Fecha de diligenciamiento: 09 | 04 | 2025

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

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

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

Unidad de Servicio sugerida: C.D.I fronteras de paz

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

Número de documento: 1.122.344.238

Fecha nacimiento: 28 | 04 | 2023

Nombres: Lia Victoria

Apellidos: Torres Velasquez

Presenta discapacidad? ( ) Si (●) No

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

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

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

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

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

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

Departamento residencia: Putumayo

Municipio de residencia: San Miguel

Zona: Urbana

Barrio: Los Prados

Vereda:

Sector:

Dirección: Casa de Cultura Via al terminal

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

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

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

Número de documento: 1.121.854.071

Nombres: Maria Orfilia

Apellidos: Velazquez Ramirez

Pais de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 07 | 06 | 1989

Correo electrónico: pipevelasquez224@gmail.com

Número de celular: 322 587 1870

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: MARIA VELASQUEZ

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Yamni Giron

Observaciones:

Fundación Alma de Vida

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO: Lia Victoria Torres Velazquez

N° DOCUMENTO: 1.122.344.238 TIPO DOCUMENTO: RC X CC ___ OTRO ___

FECHA DE NACIMIENTO: 28-04-2023 EDAD: 1 año, 11 meses

LUGAR DE NACIMIENTO: Colombia Putumayo Puerto Asis

NOMBRE DE LA UDS: C.D.I fronteras de Paz

CODIGO UDS: 8675711269772 BARRIO/VEREDA: 7 de Agosto

FECHA DE INGRESO: 9- abril -2025 FECHA DE RETIRO: ___

SISBEN: Emssanar A4 EPS: Emssanar RÉGIMEN (C)__ (S)X

DESPLAZADO: SI___ NO X DISCAPACIDAD: SI___ NO X ¿CUAL? ___

GRUPO ETNICO: SI___ NO X ¿CUAL? ___

GRUPO AFROCOLOMBIANO: SI___ NO X ¿CUAL? ___

NOMBRE DE LA MADRE: Maria Orfila Velazquez Ramirez

N° CÉDULA: 1.121.854.071 LUGAR DE EXPEDICIÓN: Villavicencio

NOMBRE DEL PADRE: Segundo Andres Torres Ortega

N° CÉDULA: 18.782.108 LUGAR DE EXPEDICIÓN: San Miguel

N° DE CELULAR: 3112954923 - 3225871870

NOMBRE DEL ACUDIENTE: ___

N° CÉDULA: ___ LUGAR DE EXPEDICIÓN: ___

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

NUMERO DE CELULAR ___

Maria Velasquez
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Yeisi Giron.
NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO

3

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: **N** 2874897

NUIP 1.122.344.238

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
TORRES VELAZQUEZ LIA VICTORIA

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)			Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año 2023	Mes ABR	Día 28	FEMENINO	O +

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

Fecha de Inscripción (Mes en letras)			Indicativo serial
Año 2023	Mes MAY	Día 18	0063693508

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
VELAZQUEZ RAMIREZ MARIA ORFILIA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.121.854.071	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
TORRES ORTEGA SEGUNDO ANDRES

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 18.182.108	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
VELAZQUEZ RAMIREZ MARIA ORFILIA

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.121.854.071

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 A65Z

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)
Año 2023 Mes MAY Día 18

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
33437448-3

Nombre y firma del funcionario

ROY EDISON CALLE QUIRAMA
Registrador del Estado Civil

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.121.854.071
VELAZQUEZ RAMIREZ
APELLIDOS

MARIA ORFILIA
NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 07-JUN-1989
PUERTO CONCORDIA
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

13-JUL-2007 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-5203500-00594287-F-1121854071-20140626 0039093230A 1 7232936224

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 18.182.108
TORRES ORTEGA
APELLIDOS
SEGUNDO ANDRES
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 02-ABR-1982
LINARES
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 ESTATURA | AB+ G.S. RH | M SEXO

01-JUN-2000 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-6401800-00992036-M-0018182108-20180405 00606 16943A 3 49837337

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

A4

Fecha de consulta: 09/04/2025

Ficha: 86757042478600000090

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: LIA VICTORIA

Apellidos: TORRES VELASQUEZ

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122344238

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 07/11/2017

Última actualización ciudadano: 23/05/2023

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 MONTE

Dirección: Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libert

Teléfono: 4210537 - 32131387

Correo Electrónico: sisben@sanmiguel-putumayo.gov

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

1. Por validación de información en otros registros administrativos

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	1122344238
NOMBRES	LIA VICTORIA
APELLIDOS	TORRES VELAZQUEZ
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	03/05/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/11/2025 13:53:41	**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

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 1122344238
Apellidos:	TORRES VELAZQUEZ
Nombres:	LIA VICTORIA
Ficha Sisben:	867570424786000000090
Nivel Sisben:	Nivel I
Grupo Sisben	A04
Tipo de discapacidad:	Ninguna
Plan de salud:	Régimen Subsidiado
Estado de servicio:	Vigente
Fecha de Afiliación:	28/04/2023
Departamento de Afiliación:	PUTUMAYO
Municipio de Afiliación:	SAN MIGUEL
Zona:	Urbana - Cabecera Municipal

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 24 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.

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...Sanos



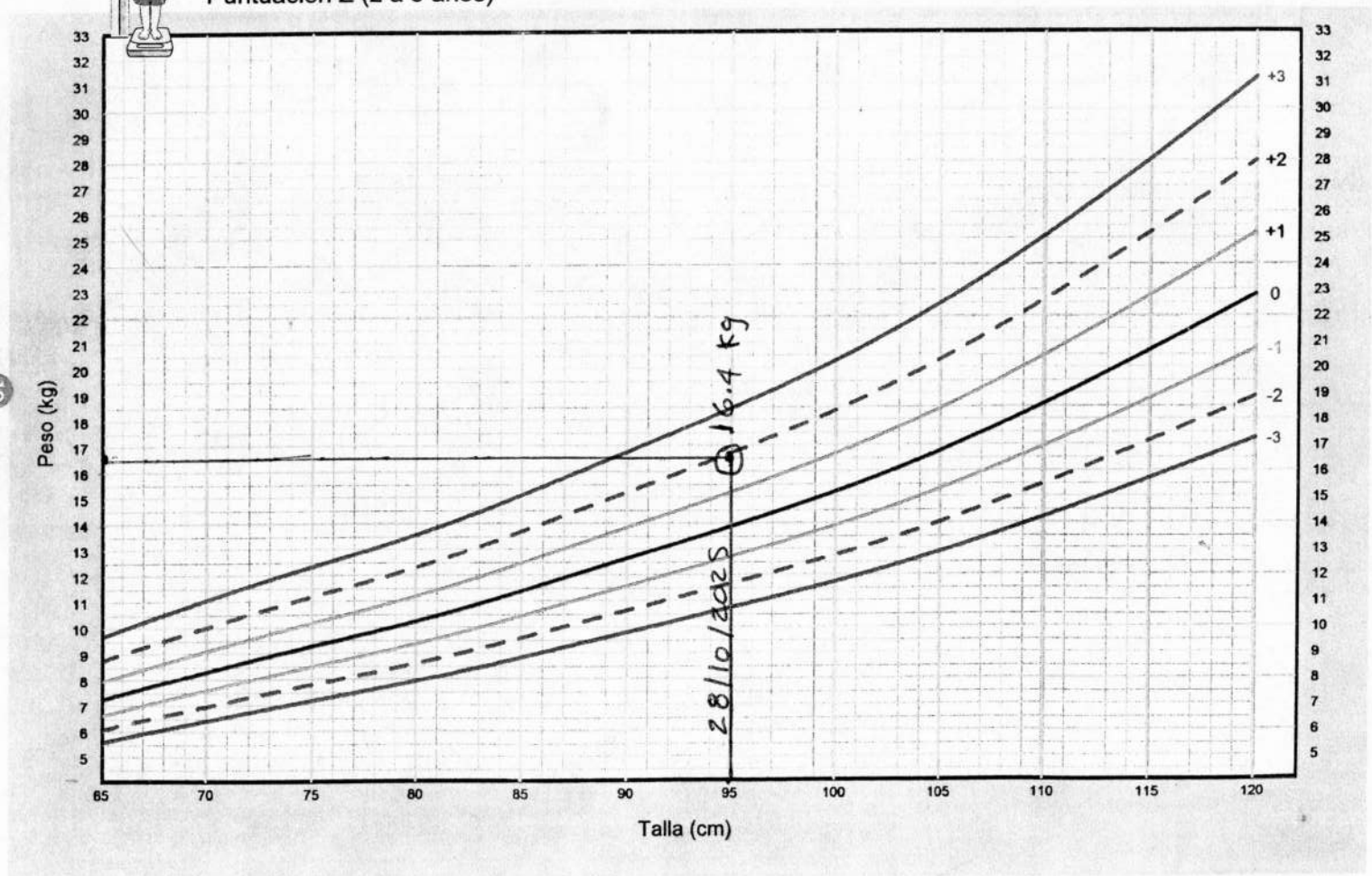
E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

Nombres: Torres velasco	Apellidos: Lia Victoria
Fecha de nacimiento: 28 (DIA) | 04 (MES) | 2023 (AÑO)	Historia Clínica: 1122544238
Barrio/Vereda: Los prados	Responsable del niño: Maria velasquez
Teléfono: 3225871870	EPS: Emssana

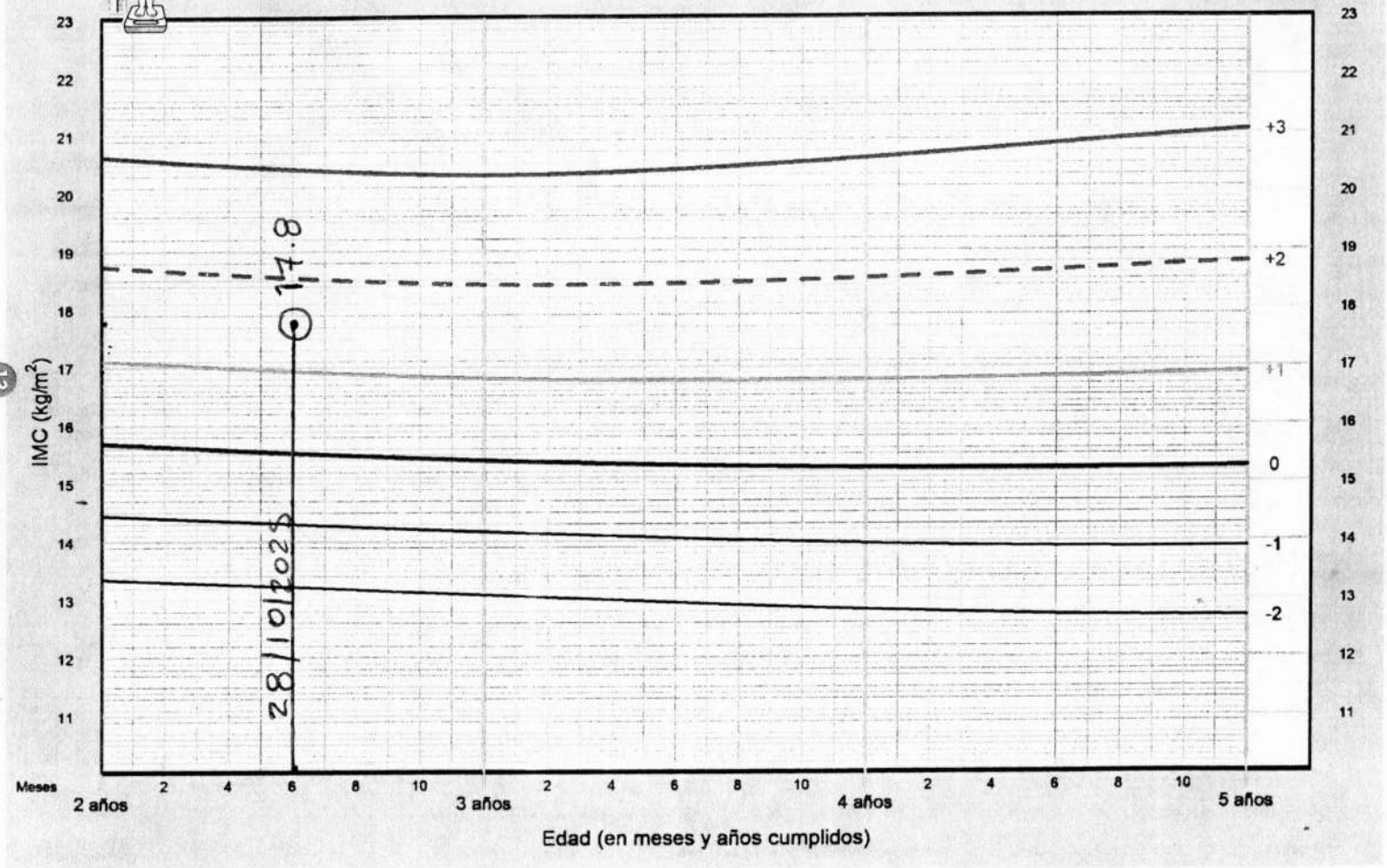
Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
14	07	2023	Enf	Si ✓	
28	04	2023	Med.	Si ✓	
28	10	2023	Enf.	✓	
28	01	2024	Med/Enf	si ✓	
28	04	2024	Medico	Si ✓	
28	10	2024	Enf.	Si ✓ Mi/Kenya C-	
29	10	2025	Enf.	Si ✓	Reday Q
28	4	2026	Medico		

Nombres y Apellidos: Lia Victoria Torres Velazquez

Tipo de Indentificación RC No. ID: 1122 344 238

	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	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	28	04	23	Lactancia materna exclusiva Serum	O	Si ☐ No ☐ 3 7 1 M A 0 9 3	H.A.C.F				
	Hepatitis B	Recién nacido	28	04	23	Serum	O	3 2 1 Q 0 1 8 B	H.A.C.F	28	06	23	Carolina O.
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1ª	4	07	23	Lactancia materna exclusiva Serum	2	Si ☐ No ☐ 1 1 5 0 0 4					
	Pentavalente Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1ª	4	07	23	Saum	2	3 5 0 4 0 3 8 D					
	Pentavalente Hepatitis B	1ª	4	07	23	Serum	2	3 5 0 4 0 3 8 D					
	Pentavalente Difteria, Tétanos, Tosferina	1ª	4	07	23	GSK	A	2 0 1 C 4 9 2 AF	Hospital Fontanero				Dra Vera
	Pentavalente Diarrea por rotavirus	1ª	4	07	23	GSK	F	R 4 8 9 7					
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	1ª	4	07	23	GSK	F	R 4 8 9 7					
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2ª				Lactancia materna exclusiva Biolog.	2	Si ☐ No ☐ 2 0 8 0 1 6 A		cita:			
	Pentavalente Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2ª					2	8 5 1 4 0 3 3 A		4 Sept 2023			
	Pentavalente Hepatitis B	2ª				Serum							
	Pentavalente Difteria, Tétanos, Tosferina	2ª				GSK	A	2 0 2 D 0 9 3 3	HFLD	cita 04 NOV 2023			
	Diarrea por rotavirus	2ª											
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	2ª	04			Pfizer	F	L 4 8 9 7					
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3ª	09	11	23	Lactancia materna exclusiva Biologicals	2	Si ☐ No ☐ 2 3 1 0 0 1					
	Pentavalente Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3ª	04	11	23	Serum	2	B 5 1 4 0 3 3 C	HFLD				Kelly Jimenes
	Pentavalente Hepatitis B	3ª	04	11	23	Serum	2	B 5 1 4 0 3 3 C					
	Pentavalente Difteria, Tétanos, Tosferina	3ª	04	11	23	Serum	2	B 5 1 4 0 3 3 C					
	Influenza estacional	1ª	29	04	24	Butantan	2	4 0 0 9 7 9 / 0 0	HFLD	Citas:			
7 meses	Influenza estacional	2ª	13	06	24	Butantan	2	4 0 0 9 7 9 / 0 0	HFLD	Año Cumplido Isabel. A			
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1ª	29	04	24	Serum	O	1 32 NU 4 8 B					
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	Refuerzo	29	04	24	Pfizer	F	4 9 9 2 5					Jenffer Cabezas
	Varicela	1ª	29	04	24	Merck	X	D 9 6 5 3 7	HFLD				
	Hepatitis A	Unica	29	04	24	MSD	W	D 2 X 3 3 6					
	*Influenza estacional	Anual	29	04	24								
18 meses	Poliomielitis (VIP)	1er Refuerzo	07	11	24	Biolog	2	2 3 9 0 0 3 A	HFLD				
	Difteria, Tosferina y Tétano DPT ☐ Pentavalente ☐	1er Refuerzo	07	11	24								
	**Fiebre Amarilla	Unica	29	04	24	Serum	2	2 6 2 3 X 0 1 3 B	HFLD				Kelly Jimenez
5 años	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2ª	07	11	24	Floctro 2	2	3 1 U F C 0 0 3 Z	HFLD				Jenffer. C.
	Poliomielitis (VIP) ☐ (VOPb) ☐	2do Refuerzo				Jelcm	O	1 3 2 N O A 1 A	HFLD				Kelly Jimenez
	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: 04-NOV-24

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

Powered by CamScanner

14
RV

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA
NIT. 846.002.309-9

ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE LA VACUNA CONTRA EL SARS-COV-2 / COVID-19

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL

La salud es de todos

CIUDAD San Miguel FECHA: DÍA 9 MES 4 AÑO 25 HORA: 7. am

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Lia Victoria APELLIDOS Torres Velasquez

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [x] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1122344238

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 28 MES: 4 AÑO: 2023 / EDAD: 2 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Emssanar Cel. 3225871870

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 Vacuna Bl los prodos

¿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.

15

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

Firma de la persona: MARIA OCTILIO VELASQUEZ R.

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

Nombres _____ Apellidos _____

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 11.218541071

Firma: _____

En caso de requerirse firma a ruego:

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

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

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

de _____

Huella dactilar o plantar del Rogante

Firma del Rogado

C.C. N° _____

C.C. N° _____

Nombres y apellidos del vacunador: Nora Vela

Firma _____ Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 41125510

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.

CARNET RIAS

PRIMERA INFANCIA

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

Servimos con amor



Nombres y apellidos: Lia Victoria torres Velazquez.

Doc. de identidad: 1122344238 EPS: Emssanar

Teléfono: 3225871810 Domicilio: B/Los prados

		PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) ó AÑOS (A)										
			5 DÍAS	1 M	2-3 M	4-5 M	6-8 M	9-11 M	12-17 M	18-23 M	24-29 M	30-35 M	3 A
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											
		Profilaxis y remoción de placa bacteriana											
		Aplicación de sellantes (según criterio)											
	V	Vacunación											

Jenny Cordoba Orrala
ODONTOLOGA
1003918424

31-oct 2023.

8-05-24 X 8-05-25

8-11-24 X

8-05-2025
8-JUN-2025

10-11-2025
10-05-2026

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

PC: Al cumplir el año

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 Lia Victoria Torres Velazquez, identificado (a) con documento de identidad número 1.122.344.238, 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	✓	Audios	✓	Videos	✓	Otros datos personales	✓

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Maria Orfilia Velazquez, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1.121.854.071, 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	✓	Audios	✓	Videos	✓	Otros datos personales	✓

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: Maria Orfilia Velasquez
Nombre: Maria Orfilia velasquez
Calidad - Titular: ____ Representante legal: ____
Teléfono de contacto: 3225871870
Fecha: 4 abril
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

19 RV

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

20

(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

MARIA VELASQUEZ
Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Roxana Mendez.
Agente educativa

Huella del niño/niña

EMPRESA DE ENERGÍA DEL BAJO PUTUMAYO S.A. E.S.P.
Nit. 846.000.553-0 - NUIR: 2-86568000-7
Autorretenedores Res. 547 de 25/01/2002
- Responsables de IVA

"Generamos Desarrollo con Energía"

Vigilado Superservicios

21, R

Código de Suscripción	SM 10537	Pago oportuno hasta:	06-MAR-2025	Mes Facturado
Factura Nro.	2037007429	Suspensión a partir de:	07-MAR-2025	FEBRERO 2025

1. Información General

Nombre:	SEGUNDO ANDRES TORRES ORTEGA		05-FEB-2025	Último pago $	79,650
Dirección:	BR LOS PRADOS	Tuve servicio de energía entre:	19-ENE-2025 - 19-FEB-2025 (31)		.25-FEB-20

Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Área	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Tarifa	División Geopolítica
SM1	S109	156	1	RESIDENCIAL	URBANA	1	6	AEREA	EMPRESA	105	SAN MIGUEL - LOS PRADOS

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

2.Información Consumo Energía

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

Generación	Transmisión	Distribución	Comercialización	Pérdidas	Restricción	CU
502.93	56.03	249.01	113.93	69.39	10	

2A.Información Medidor

Marca	Serial	Factor Múltiplo
HIK	16270593	

2B.Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	19338	19135
Reactiva:		

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

2C.Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	203	
Consumo Reactiva KVarh:	0	
Costo del consumo $	203345.08	
Tarifa (hasta 173 Kwh):	402.74	
Subsidio: %	59.[illegible]944	-103620.16
Contribución: %	$0	0
Sub Total $	99724.92	

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

2D.Consumo Ultimos 6 Meses

Mes	Consumo
2025/Ene	167
2024/Dic	169
2024/Nov	220
2024/Oct	160
2024/Sep	177
2024/Ago	152

Promedio: 174

2E.Información Calidad del Servicio

Tel. O.R. EEBP 01 8000 942415
Transformador SLD103 Grupo 22
DIUG 30.24 FIUG 19 Circuito C14
Cargo D 257.19 Dscto %I 20
CEC 167.29
DIU 84.92 FIU 99.00
HC 1.16 VC 3.00
Valor a compensar: 17,210.40

3.Información de Créditos EEBP

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

Gerente General

4.Detalle Conceptos del Servicio de Energía

Conceptos EEBP	Valor Liquidado	Saldo Anterior	Saldo a Favor o Anticipado	TOTAL
ACTIVA SENCILLA MONOMIA	203,345.08	0	0.00	203,345
SUBSIDIO	103,620.16	0	0.00	103,620
AJUSTE A SUBSIDIO	3,700.26	0	0.00	3,700
COMPENSACION RES.CREG_015/2018	17,210.40	0	0.00	17,210
AJUSTE A LA DECENA	0.22	0	0.00	0

5.Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP

86.215

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	11,235	0	11,235

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

Total EEBP	+	Total Impuesto Alumbrado público	+	Total Aseo y/o Alcantarillado	+	Total Otros Convenios	=	Debo pagar en Total
86,215		11,235		6,000		0		103,450

CUFE: [illegible]

(415)7709998005532(8020)10002037007429 27(3900)0000103450(96)20250306

Paga fácil por Internet en www.eebpsa.com.co

www.eebpsa.com.co @eebpsaesp /eebpsa

Fac. Electronica: EEBP 122951

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

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

Proveedor Tecnológico: dispapeles S.A.S. NIT: 860028580-2 Software: fact-e

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre 23 RV

Ciudad San Miguel - La Dorada

Nombre completo de la niña o niño Lia Victoria Torres Velazquez

Fecha de nacimiento 28 04 2023 **N° Documento de Identidad** 1122344238

Sexo Masculino ○ Femenino ● **Fecha de 1er día de atención en el año** 09 04 Año

hija: 2
hermano: 1

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Yadeni Giron

Fecha de registro cualitativo 02 04 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 se ha evidenciado en la niña una notable facilidad para desplazarse en diferentes espacios y para interactuar con sus compañeros, lo que refleja una buena adaptacion al entorno. no obstante, es importante seguir fortaleciendo dimensiones y procesos de, acuerdo a su rango de edad: comunicacion verbal y manejo corporal especialmente en la representacion de personajes de las rondas infantiles.

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

Incorporar acciones pedagogicas mediante la planeacion pedagogicas que aborden la dimension comunicacion verbal y manejo corporal. por ejemplo: hablar constantemente, leer cuentos ilustrados, nombrar objetos, juegos con sonidos y palabras. Juegos de movimiento libre, actividades con obstaculos, actividades de autocuidado.

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Maritza Siagama Certiga.

Fecha de registro cualitativo 02 10 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

Lia Victoria se encuentra dentro de lo esperado teniendo encuenta que ha cumplido con los Items correspondiente a su etapa de edad, se continuara con el programa pedagogico como se ha venido trabajando.

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)***

ración itativa ⇨	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
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	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

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza
Salud, cuidado, pedagogía y desarrollo social

BIENESTAR FAMILIAR

25 Rv

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Lia Torres **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulo 7. **AGENTE EDUCATIVO:** Yurany Galindez

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

Clasificación de la Información:
CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
7. dic 025. 02 dic. 025.	Se realiza el llamado de asistencia y se logra evidenciar que la niña no ingreso a la unidad.	Se le informa a los familiares para saber el motivo de la inasistencia. Por medio de un mensaje y llamada pero no es posible la comunicacion. al finalizar la mamita nos informa por medio de un mensaje que no se encontraba en el municipio por el cual no asistio Se logra evidenciar que la niña ingresa bien. aparentemente a la unidad Por lo tanto se Sierra novedad	Yurany Galindez	Maria Velasquez

Fundación Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

26 RV

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Lia Torres **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulo 1. **AGENTE EDUCATIVO:** Yurany.

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

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
18 Nov. 025.	Se realizo el llamado de asistencia y se logra evidenciar que la niña no ingresó a la Unidad.	Se le informa a la mamita. para sabe el motivo de la inasistencia y nos informa que tuvo que Salir a realizar una negligencia domestica. a otro municipio.	Yurany Salmedz2	- MARIA UELASQUEZ Q.
19 Nov. 025.	Se realizo el llamado de asistencia y se logra evidenciar que la niña no ingreso a la unidad.	Segun. la informacion despues de comunicarnos con la familia la mamita manifiesta que no se encuentre en el municipio por el cual envia un permiso escrito.		

BIENESTAR FAMILIAR

24
RV

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
20 Nov. 25	Se realizo el llamado de asistencia y se logra evidenciar que la niña no ingreso a la unidad por motivo de que aun no retorna al municipio.
21 Nov. 25	Se realizo el llamado de asistencia y se logra evidenciar que la niña no asistio a la unidad se envia mensaje de texto a los familiares y nos informa que la niña ingresa el lunes y que se encuentra bien. MARIA VELASQUEZ R
24 Nov. 25	Se logra evidenciar que la niña ingreso a la unidad aparentemente bien.

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

BIENESTAR FAMILIAR

28 KL

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Lia Torres. UNIDAD DE ATENCIÓN: Parvulo 7. AGENTE EDUCATIVO: Yurany Galindez

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: _____

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
14 Nov. 025	Se realiza esta novedad Con el fin de. confirmar el permiso por unos dias a la niña lia. por motivo de una negligencias Domesticas.	Se le informa a la mamita la importancia de la asistencia a la Unidad. Ya que es de gran. aprendizaje Significativo en. cuanto a su desarrollo y crecimiento para la vida diana. la mamita por medio de una. Solicitud de permiso escrito se dirije al grupo Psicosocial y a la agente. para Presentar el permiso.	Yurany Galindez	Maria Velasquez C.

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

BIENESTAR FAMILIAR

30 R

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Lia Victoria Torres **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)
10 Nov. 025 17. 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 manifiesta. que la niña tiene cita de higiene oral y por eso el motivo de la inasistencia. Se logra evidenciar que la niña Si ingreso a la unidad aparentemente bien por lo tanto se hace el cierre de la novedad.	Yurany Galindez	Maria Ufiasquez.

BIENESTAR FAMILIAR

32 PL

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Lia Torres. UNIDAD DE ATENCIÓN: Parvulos. AGENTE EDUCATIVO: Yurany Gaviria

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)
5 Nov. 025	Se realizo el llamado de asistencia de carpetas. al dia y se logra evidenciar. Se la niña tiene control de Higiene Oral. para el 8 de Noviembre.	Se le informa a la mamita que la tiene control de Higiene Oral para que con anticipacion baila Sacando la Cita. del control. de Higiene Oral. y la mamita nos informa que ya hay la va a ir a sacar.	Yurany Galindez	- Maria Ufiasquez.

Corporación Alma de Vida
Fortaleciendo caminos de encuentro
Salud mental, pedagogía y dinámicas sociales

BIENESTAR FAMILIAR

34 RV

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Lia. Torres **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)
30 Oct 025	Se realizo el llamado de asistencia y se logro evidenciar que la niña no asistio a la unidad.	Se envia mensaje de texto para saber el motivo de la inasistencia. y la mamita nos informa. que tuvo que salir urgente a una(ge) negligencia Domestica. el motivo de la inasistencia.	Yurany Galindez Yurany	PADRIA VELASQUEZ

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
04 Nov 025	Se logra evidenciar que la niña ingreso a la Unidad aparentemente bien.

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

BIENESTAR FAMILIAR

36 RV

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Lia. Torres 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	Se realiza la revision de Carpetas y se logra evidenciar que la niña Lia tiene la Cita del proximo Control. para el dia 29 oct	Se le informa a la mamita recordandole la Cita de Control y desarrollo que tiene pendiente para el 29 octubre ya que es importante por el bienestar y la salud de la niña estar al dia. y la mamita nos informa que ya saco la Cita.	Yurany Galindez	MARIA VILLASQUEZ

BIENESTAR FAMILIAR

38RV

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: LIA·VICTORIA TORRES· UNIDAD DE ATENCIÓN: PARVULO 1. AGENTE EDUCATIVO: Yurany Gallinde2

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)
27 oct 025 28 oct 025	Se realizo el llamado de asistencia y se logro evidenciar que la niña no asistio a la unidad.	Se le envia un mensje de texto a los familiares para saber el motivo de su inasistencia y la mamita informa que no tiene quien la lleve al Jardin mientras madruga a sacar la cita. que tiene pendiente del Control. Se realiza la respectiva observacion y se logra evidenciar que la niña ingreso aparentemente bien. Para Cerrar novedad.	Yurany Gallinde2	Maria Velasquez R.

BIENESTAR FAMILIAR

40

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: LIA VICTORIA TORRES. **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulo 4. **AGENTE EDUCATIVO:** _____

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)
27/10/025.	Se realizo el llamado de asistencia y se logro evidenciar que la niña Lia no asistio a la unidad.	Se envia mensaje de texto a los familiares para saber el motivo de la inasistencia y por medio de un mensaje de texto la mamita manifiesta que la niña no asistio a la unidad porque tiene Sintomas de Fiebre	Yuranis Galindez	-MARIA VELASQUEZ
22/10/025	Se realiza el llamado de asistencia y se logra evidenciar que la niña ingreso a la unidad.	Se realiza la respectiva Observacion y se logra evidenciar que la niña ingresó à la unidad. aparentemente bien.		-MARIA VELASQUEZ