a la mamita. que se lastimo jugando con los compañeritos. En la tarde del dia. se evidencia que la. niña aparentemente se siente bien tanto Fisico como emocional. Siendo las 4:00 Pm.	Yurany Galindez	Sandra