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: 22 | 05 | 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: 1122344787

Fecha nacimiento: 14 | 07 | 2023

Nombres: Tatiana Isabel

Apellidos: Undaneta Marquez

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 neg ( ) 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: Rural.

Barrio:

Vereda: San Juan

Sector: Rural

Dirección: Vía a la vereda la visita. San Miguel

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

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

Tipo documento identidad: ( ) Tarjeta identidad ( ) Cédula de ciudadanía (X) 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: 2743397 2.

Nombres: Marely Isabela

Apellidos: Marquez

País de nacimiento: Venezuela

Fecha nacimiento: 25 | 04 | 1994

Correo electrónico:

Número de celular: 3238639254

Número de fijo:

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

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

Nombre y Firma del padre, madre y/o cuidador: Marely Marquez

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Alexandra Criollo.

Observaciones:

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO
Número: **N** 2874839

NUIP 1.122.344.187

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
URDANETA MARQUEZ TATIANA ISABEL

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)											Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año	2	0	2	3	Mes	F	E	B	Día	1	4	FEMENINO	A +

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	2	7	0063693452

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
MARQUEZ PEREZ MARELY ISABEL

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
DOCUMENTO EXTRANJERO 27433972	VENEZUELA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
URDANETA VERA YORBIS JESUS

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
DOCUMENTO EXTRANJERO 26258126	VENEZUELA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
URDANETA VERA YORBIS JESUS

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	Código
COLOMBIA PUTUMAYO SAN MIGUEL(LA DORADA)	X 6 Z

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

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
Adhesivo Copia Registro Civil
30948681-6

Nombre y firma del funcionario

ROY EDISON CALLE QUIRAMA
Registrador del Estado Civil

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZU

CEDULA DE IDENTIDAD

V 27.433.972

MM232

Dante Rivas
Director

APELLIDOS MARQUEZ PEREZ

NOMBRES MARELY ISABEL

Marquez

Marquez



25-04-99 SOLTERA
F. NACIMIENTO EDO CIVIL

26-10-09 10-2019
F. EXPEDICION F. VENCIMIENTO

VENEZOLANO




REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

CEDULA DE IDENTIDAD

V 26.258.126

MM232

José Morales

Director

APELLIDOS URDANETA VERA

NOMBRES YORBIS JESUS

YORBIS URDANETA

10-04-98 SOLTERO

F. NACIMIENTO EDO CIVIL

15-08-07 08-2017

F. EXPEDICION F. VENCIMIENTO

VENEZOLANO

Sisbén

Departamento Nacional de Planeación

Fecha de consulta: 12/05/2025

Ficha: 86757674952700002669

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres TATIANA ISABEL

Apellidos URDANETA MARQUEZ

Tipo de documento Registro Civil

Número de documento 1122344187

Municipio SAN MIGUEL

Departamento PUTUMAYO

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente 19/02/2024

Última actualización ciudadano

08/05/2025

Última actualización via registros administrativos

*Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador	MARIA ZORAYDA LINARES MONTERO
Dirección	Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libertad
Teléfono	4210537 - 3213138790
Correo Electrónico	sisben@sanmiguel-putumayo.gov.co

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	1122344187
NOMBRES	TATIANA ISABEL
APELLIDOS	URDANETA MARQUEZ
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	01/07/2025	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	09/12/2025 15:38:31	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 se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS EMSSANAR EPS SAS
Régimen Subsidiado

EMSSANAR EPS SAS, CERTIFICA que el afiliado relacionado a continuación, presenta la siguiente información a la fecha de su expedición:

Tipo y Número de identificación:	RC 1122344187
Apellidos:	URDANETA MARQUEZ
Nombres:	TATIANA ISABEL
Ficha Sisben:	86757674952700002669
Nivel Sisben:	Nivel I
Grupo Sisben	A02
Tipo de discapacidad:	Ninguna
Plan de salud:	Régimen Subsidiado
Estado de servicio:	No Vigente - Pendiente Inicio Cobertura RS
Fecha de Afiliación:	01/07/2025
Fecha inicio cobertura:	01/07/2025
Departamento de Afiliación:	PUTUMAYO
Municipio de Afiliación:	SAN MIGUEL
Zona:	Rural - Dispersal

IV - Afiliado cumple con metodología IV SISBEN.

IPS de atención de primer nivel

IPS	Direccion	Servicio
ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA - SAN MIGUEL (PUTUMAYO)	KR 7 # 1 - 36	MEDICINA GENERAL

Tiene derecho a recibir los servicios contemplados en el Plan de Beneficios en Salud.
Válida únicamente para comprobación de derechos de la red prestadora, en la fecha de expedición. No es válido para aclarar multiafiliación ni para traslados (Decreto 806 Artículo 55 y 56).

Señores Prestadores: Esta certificación es válida únicamente para corroborar el estado del afiliado en el momento de la prestación del servicio, de la población contratada y remitida periódicamente por la institución según normatividad. En ningún momento esta certificación puede ser empleada para reemplazar las autorizaciones necesarias para la prestación de servicios en los niveles superiores de complejidad

En constancia se firma el 25 de Junio de 2025 a solicitud del interesado.

JEFE COMERCIAL
EMSSANAR EPS SAS

Toda certificación generada es almacenada en base de datos para su verificación, la modificación parcial o total de este documento puede incurrir en un delito.

CLÍNICA LA DORADA IPS SAS
"Tu salud nuestro compromiso"

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO SAN MIGUEL
CLÍNICA LA DORADA IPS S.A.S. ZOMAC
NIT: 901372032-1

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE COMPROMISO DE SALUD

CLÍNICA LA DORADA S.A.S ZOMAC



CERTIFICA QUE: URDANETA MARQUEZ TATIANA ISABEL Identificado con numero de documento RC 1122344187 asistió a la cita programada de promoción y mantenimiento de salud primera Infancia el día 31 de MAYO del 2025. → Noviembre. Reprogramada cita

CODIGO CUPS: 36513 FINALIDAD DE CONSULTA: 05

DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL: NORMAL

NOMBRE Y APELLIDO PROFESIONAL: SARA CRISTINA MORA

PESO: 10.9 KG TALLA 86CM PC:46 CM

Firma Autorizada:

Dra. Sara C. Mora B
Médico General
RM: 1069738008

Fecha de expedición 31 DE MAYO 2025

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...Sanos



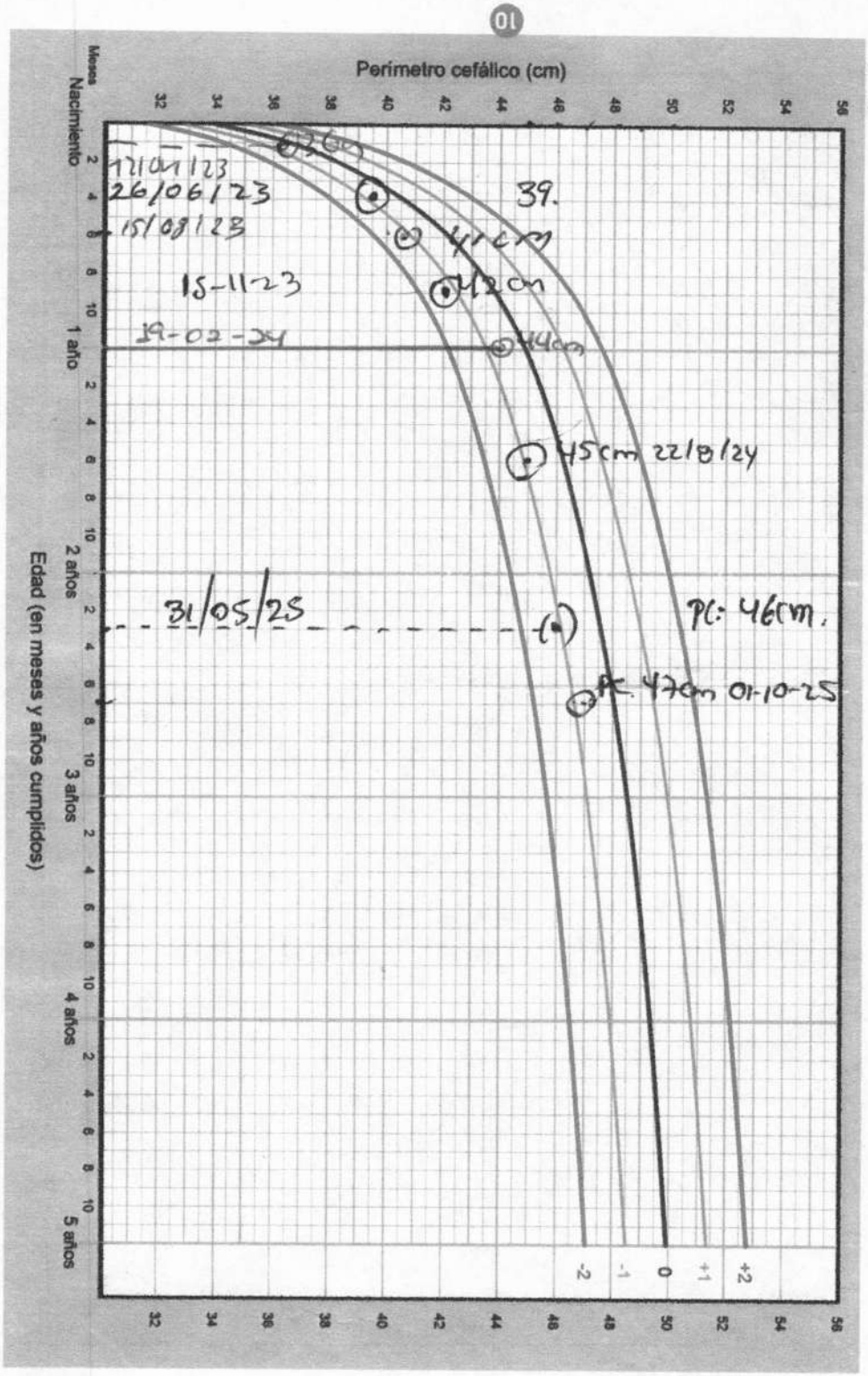
E.S.E HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

Nombres: Tatiana Isabel	Apellidos: Vidaneta Marquez
Fecha de nacimiento: 14 (DIA) 02 (MES) 2023	Historia Clínica: 1122344187.
Barrio/Vereda: V1 San Juan bosco	Responsable del niño: Flaneth Marquez
Teléfono: 3238639254.	EPS: AIC

Tatiana Isabel Urdaneta

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
12/04/2023	4.6	56	36	12	14.7	14/03/23	
26/06/23	5,6	65	39	13	12,9	14/08/23	
15/08/23	6	65	41	14.5	14,2	14/11/23	
18/10/23	6.5	66					
15-11-23	6.7	69	47	14.0	14.1	14-02-23	
19-02-24	8	71	44	13	15.9	14-08-24	
22/08/24	8,7	78	45	14	14,3	14-02-25	
31/05/25	10.9	86	46	15	14.7	30/09/25	
01-10-2025	10.9	88	47	13,5	14.7	14-02-2026	

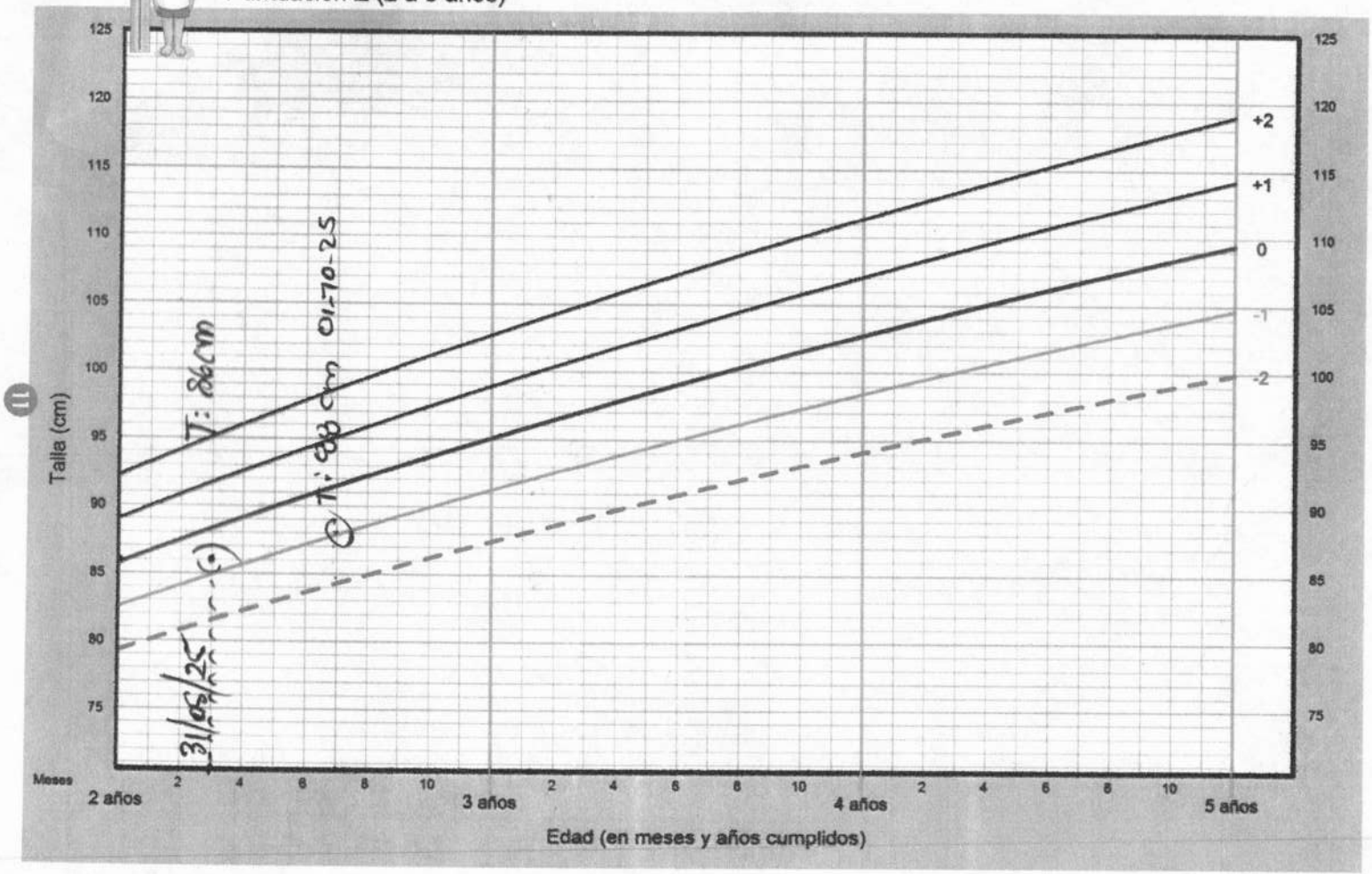


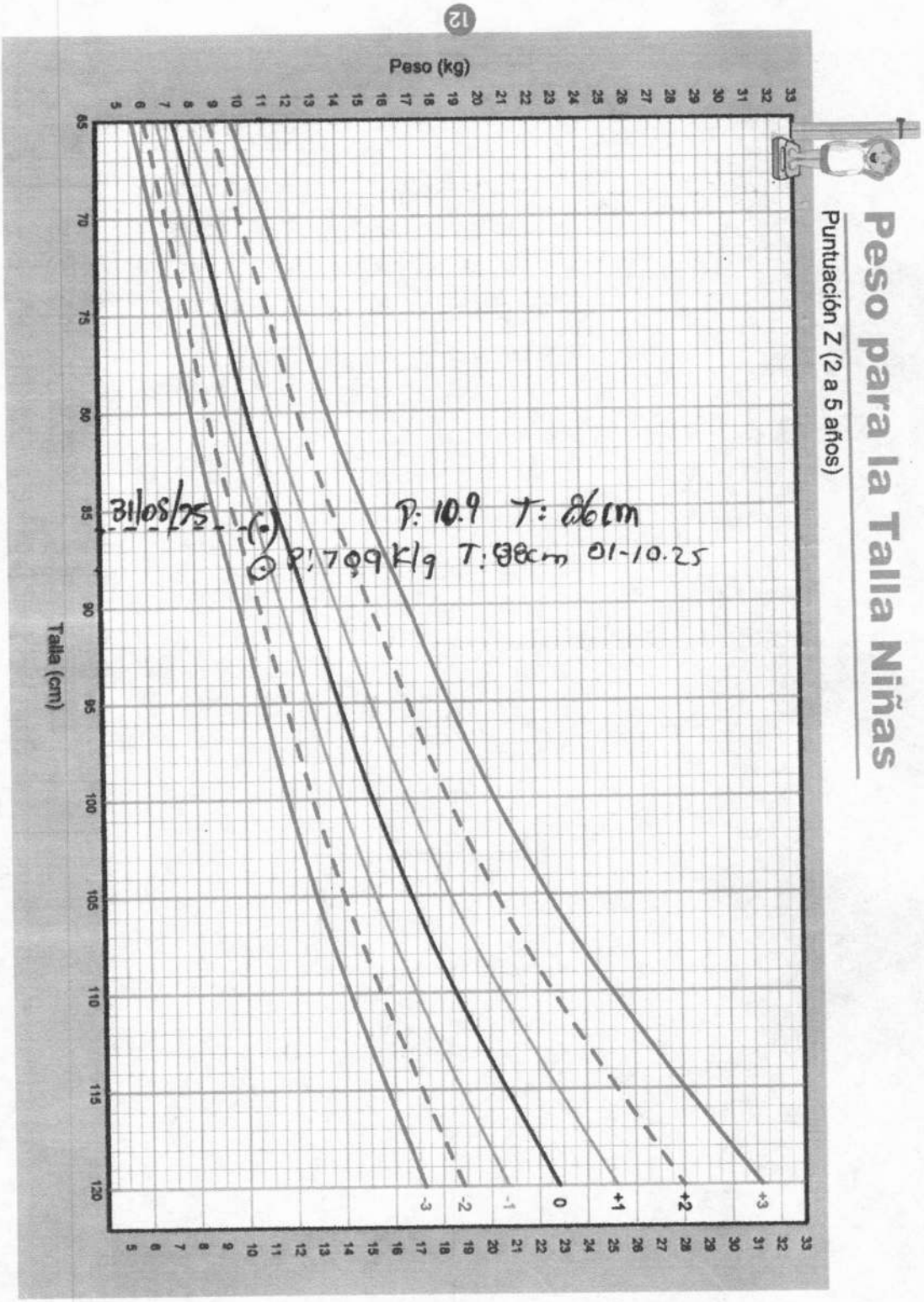
Perímetro Cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)

Talla para la Edad Niñas

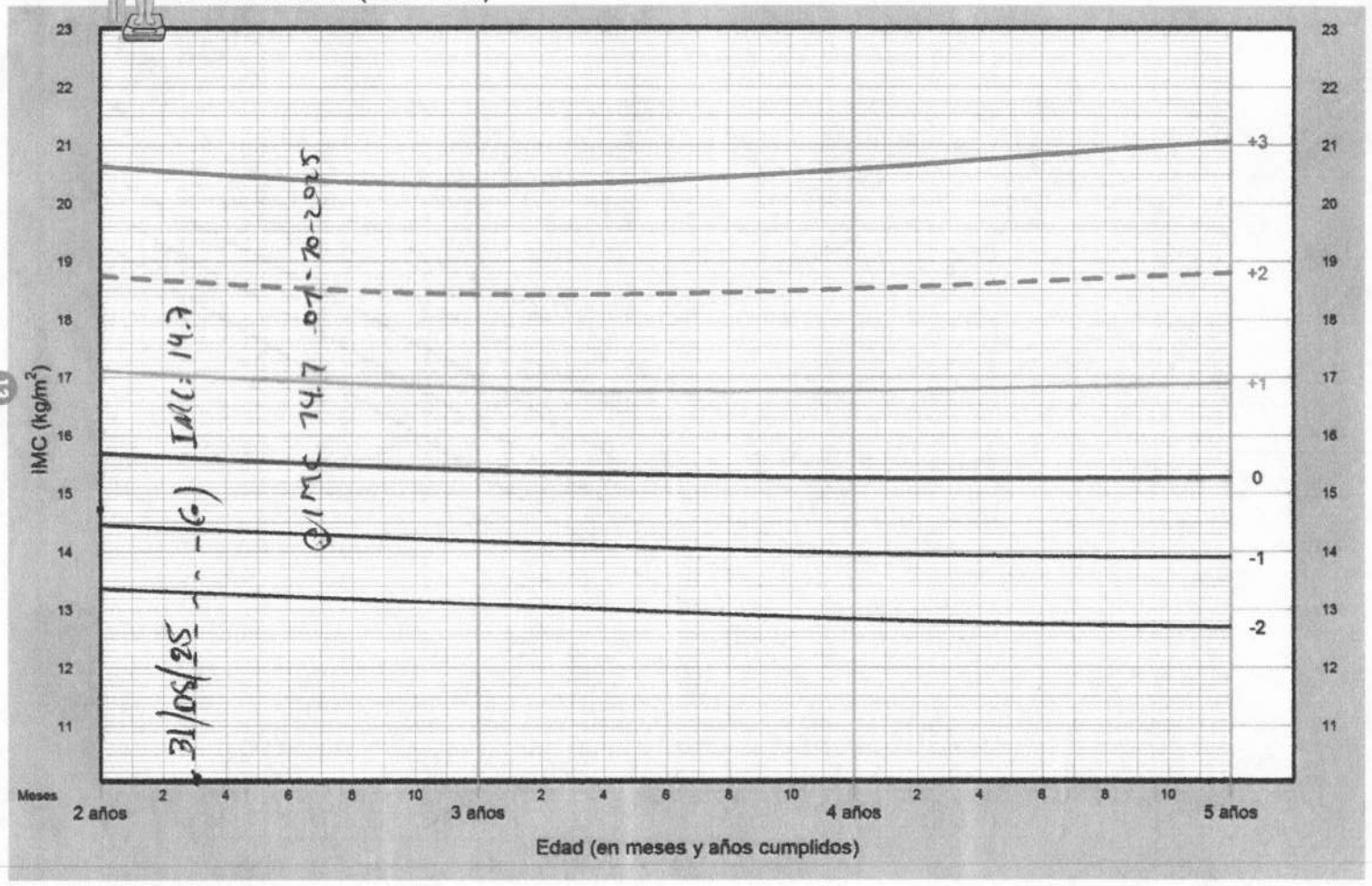
Puntuación Z (2 a 5 años)




12
Peso para la Talla Niñas
Puntuación Z (2 a 5 años)
Peso (kg)
Talla (cm)
31/08/25 (-)
P: 10.9 T: 86cm
② P: 709 K/g T: 98cm 01-10.25
-3
-2
-1
0
+1
+2
+3

IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



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

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO									
Resultado Tamizaje Neonatal	TSH neonatal	Normal		Alterado		D	M	A
	Auditivo OEA/PEAA	Normal		Alterado		D	M	A
	Cardiopatía 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						
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: (Maiel) Tatiana Isabel Urdaneta Marquez

Fecha de nacimiento: 14 FEB 2023

N° de certificado de nacido vivo:

Registro civil: 1122344187.

Sexo: Masculino

Grupo sanguíneo: A+

Peso al nacer: 2950 - 38 -

Dirección: V/ San Juan Bosco

Teléfono 1:

Teléfono 2: Maely Isabel

Responsable: Marquez Perez

Municipio de residencia: la dorada

Departamento: Putumayo

CC. 27433972

Busca ya las vacunas

¡es gratis, hazlo de una!

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

CITA 2 MES

Nombres y Apellidos: **Tipo identificación:** **No. ID:**

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de Lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
						Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐						
Recién nacido	Tubercolosis meningea (BCG)	Única	14	FEB	23	SERUM	037 1 M A 03 1	HGOL PLAYAS 1				Jhon O.
	Hepatitis B	Recien nacido	14	FEB	23	SERUM	032 1 9 01 3 d					
						Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐						
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1.°	13	04	23	Serum	2200608	HFID				Karen A.
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (hib)	1.°	13	04	23	Serum	2850Y0 B8D					
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.°	13	04	23	Serum	2850Y0 B8D					
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.°	13	04	23	Serum	2850Y0 B8D					
	Diarrea por rotavirus	1.°	13	04	23	Serum	A001C8 92Af					
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.°	13	04	23	GSK	FP4897					
						Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐						
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2.°	20	6	23	Serum	2115004	cita. 14/junio/2023				
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.°	20	6	23	Serum		HFID				Hayerly V.
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.°	20	6	23		2851X0 40C.					
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.°	20	6	23	Serum						
	Diarrea por rotavirus	2.°	20	6	23	GSK	A001C8 92Af					
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.°	20	6	23	MSD	FP4897					
						Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐						
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3.°	07	09	23	Biologicals	2 8 3 4 0 0 1	cita. 20/Agosto/23				
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (hib)	3.°	07	09	23	Serum	2 8 5 1 4 0 3 3 C	HFID.				Jenifer Cabezas
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.°	07	09	23	Serum	2 8 5 1 4 0 3 3 C					
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.°	07	09	23	Serum.	2 8 5 1 1 0 3 3 C					
	Influenza estacional	1.°	29	04	24	BUANTAN	2400979 /00	HFID AFLD				Isabel A. Sarda. A
7 meses	Influenza estacional	2.°	29	05	24	Butantan	2400779 /00					
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.°	26	02	24	Serum	013201 8B					
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	26	02	24	Pfizer	F499 2 5					
	Varicela	2.°	26	02	24	merck.	7C06S 37	HFID				Sarahi.
	Hepatitis A	Única	26	02	24	MSD	W027-7 36					
	Influenza estacional	Anual										
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPd ☐)	1.° Refuerzo	10	09	24	Biological	2 2 3 9 0 0 3	HFLD				Edwar
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.° Refuerzo	10	09	24	serum	2 8 9 2 4 0 1 1 0	HFID				Sarahi
	Fiebre amarilla	Única	26	02	24	Sanofi	W3E22 1 V		CITA. 07-SEPT-2024.			
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPd ☐)	2.° Refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.° Refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.°	10	09	24	serum	0 1 3 2 N O 7 9 A	HFLD				Edwar
	Varicela	Refuerzo							CITA 5 años cumplidos.			
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.°										
		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.

ODONTOLOGÍA
GENERAL Y ESPECIALIZADA
LA DORADA

CERTIFICADO DE HIGIENE ORAL

Certifico la asistencia de la Niña TATIANA ISABEL URDANETA MARQUEZ identificacion con registro Nº 1.122.344.187 con 2 años y 4 meses de edad, asistió en compañia de su Madre MARELY MARQUEZ a consulta odontológica, paciente recibe valoración, se realiza higiene oral en la clínica ODONTOLOGIA GENERAL Y ESPECIALIZADA LA DORADA, se recomienda a la madre supervisar y dar acompañamiento a la niña de la limpieza en casa.

RECOMENDACIONES:

ASISTIR A CONSULTA ODONTOLOGICA CADA 6 MESES.

Certificado expedido en la Dorada Putumayo, a los 31 Dias del mes de mayo del año 2025 – Noviembre

ODONTOLOGÍA
GENERAL Y ESPECIALIZADA
LA DORADA
Odontolog
Reg 1004217630

DR: ANDREA CUASTUMAL
REG 1004217630
ODONTOLOGA GENERAL

Tatiana Urdaneta

		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	9-11M	12-17M	18-23M	24-29M	30-35M	3 A	4 A	5 A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico													
		Atención en salud por medicina general													
		Atención en salud por enfermería													
		Atención en salud por Odontología													
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECÍFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor													
		Profilaxis y remoción de placa													
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	>	Vacunación													

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

FORMATO PARA EL SEGUIMIENTO NUTRICIONAL QUINCENAL
DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO INSTITUCIONAL – CONTRATO 86001912025 – SAN MIGUEL

NOMBRE DE LA UDS: Parvulos 1

NOMBRES Y APELLIDOS	PESO	TALLA	PERIMETRO BRAQUIAL	CLASIFICACION NUTRICIONAL	FECHA	REMITIDO SI/NO	OBSERVACIONES	FIRMA DEL RESPONSABLE
Tatiana Isabel Urdaneta Marquez	10,3	88	14	Riesgo de desnutrición Aguda	22/08/25		Sin signos clínicos de desnutrición.	
Tatiana Isabel Urdaneta Marquez	10,5	88	14,3	Riesgo de desnutrición Aguda	03/08/25		Sin signos clínicos de desnutrición.	
Tatiana Isabel Urdaneta Marquez	10,8	88	14,2	Riesgo de desnutrición Aguda	16/09/25		Sin Signos clínicos DHT	
Tatiana Isabel Urdaneta Marquez	10.8	88	14.7	Riesgo de desnutrición	02/10/25		Sin Signos Clinicos de desnutricion	Vivian Cuno
Tatiana Isabel Urdaneta Marquez	10,8	88,5	14	Riesgo de desnutrición Aguda	15/10/25		Sin signos clinicos de desnutrición	Daniela Vera
Tatiana Isabel Urdaneta Marquez	11,1	89,4	13,5	Riesgo de desnutrición Aguda	29/10/25		sin signos clinicos de desnutrición	
Tatiana Isabel Urdaneta	11	89,5	13,5	Riesgo de desnutrición Aguda	11/11/25		Sin signos clinicos de desnutricion	
Tatiana Isabel Urdaneta	10,8	89,5	13,5	Riesgo de desnutrición Aguda	25/11/25		sin signos clinicos de desnutricion	

FIRMA DEL PROFESIONAL RESPONSABLE: _____

22

FORMATO PARA EL SEGUIMIENTO NUTRICIONAL QUINCENAL
DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO INSTITUCIONAL – CONTRATO 86001912025 – SAN MIGUEL

NOMBRE DE LA UDS: Parvulo 1

NOMBRES Y APELLIDOS	PESO	TALLA	PERIMETRO BRAQUIAL	CLASIFICACION NUTRICIONAL	FECHA	REMITIDO SI/NO	OBSERVACIONES	FIRMA DEL RESPONSABLE
Tatiana Isabel Ordoñez	10,7	89,6	13,7	Riesgo de desnutrición Aguda	9/12/25		Sin signos clinicos de desnutrición	

FIRMA DEL PROFESIONAL RESPONSABLE: _____

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

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

22
R/J

CIUDAD san miguel FECHA: DÍA 22 MES 05 AÑO 25 HORA: 8:37

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES tatiana isabel APELLIDOS ordoñeta marquez

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1122344187

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 14 MES: 02 AÑO: 23 / EDAD: 2 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE ninguna

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)

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

EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD

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

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

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

Firma de la persona: Marely Marquez

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

Nombres mareli marquez Apellidos Perez

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 27433972

Firma: Marely Marquez

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

C.C. N°

C.C. N°

Huella dactilar o plantar del Rogante

Nombres y apellidos del vacunador: Kerly Jiménez Zárate

Firma Kerly-JZ Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 1075682130

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): H. F. L D

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 Tatiana Isabela Urdaneta. Marquez., identificado (a) con documento de identidad número 1122344187, 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		Videos	X	Otros datos personales	X

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Marely Isabela Marquez, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 27433972., de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	X	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales	X

La autorización comprende:

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

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

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

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

Suscriben:

Firma: Marely Marquez
Nombre: Marely
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 323 8639254
Fecha: 22-05-2025
Municipio: San Miguel. Pty.

¡Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!

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

Maiely Marquez
Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Alexandra Criollo.
Agente educativa

Huella del niño/niña

EMPRESA DE ENERGÍA DEL BAJO PUTUMAYO S.A. E.S.P.
Nit. 846.000.553-0 - NUIR: 2-86563000-7
Autorretenedores Res. 547 de 25/01/2002
Responsables de IVA

"Generamos Desarrollo con Energía"

Vigilado Superservicios

Código de Suscripción	SM 12012	Pago oportuno hasta:	20-FEB-2025	Mes Facturado
Factura Nro.	2036991852	Suspensión a partir de:	21-FEB-2025	ENERO 2025

1. Información General

Nombre:	SEGUNDO AGAPITO PASCAL ORTIZ		20-ENE-2025	Último pago:	$
Dirección:	SAN JUAN BOSCO	Tuve servicio de energía entre:	10-DIC-2024 - 10-ENE-2025 (31)		31-ENE-20

Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Área	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Tarifa	División Geopolítica
SM1	5402	44	1	RESIDENCIAL	RURAL	1	.6	AEREA	EMPRESA	105	SAN MIGUEL - VEREDA SAN JUAN BOSCO

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 455.53 + Transmisión 58.19 + Distribución 257.19 + Comercialización 122.51 + Pérdidas 63.32 + Restricción 4.36 = CU 961.10 ($/KwH)

2A. Información Medidor

Marca	Serial	Factor Múltiplo
HOI	000400104987	1

2B. Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	21706	21540
Reactiva:		

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

2C. Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	168
Consumo Reactiva KVarh:	0
Costo del consumo $	161464.8
Tarifa (hasta 173 Kwh):	460.91
Subsidio: % 58.2883 $	-94111.86
Contribución: % 0 $	0
Sub Total $	67352.94

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

2D. Consumo Ultimos 6 Meses

Mes	Consumo
2024/Dic	151
2024/Nov	181
2024/Oct	154
2024/Sep	143
2024/Ago	160
2024/Jul	143

Promedio: 155

2E. Información Calidad del Servicio

Transformador SSJ160 Grupo 32
DIUG 95.56 FIUG 36 Circuito C14
Cargo D 254.70 Dscto %I 20
CLC 153.94
DII 150.37 FII 102.00
IIC 13.61 VC 15.00
Valor a compensar 15,682.74

3. Información de Créditos EEBP

Tipo de Plan	Capital Credito	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	[illegible]	0	0.00	[illegible]
SUBSIDIO	-94,111.86	0	0.00	-94,112
AJUSTE A SUBSIDIO	-3,516.81	0	0.00	-3,516
COMPENSACION RES.CREG 015/2018	15,682.74	0	0.00	15,683
AJUSTE A LA DECENA	.01	0	0.00	0

5. Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP

55,183

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	11,827	0	11,827

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 Bl	Libert	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
55,183		11,827		6,000		0		73,010

CUFE:

ae89dcc5ddf05f6859b6678ab592dcfdbe95b65bf0603c849fc65acf0b6919616c20857a83b20da7828bd81c401658

(415)7099080055(8020)1000203699185245(3900)0000073010(96)20250220

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

www.eebpsa.com.co @eebpsaesp /eebpsa

Fac. Electronica: EEBP 107867

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

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

Proveedor Tecnologico: dispapeles S.A.S. NIT: 860026580-2 Software: factu

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre 28 RV

Ciudad Municipio de San. Miguel.

Nombre completo de la niña o niño Tatiana Isabel Urdaneta. Marquez

Fecha de nacimiento 14 Día 01 Mes 2023 Año **N° Documento de Identidad** 1.122 344 187

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Yurani Galindez

Fecha de registro cualitativo Día 21 Mes 08 Año 2025

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

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

Observaciones generales

La niña Tatiana Isabel es una niña muy imperactiva atenta le gusta participar en las actividades que. Se realizan. dentro y Fuera del aula se relaciona Facilmente Con los Compañeros.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Yurani Galindez.

Fecha de registro cualitativo 01 10 025

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

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

Observaciones generales

Se evidencia que la niña se encuentra en un perfil. esperado; es una niña. que participa en las actividades pero tambien es importante fortalecer la Comunicacion. Verbal. y oral.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

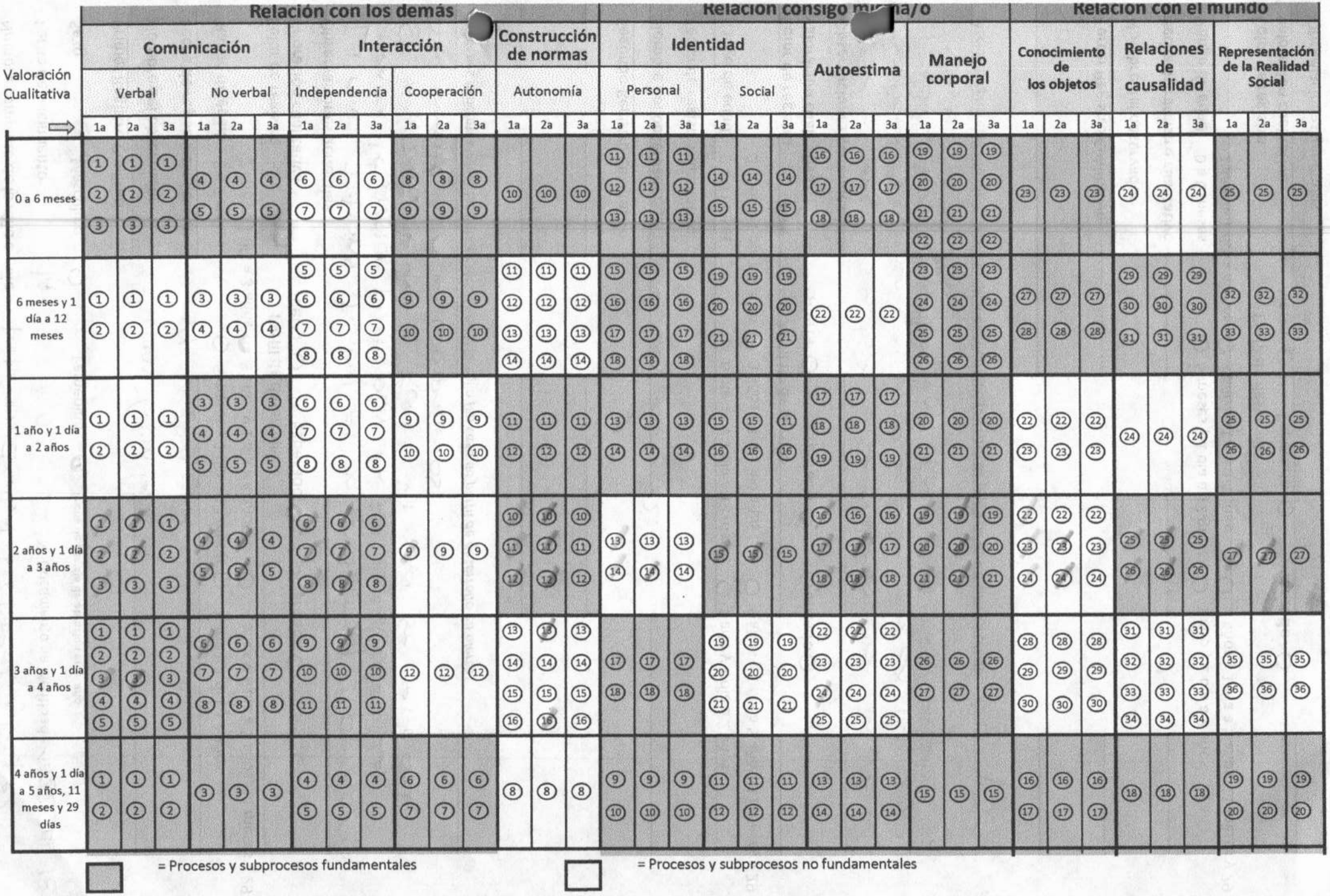
Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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)***


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
Valoración Cualitativa
Verbal
No verbal
Independencia
Cooperación
Autonomía
Personal
Social
1a 2a 3a
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
= Procesos y subprocesos fundamentales
= Procesos y subprocesos no fundamentales

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Tatiana Urdoneta. 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 Nov 025 25 Nov 025	Se realiza el llamado de asistencia y se logra evidenciar que la niña no asistio a la unidad.	Se envia mensaje de texto a los familiares para saber el motivo de la inasistencia y. la mamita hoi informa que por motivo de lluvia no asistio a la Unidad ya que vive siempre retirado de la Unidad. - Se logra evidenciar que la niña ingresa aparentemente bien. por lo tanto Se cierra novedad.	Yurany Galindez	- Maely Miguez

30
RV

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Tatiana Isabel Urdaneta. **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)
26 Nov 025 27 Nov. 025	Se realiza el llamado de asistencia y se logra evidenciar que la niña 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 para la Vereda que ella vive estaba lloviendo mucho y como la niña tiene Sintomas de gripa no la quizo exponer Se logra evidenciar que la niña ingreso a la Unidad aparentemente bien Por lo tanto se Sigue vacidad	Yurany Galindez	Maiely

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Tatiana Urdaneta. UNIDAD DE ATENCIÓN: Pavujo 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)
10-Nov. 025. 27 Nov. 025	Se realiza el llamado de asistencia y se logra evidenciar que la niña no asistio a la unidad.	Se realiza llamados telefonicas a los familiares para Saber el motivo de la inasistencia y la mamita manifiesta que no asistio por motivo de gripa y tos; Se le infoma a la mamita que si sigue mal debe llevarla al medico para que la valore. Se logra evidenciar que la niña ingreso a la unidad aparentemente bien por lo tanto se hace el cierre de la novedad.	Yurany Galindez.	

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Tatiana. Urdaneta. **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)
29-09-025	Se evidencia que en el transcurso del almuerzo la tiene es decir presenta un. poco de Fiebre. Una media hora despues la Fiebre le Sigue Subiendo por lo tanto se informa al equipo Social y a la mama'	Se le informa a la mamita. Que la niña se encuentra con un. poco de Fiebre por el Cual la mamita. decide. Acercarce a la Unidad. a. llevarla para realizarle los Cuidados adecuados. desde Casa. Se le informa a la. mamita que nos tenga informados. del estado de Salud de la niña. y se. le informa tambien al equipo psicosocial.	Yurani Galindez	Maydy Marquez

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
30 09 025	Se evidencia el ingreso de la niña Tatiana aparentemente bien Marely Marquez

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Tatiana Isabel Urdanete UNIDAD DE ATENCIÓN: Parvio 1. AGENTE EDUCATIVO: Yurani Galindez

MUNICIPIO: San Miguel. FECHA DE INGRESO: 22 05 025.

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 09 025 29-09-025	Se hace la revision de Carpetas y se logra evidenciar. que la niña tatiana tiene Control. el 30 de sep.	Se le Informa a la mamita del porque la importancia de asistir a todos los Controles y. de la Cita. para que se acerque al hospital a sacarla. Se le recuerda a la. mamita Sacar la cita. de Control y desarrollo para un. mejor bienestar de la niña	Yurani Galindez Yurani Galindez.	Maely Marquez Maely Marquez

34

E.S.E. Hospital Fronterizo LA DORADA
NIT. 846002309-9

RECORDATORIO DE CITA	Código: GAU-FR-009 Versión: 001

PROGRAMA:	Enfermería Control 4ra Infancia
FECHA:	Miercoles 01-10-2025
HORA:	2 Pm
PROFESIONAL:	Milena Castañeda

- 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

Tatiana Ordoñez

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Tatiana Isabel Urda. UNIDAD DE ATENCIÓN: ParVolo 1 AGENTE EDUCATIVO: Yorani Galindez.

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 29-05-2025

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)
25-09-2025 26-09-025	Durante la revisión de carpeta de la niña usuaria se puede evidenciar que la niña tiene programada cita de higiene oral para el dia 30- septiembre- 2025.	El agente educativo de forma Verbal y mediante. Registro de texto le informa a la madre de familia Para que. la respectiva solicitud. de asignación de cita. - la mamita manifiesta que la proxima cita queda programada para el proximo año en enero para Constancia se anexa Copia del Carnet. de higiene oral.	Yoran Galindez	Marely Marquez

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Tatiana. Isabel Urdaneta **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulo I. **AGENTE EDUCATIVO:** Yurani G.

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 22 05 025

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)
19-09-2025.	Se realiza llamado a lista y se identifica que la niña no asistió al CDI.	Se realiza llamada telefónica. a la familia para conocer el motivo de la inasistencia, la madre refiere que tuvo dificultades con la moto que no prendio entonces no tiene trasporte para traerla al CDI..	Yurani Galindez	Mavely Marquez
22 sep 2025	Se realiza el llamado de asistencia y se evidencia que la niña Tatiana no ingreso a la Unidad.	Se realiza llamadas telefonicas a sus familiares para saber el motivo de su inasistencia y la mamita manifiesta que la niña se encuentra con dolor de estomago, un poquito delicada de Salud. Se envia un mensaje a la mamita para que nos tenga al tanto de la Salud de la niña.	Yurani Galindez	Mavely Marquez

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
23 Sep. 2025	Se evidencia el ingreso de la niña tatiana a la Unidad aparentemente con un poquito de gripa

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Tatiana Isabel Urdaneta **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulo 1. **AGENTE EDUCATIVO:** Yurani Galindez

MUNICIPIO: San Miguel. **FECHA DE INGRESO:** 22 05 025

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)
15 Sept 2025	Se realiza el llamado de asistencia y se evidencia que la niña no asistio a la unidad. la mamita nos manifiesta que el motivo de la inasistencia fue porque no paso la noche bien y debido a algunas incomodidades que se le presentaron en la casa.	Se realizaron varias llamadas telefonicas. pero no es posible la comunicacion. al parecer esta sin Señal. de igual manera se le envia un audio preguntando por el motivo de la inasistencia de la niña a la unidad. para que nos tenga a tanto informadas.	Yurani Galindez	x Marely Marquez

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
16 sep. 2025	Se evidencia el ingreso de la niña Tatiana ; aparentemente bien. tanto emocional como Físico.

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Tatiana urdaneta **UNIDAD DE ATENCIÓN:** parbolos 1 **AGENTE EDUCATIVO:** Ana Jolia.

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 22 05 025

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)
5-8-2025	en el Desarro de la realizacion de llamada a lista se pude evidencian la inasistencia de la niña tatiana	Agente educativo realiza la llamada a la madre de familia para tener información sobre la inasistencia y la cual por medio de un mensaje de wassp, nos dice que hoy no la trajo porque tiene el otro niño en prejardin y esta enFermo, como no tiene quien sea vuelva a llevar por no la trajo. 06-08-2025 La niña regresa muy contenta compartiendo con sus compañeros y maestra por este motivo se cierra Novedad	Ana Jolia	Mayely

Fundación Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: tatiana vidancta **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Pasbalos 7 **AGENTE EDUCATIVO:** Ana Julia

MUNICIPIO: San Migu **FECHA DE INGRESO:** 1-5-0 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)
28-07-202	Durante el momento de el llamado a lista se puede evidencia que la niña tatiana no asistio.	Agente educativo realizo la respetiva llamada para averiguar la inasistencia de la nina. a la cual la madre por mensaje de whatss. nos comenta que la nina tiene una de los ojo con irritacion y mucho dolor nos dice que no la trajo ese motivo y que la ba cuidar en casa. Se realiza llamada a las 4:15 Pm para averiguar como sigue la cual la madre nos dice que ella sigue mejor si sigue asi mañana la lleva al CDI por esto se cierra Noveda.	Ana Julia Lopez	-Mardy Marquez

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Tatiana Isabel Urdonita **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parbulos 7 **AGENTE EDUCATIVO:** Ana Julia

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

Clasificación de la Información:
CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
10-07-2025	Durante el llamado a lista se verifica que la niño no Asistio el dia de hoy	La Agente educativa realiza el llamada ala madre de la nina la cual nos comenta que vino Fue que la nina presenta un Cuadro de tos con mucha Flema y como esta el dia de hoy muy lluvioso ello no quiere sacarla a serenar Por eso decide cuidarla en caso. se llamara en horas de la tarde para verigual el estado de salud de la niña Tatiana Isabel Urdonata	Ana Julia Lopez	Maryeyy

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Tatiana Isabel Ordoñez **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parbulos **AGENTE EDUCATIVO:** Anajulia Lop.

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 22 05 025

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
10-07-20 11-07-20	Durante el llamada Alista se pueda verificar que la niña no Asistio Durante el llamado Alista se pueda evidencia que la niña no asistio	La Agente educativa realizo el proceso de llamada Ati para verificar la inasistencia. La madre por mensaje de texto nos informa que la niña tiene muchos dolores por esta motivo no la trajo. que le va hacer remedios caseros y la llevara en caso - realizo la nueva llamada que el niño sigue con dolor se recomienda llevar al medico y que nos tenga bien informado se cierra Novedad	Anajulia Lopez	Maryely

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Tatiana urdaneta. **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)
09-06-2025	En el dia de hoy la niña no asiste a col.	La madre informa. via whatsapp siendo las. 7:40am. que la niña no asistira. al col. en el dia de hoy. ya que presenta. tos y resfriado. Agente recomienda llevar al centro de salud. si la tos y resfriado persiste.	Alexandra criollo.	Marely marquez

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Tatiana Isabel Urdaneta **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulo 1 **AGENTE EDUCATIVO:** Ana Julio Lopez

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 22 05 025

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)
03-07-2025	Durante el llamado alista se verifica la inasistencia de la niña usuaria el dia de hoy.	La Agente educativo Se comunico Mediant llamado telefonico la cual madre refier. que la niña paso con mucho tos la cual refiere que la va acuidar en casa	Ana Julio	Mayely Marquez
04/07/2025		Agente educativa se comunica nuevamente con la madre de familia para conocer el motivo de la inasistencia, la madre refiere que la niña presenta bomito y apasentemente ticbre, Agente reconienda a la madre llevar a la niña	Roxana M.	

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	al area de urgencia para sea atendida por los profesionales en salud.

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

RV

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Tatiana Urdaneta. **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulo 1 **AGENTE EDUCATIVO:** Alexandra C.

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 22-05-2025.

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)
03-06-2025	Mediante revisión de carpetas se aprecia. que la niña. tiene. en blanco un espacio de la vacuna de influencia estacional.	Agente le informa de forma presencial a la madre y ella informa que. le informaron en el hospital que la niña solo tiene pendiente la vacuna de los 5 años y que ahi le aplican la que esta faltante ya que dicha vacuna no la habia cuando la niña tenia la edad adecuada para aplicarle	Alexandra Carrillo.	Mayely

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 Marely Marquez. Identificada cc 27433972 madre del niño (a) Tatiana Urdaneta. Identificado RC 7722344787.

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:

Marely

Cc: 27433972

Celular: 3238639254

45
RV

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Tatiana Isabela ordoñeta **UNIDAD DE ATENCIÓN:** _____ **AGENTE EDUCATIVO:** _____

MUNICIPIO: _____ **FECHA DE INGRESO:** 22 05 025

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)
05-06-2025	En el dia de hoy la niña no asiste. al CDI. por tratamiento medico. En el dia de hoy 6-06-2025. La niña asiste con normalidad al CDI. con un estado de salud. porcialmente adecuado.	Agente se comunica con la madre via whatsapp a las 8:25.am y ella refiere. que la niña ya esta mejor Pero aun esta suministrandole los medicamentos. como tambien informa que en cuanto termine el tratamiento llevara a la niña nuevamente a recibir el servicio del CDI.	Alexandra Criollo	Marely

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Tatiana Urdaneta **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulo 7 **AGENTE EDUCATIVO:** Alexandra Ci

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 22-05-2025.

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)
03-06-2025	La niña no asiste al CDI en el dia de hoy	La madre informa de forma personal a las 7:30 am que la niña no asistirá al CDI, motivo por el cual la niña presenta mucha gripe.	Agente recomienda cuidar a la niña en casa y si presenta anomalias o otras alteraciones Por la gripe remitir a la niña al centro de salud.	Alexandra Criollo	Yenely Marquez
04-06-2025	La niña no asiste al CDI.	Agente trata de comunicarse con la madre de la niña pero no Fue posible. a las 8:20 am.	Agente tratara de comunicarse nuevamente con la madre en horas de la tarde.	Alexandra Criollo.	

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Tatiana Urdaneta. **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulo 7 **AGENTE EDUCATIVO:** Alexandra Cri.

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 21-05-2025.

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.	El dia de hoy la niña no asiste al CDI.	La madre informa por mensaje de texto mediante whatsapp. siendo las 7:50am informando que no llevara a la niña. el dia de hoy al CDI ya que amanecio con fiebre.	Agente recomienda llevar a la niña por el centro de salud si la Fiebre persiste, como tambien queda pendiente comunicacion en horas de la tarde para saber como sigue la niña.	Alexandra Criollo	Marely Marque