BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO * PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE INSCRIPCIÓN FÍSICA PARA LA PRE - MATRÍCULA EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA	F2.MT1.PP	30/01/2025
		Versión 2	Página 2 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

Fecha de diligenciamiento: 1 | 04 | 2025

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

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

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

Unidad de Servicio sugerida: CDI Frontera 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: 1122341239

Fecha nacimiento: 19 | 03 | 2023

Nombres: Harold Josue

Apellidos: Cuellar Cadena

Presenta discapacidad? ( ) Si (X) No

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

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

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

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

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

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

Departamento residencia: Putumayo

Municipio de residencia: San Miguel

Zona: Urbana

Barrio: Los prados

Vereda:

Sector: Urbano

Dirección: Por el Jardin de mis tiernos amigutos.

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

Parentesco: (X) 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: 1117522928

Nombres: Jessica Paola

Apellidos: Cadena Escobar

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 10 | 09 | 1995

Correo electrónico: Jessicadena91@gmail.com

Número de celular: 3227048420

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: Jesica Cadena

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Alexandra Ariza

Observaciones:

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

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:
Harold Josue Cuellar Cadena.

N° DOCUMENTO: 1122344239 **TIPO DOCUMENTO: RC** X **CC** ___ **OTRO** ___
FECHA DE NACIMIENTO: 19 / marz / 2023 **EDAD:** 2 años.
LUGAR DE NACIMIENTO: Logo Agrio - Neva Loja

NOMBRE DE LA UDS: CDI Fronteras de paz
CODIGO UDS: 86757112697? **BARRIO/VEREDA:** B/ 7 Agosto
FECHA DE INGRESO: 1- Abril-2025 **FECHA DE RETIRO:** _____

SISBEN: B1 **EPS:** Emsanar **RÉGIMEN (C)** __ **(S)** X
DESPLAZADO: SI ___ **NO** ___ **DISCAPACIDAD: SI** ___ **NO** ___ **¿CUAL?** _____
GRUPO ETNICO: SI ___ **NO** ___ **¿CUAL?** _____
GRUPO AFROCOLOMBIANO: SI ___ **NO** ___ **¿CUAL?** _____
NOMBRE DE LA MADRE: Yesica Paola Cadena Escobar.
N° CÉDULA: 1117522928 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Valle del Guamuez
NOMBRE DEL PADRE: Jorge Eliecer Cuellar
N° CÉDULA: 1117491016. **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Florencia.
N° DE CELULAR: 3227048420 - 3237003288
NOMBRE DEL ACUDIENTE: Jessica cadena
N° CÉDULA: 1117522928 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** florencia C.
DIRECCIÓN VIVIENDA: B los prados **ZONA POBLACIONAL: (R)** ___ **(U)** X
NUMERO DE CELULAR 3227043490

Jessica Cadena
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Alexandra Criollo
NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO
Número: N 2874898

NUIP 1.122.344.239

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco X☐

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
CUELLAR CADENA HAROLD JOSUE

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)			Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año 2023	Mes MAR	Día 19	MASCULINO	A +

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
ECUADOR SUCUMBIOS-LAGO AGRIO-NUEVA LOJA

Fecha de Inscripción (Mes en letras)			Indicativo serial
Año 2023	Mes MAY	Día 19	0063693509

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
CADENA ESCOBAR YESICA PAOLA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.117.522.928	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
CUELLAR JORGE ELIECER

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.117.491.016	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
CADENA ESCOBAR YESICA PAOLA

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.117.522.928

Espacio para notas
VALIDO PARA TRAMITES LEGALES Y CIVILES

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

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

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)
Año 2023 Mes MAY Día 19

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
Adhesivo Copia Registro Civil
33437451-4

Nombre y firma del funcionario

ROY EDISON CALLE QUIRAMA
Registrador del Estado Civil

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.117.522.928

CADENA ESCOBAR
APELLIDOS

YESICA PAOLA
NOMBRES

Jessica Cadena
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-SEP-1991
VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

23-MAR-2010 FLORENCIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-4400100-00241337-F-1117522928-20100615 0022229995A 1 34724401

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.117.491.016
NUMERO

CUELLAR
APELLIDOS

JORGE ELIECER
NOMBRES

JORGE ELIECER C.
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 05-JUL-1986
FLORENCIA
(CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.74 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO

28-DIC-2004 FLORENCIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-4400100-67134281-M-1117491016-20050906 0011805249N 02 182148072

6

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	1122344239
NOMBRES	HAROLD JOSUE
APELLIDOS	CUELLAR CADENA
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	01/05/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	11/18/2025 10:31:51	**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

Sisbén
Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 18/11/2025

Ficha: 86757042478600000293

B1

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: HAROLD JOSUE

Apellidos: CUELLAR CADENA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122344239

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 24/11/2017

Última actualización ciudadano: 26/05/2023

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

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 1122344239
Apellidos:	CUELLAR CADENA
Nombres:	HAROLD JOSUE
Ficha Sisben:	86757042478600000293
Nivel Sisben:	Nivel I
Grupo Sisben	B01
Tipo de discapacidad:	Ninguna
Plan de salud:	Régimen Subsidiado
Estado de servicio:	Vigente
Fecha de Afiliación:	19/03/2023
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 4 de Abril 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



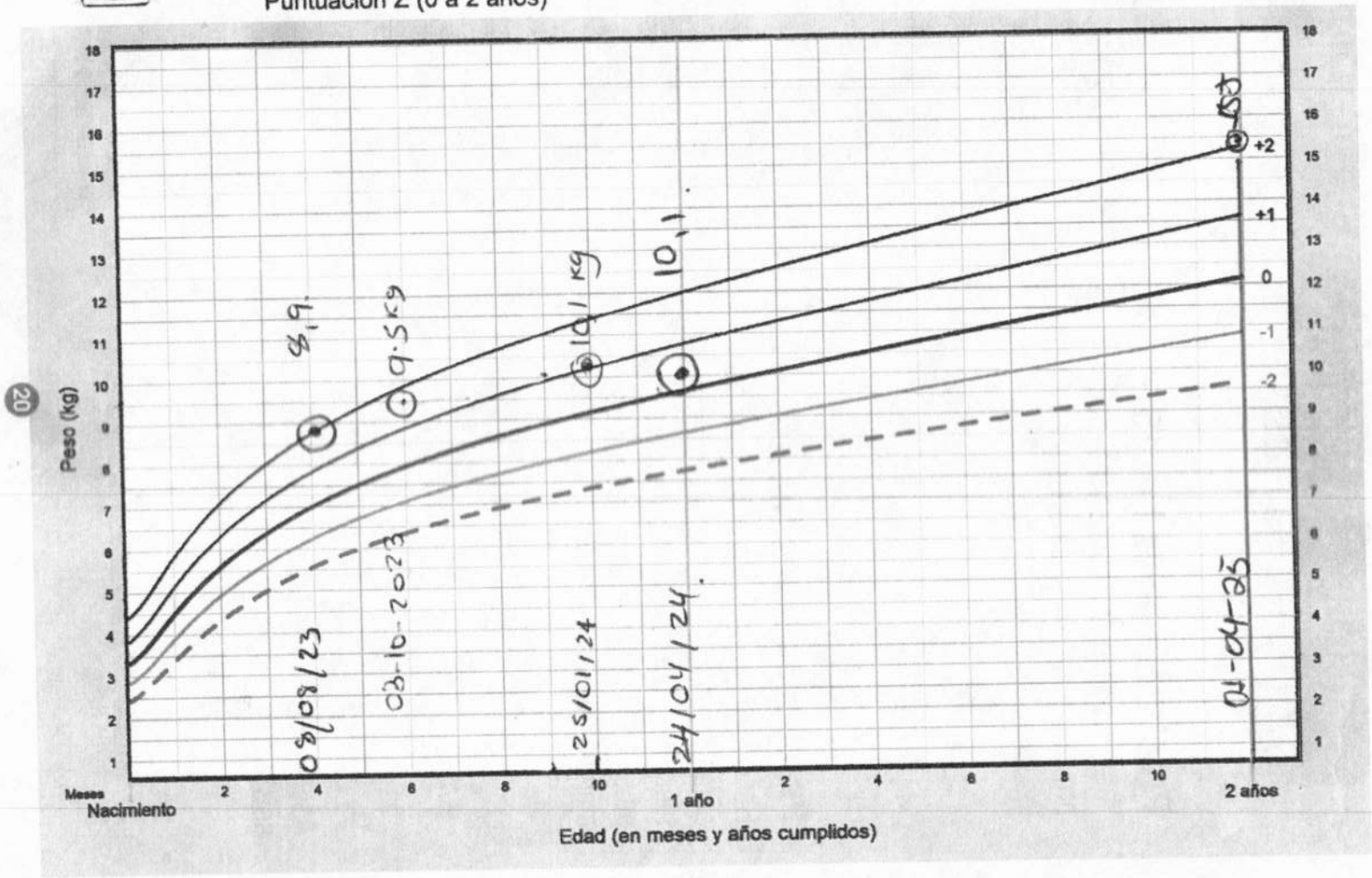
E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

Nombres: Harold Jose.	Apellidos: Cuellar Cadena
Fecha de nacimiento: DÍA 19 MES 3 AÑO 2023	Historia Clínica: 7122344239
Barrio/Vereda: Los Prados	Responsable del niño: Jesica Cadena.
Teléfono: 3227048420.	EPS: Emssanar.

Peso para la Edad Niños

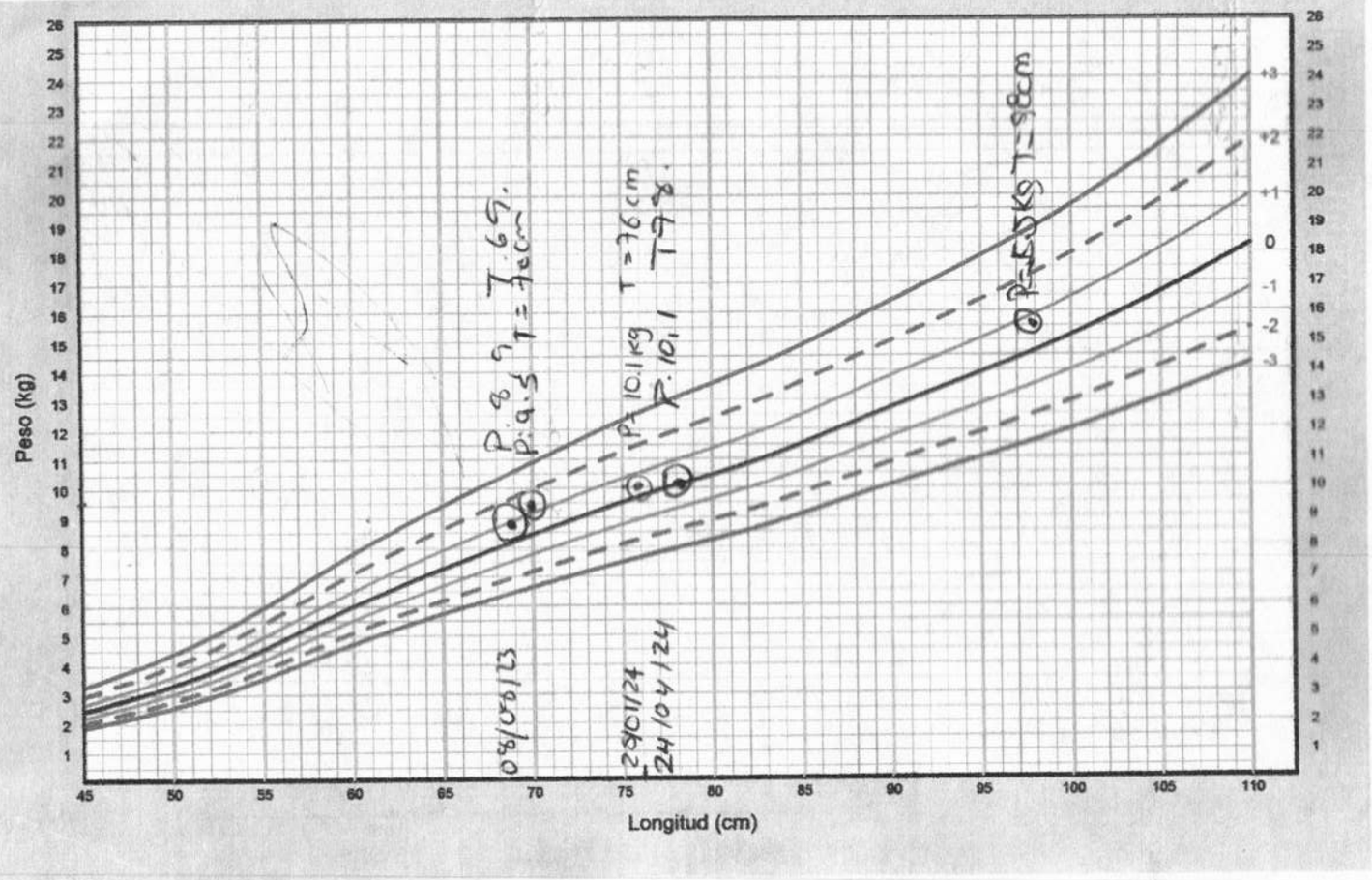
Puntuación Z (0 a 2 años)





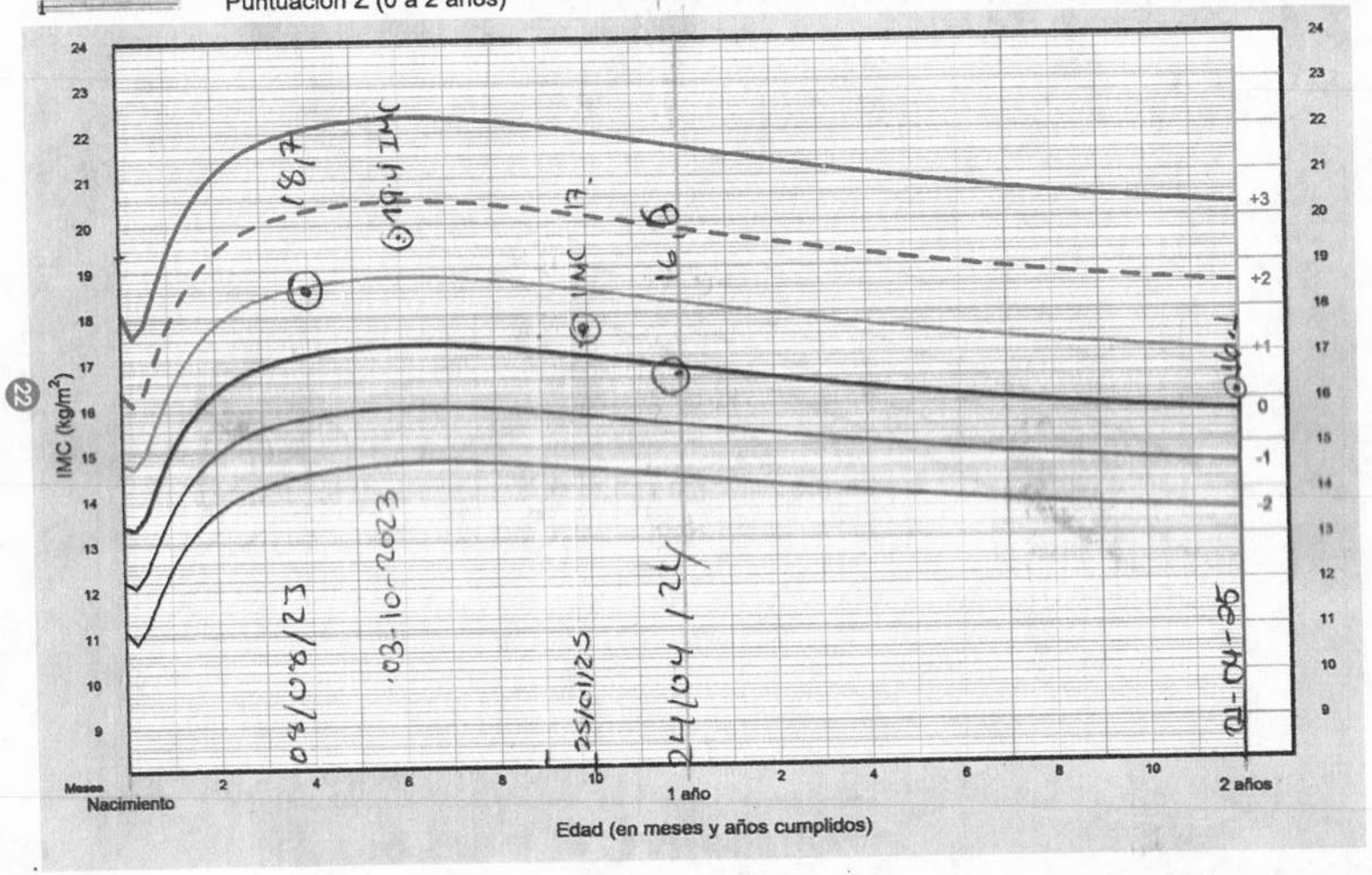
Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



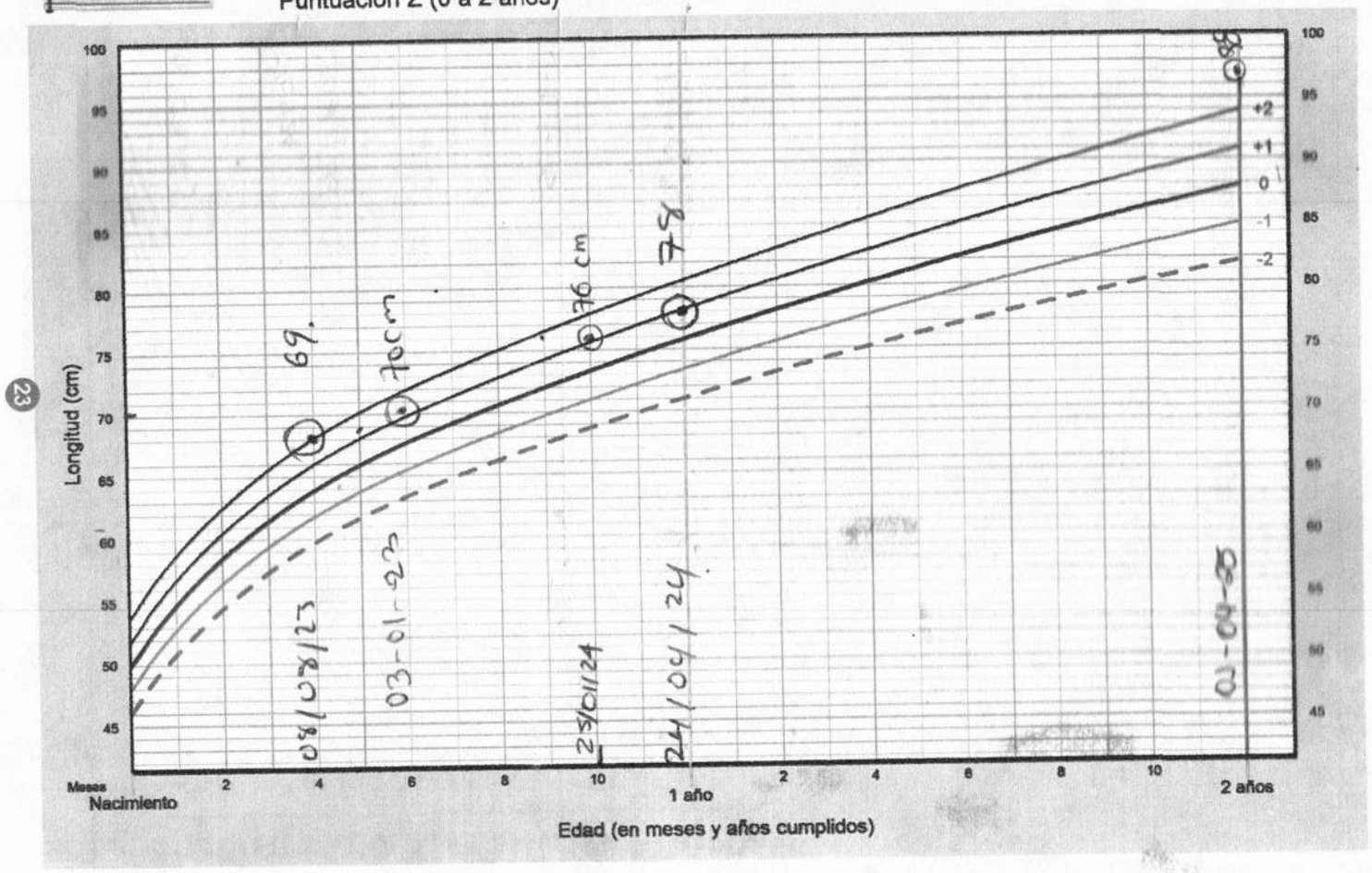
IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



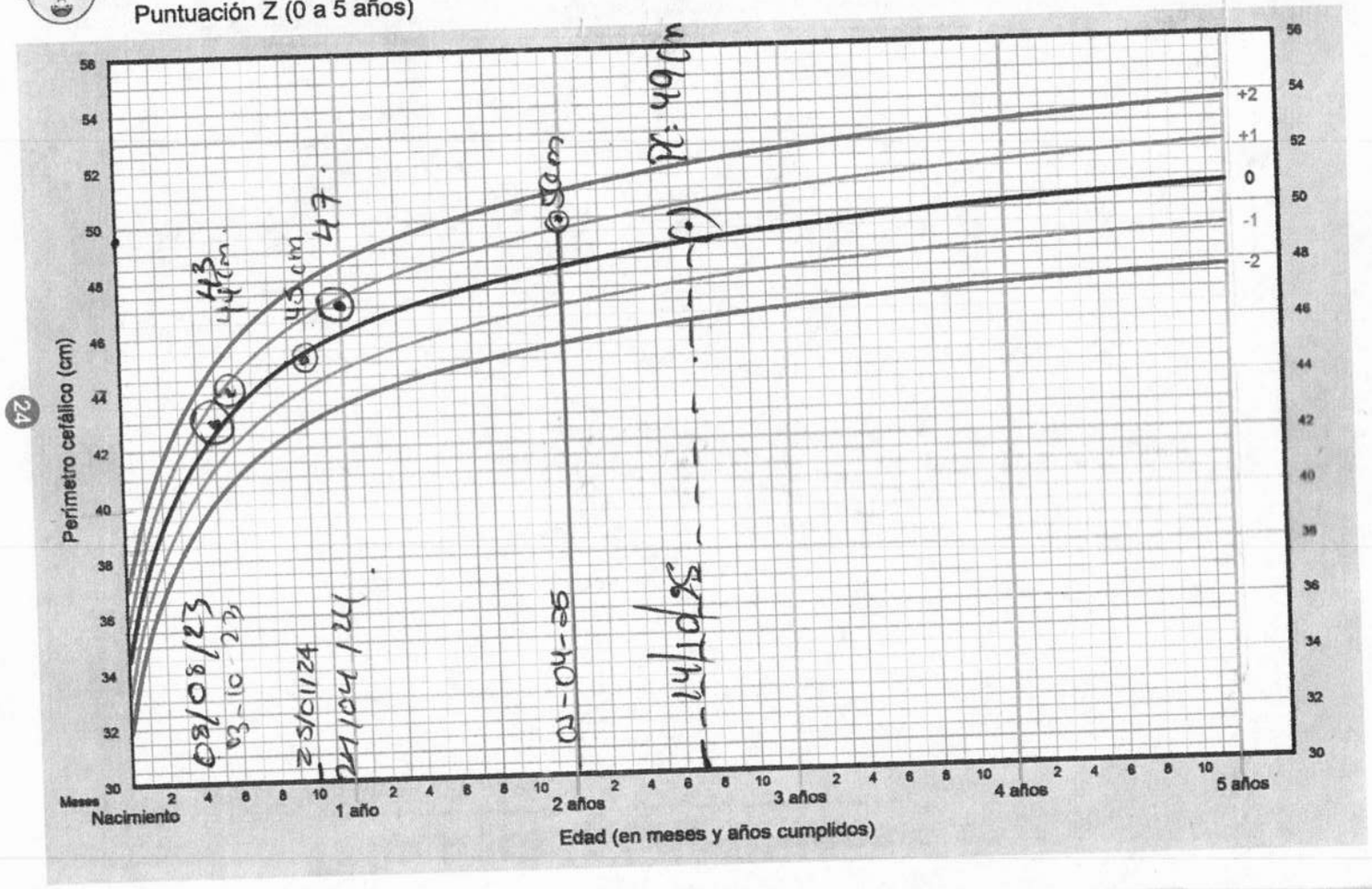
Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



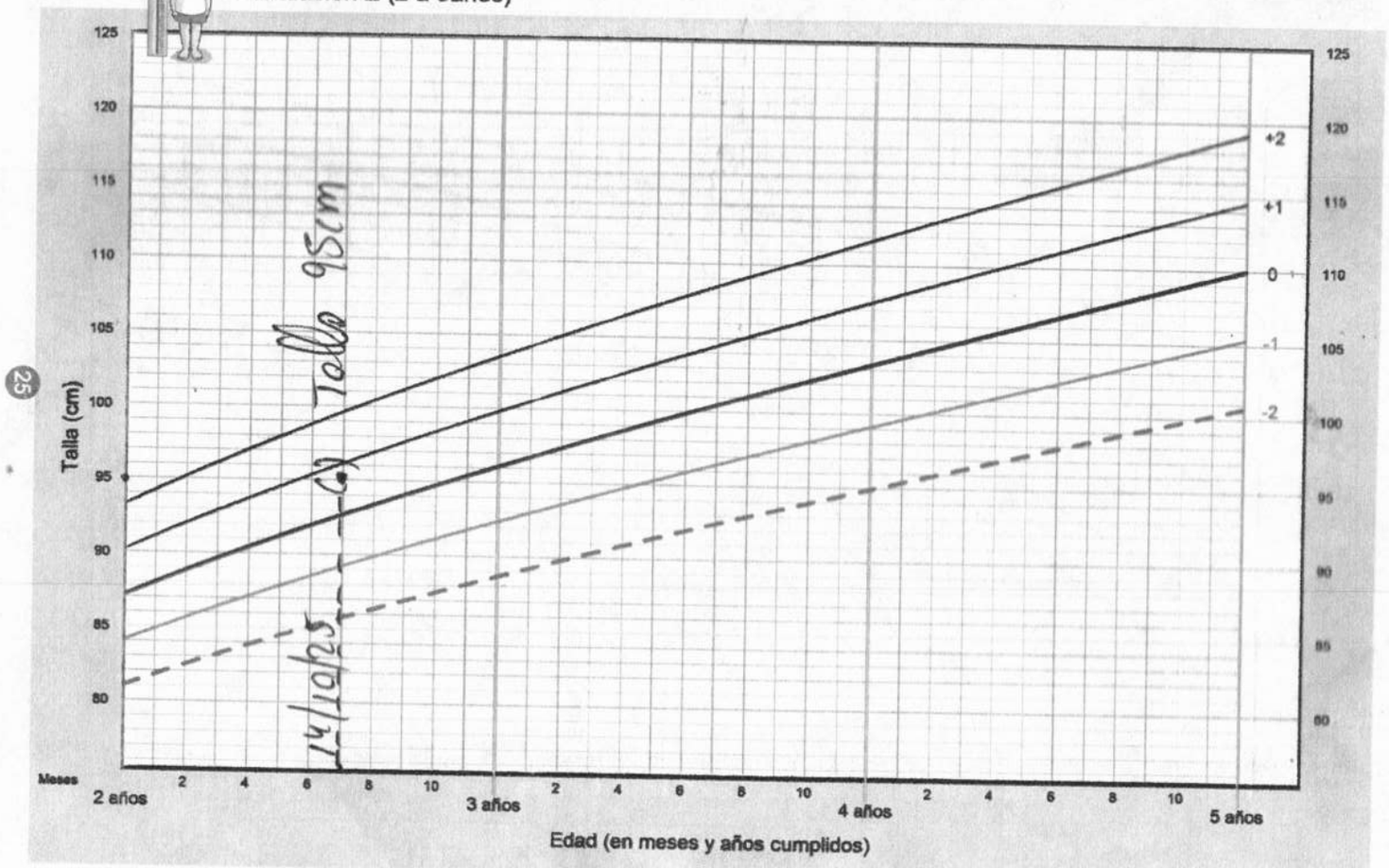
Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)



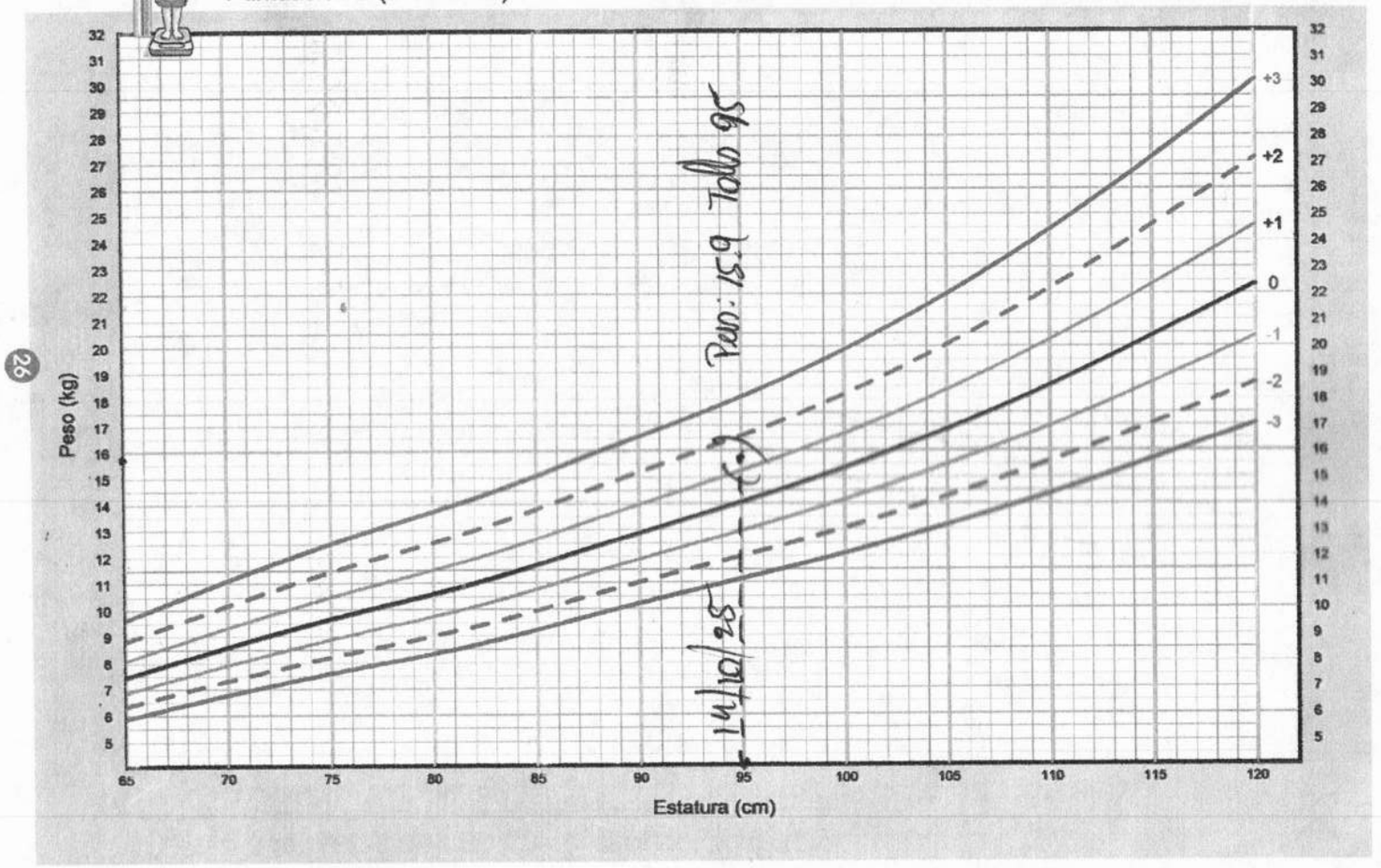
Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5años)



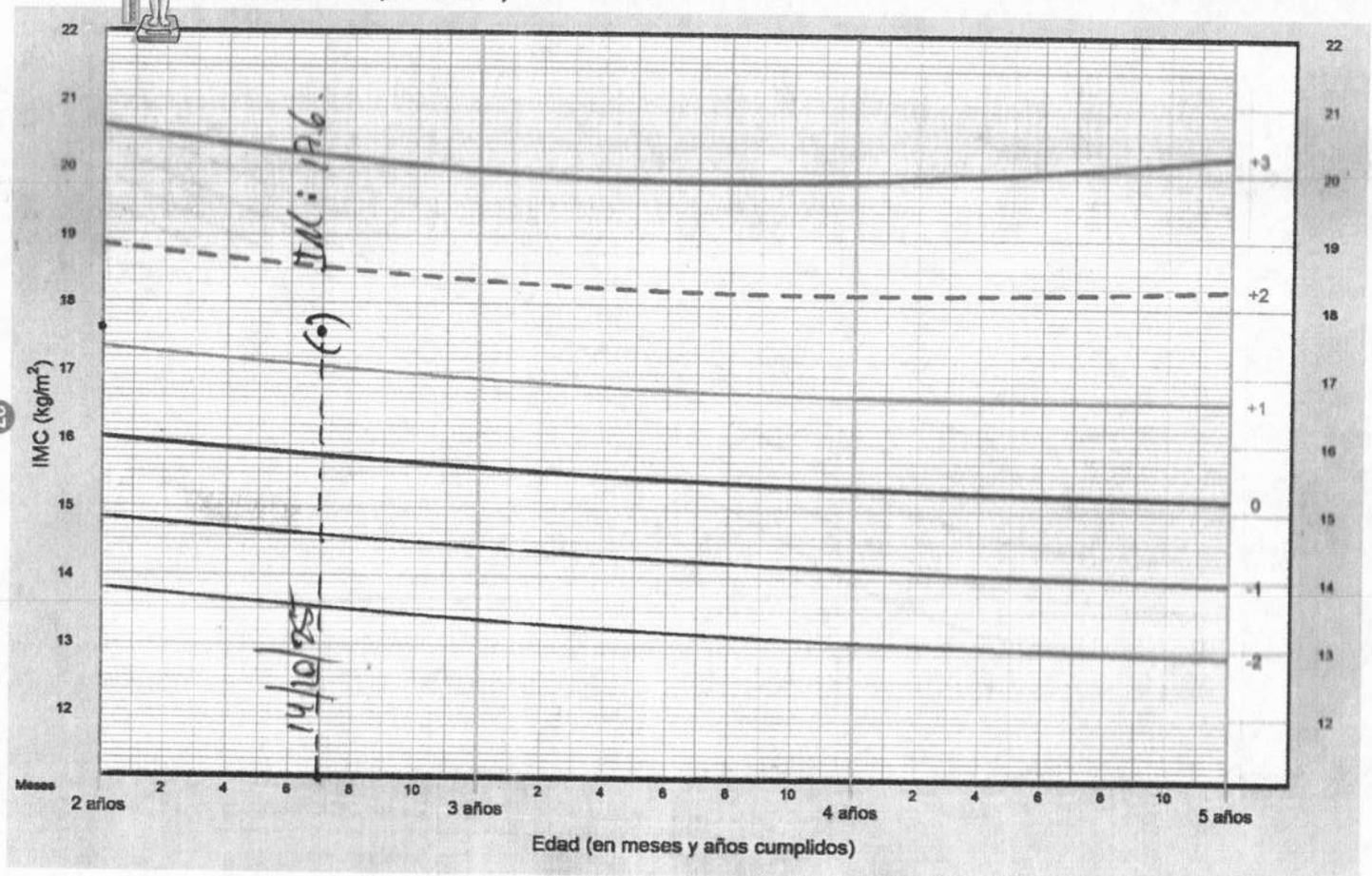
Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
04	Agosto	2023	Med	Si	
19	Sep	2023	Enf	Si	
19	12	2023	Enf	Si	
24	abril	2024	Med.	Si	
19	Sept	2024	Enf	—	
01	10	2025	Enf		
14	Octubre	2025	Med	Si	
15	Abril	2026			

Dra. Magaly Cabrera
Médico General
RM. 0182-2018-Univalle

Salud infantil

Recuerde: completar esta información por su importancia para los controles subsecuentes y factores de riesgo a considerar dentro de los trastornos del desarrollo infantil.

RECIÉN NACIDO/A

PESO AL NACER: 3500 g — <2500 g ○ — >4000 g ○

P. CEFÁLICO cm: 36

LONGITUD cm: 52

EDAD GESTACIONAL: sem. 37 días. — FUM ○ — ECO ✓ — ✓ ESTIMADA

PESO E.G.: adec. ✓ — peq. ○ — gde. ○

APGAR (min): 1ro 08 — 5to 09 — 10mo ○ n/a

REANIMACIÓN

	no	si
estimulac.	○	✓
aspiración	○	✓
máscara	○	○
bolsa	✓	○
tubo endotraq	✓	○
masaje c.	✓	○
medicación	✓	○

ATENDIÓ: médico ✓ — obst. ○ — enf. ○ — auxil. ○ — estud. ○ — empír. ○ — otro ○

PARTO ✓ — NEONATO ✓

LUGAR DE PARTO: Establecimiento de salud ✓ — Domicilio ○ — Otro ○

MÉTODO CANGURO: Amerita no ✓ / si ○ — Se aplica si ○ / no ○

EXAMEN FÍSICO — NORMAL: no ○ — si ✓

DEFECTOS CONGÉNITOS: no ✓ — menor ○ — mayor ○ — CIE 10

Tipificación R.N.

Vitamina K: no ○ — si ✓

Profilaxis Ocular: no ○ — si ✓

ENFERMEDADES

ninguna ✓ — 1 ó más ○

CIE 10

TAMIZAJE METABÓLICO: Se realiza ○ — No se realiza ○ — n/a ○

TAMIZAJE AUDITIVO: Pasa OI ○ / OD ○ — No pasa OI ○ / OD ○ — No se hace ○

Apego inmediato: no ○ — si ✓

Ligadura de cordón al cesar pulsaciones: no ○ — si ✓

Meconio 1er. día: no ○ — si ✓

Lactancia inmediata: no ✗ — si ○

EGRESO RN

PESO AL EGRESO: 3[illegible] g

FECHA AL ALTA: 03 2015

ALIMENTO AL ALTA: lactancia exclusiva ○ — parcial ○ — artificial ○ — leche humana ○

Responsable egreso materno / nombres completos / sello

○ Alerta

Calendar

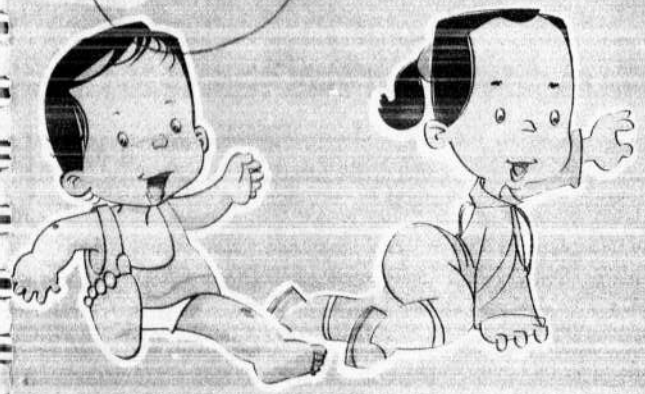
Para niños y ni

Este es un cuadro infor

Nro	Pre
1	Apego precoz
2	Pinzamiento y cort del cordón umbilical
3	Lactancia materna
4	Tamizaje metabólico*
5	Tamizaje auditivo** / Tamizaje de reacción
6	Control de crecimiento
7	Sesiones de educación materna lactancia
8	Sesiones de educación materna controles y a complementaria
9	Suplementación con micronutrientes en po
10	Suplementación de vitamina A***
11	Valoración de hemoglobina

*Tres minutos después del ni
**Tamizaje auditivo se puede
***De 0 a 8 meses (1 control
****Un sobre diario pasando
*****De 6 a 11 meses 100.00
De 12 a 23 meses 200.0

NIÑO/ NIÑA



Guíese por el código de color

Salud infantil, crecimiento y desarrollo en niñas y niños menores de 5 años.

Esquema de vacunación.

GF: 3295

20

HCU:

CC/CI: Madre 1 1 1 2 5 2 2 7 2 8

CC/CI: Niño/niña

Nombres: Harold Jose

Apellidos: Cuella Cacuan

Discapacidad: Sí .... No .... Tipo ....

Fecha de nacimiento: 02-95

19	03	2023
Día	Mes	Año

Teléfono domicilio: ....

Teléfono celular: ....

Dirección domicilio: La Pozulla

....

Nombre de la madre/padre: Cacuan Escalan

....

Zona: 1

Provincia: Sucumbíos

Cantón: Lago Agrio

Parroquia: Pacayacu

Establecimiento de salud: Hospital Pacayacu

Ministerio de Salud Pública: X

Seguro de la Policía: ☐

Seguro de las Fuerzas Armadas: ☐

IESS: ☐

Seguro Social Campesino: ☐

Otro: ☐

NIÑO / NIÑA

Registro de vacunación

Niños y niñas menores de 1 año

Tipo de vacuna	Dosis	Edad óptima de vacunación	Fecha de aplicación			Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de salud
			Día	Mes	Año				
*BCG (Meningitis)	Dosis única	Dentro de las 24 horas	19	3	23	1d	0371MA006		HAND
HB cero (Hepatitis B)	1.ª dosis	Dentro de las 24 horas	19	3	23	1d	UEA1100B		HAND
**Rotavirus (Diarrea)	1.ª dosis	2 meses	15	06	23	2m	AROLD43AC	Lic N.S.	C.S.G.F
	2.ª dosis	4 meses	15	08	23	4m	AROLD393AA	Karen	HFLD.
***Pentavalente (Difteria, Tosferina, Tétanos, Hepatitis B, Meningitis, Neumonía)	1.ª dosis	2 meses	15	06	23	2m	22010532A	Lic N.S.	C.S.G.F
	2.ª dosis	4 meses	15	08	23	4m	2851X040C	Karen	HFLD.
	3.ª dosis	6 meses	24	10	23	6m	285140330	Kerly	HFLD
****fIPV (Poliomielitis)	1.ª dosis	2 meses	15	06	23	2m	2224004	Lic N.S.	C.S.G.F
	2.ª dosis	4 meses	15	08	23	4m	2708016	Karen	HFLD.
bOPV (Poliomielitis)	3.ª dosis	6 meses	24	10	23	6m	223401	Kerly	HFLD
Neumococo conjugada (Neumonía, Meningitis, Otitis)	1.ª dosis	2 meses	15	06	23	2m	ASPN3346AA	Lic N.S.	C.S.G.F
	2.ª dosis	4 meses	15	08	23	4m	FR4895	Karen	HFLD.
	3.ª dosis	6 meses	26	04	24	1 Año	Fyaa25	Eduardo B	HFLD

*BCG dosis única: se administrará hasta los 11 meses 29 días.

**Rotavirus. La primera dosis es hasta los 3 meses 29 días. La segunda dosis podrá administrarse hasta los 7 meses de edad (7 meses 29 días).

***En caso de reacción anafiláctica o alergia a la vacuna pentavalente, colocar vacuna HB pediátrica en el mismo esquema que pentavalente.

****El intervalo entre fIPV (1) y fIPV (2) debe ser de 8 semanas

Registro de vacunación

Niños y niñas de 12 a 23 meses

Tipo de vacuna	Dosis	Edad óptima de vacunación	Fecha de aplicación			Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de salud
			Día	Mes	Año				
SRP (Sarampión, Rubeola, Parotiditis)	1.ª dosis	12 meses	26	04	24	1 AÑO	0132N048N	Eduardo B	HFLD
	2.ª dosis	18 meses	04	04	25	2a	0132N074A.	Isabel A	HFLD
Fiebre amarilla	1.ª dosis	12 meses	26	04	24	1 AÑO	C231UFC0087	Eduardo B	HFLD
Varicela	1.ª dosis	15 meses	26	04	24	1 Año	X1401447	Eduardo B	HFLD
DPT (Difteria, Tosferina, Tétanos)	1.er refuerzo (5.ª dosis, componente DPT)	18 meses	04	04	25	2a	2823X022A.	Isabel A	HFLD
bOPV (Poliomielitis)	1.er refuerzo (4.ª dosis)	18 meses	04	04	25	2a.	2406001	Isabel A	HFLD

Cita 5 Años Cumplidos

Esquema de vacunación

Influenza estacional

Edad óptima de vacunación	Vacunas	Dosis	Fecha de aplicación			Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de salud
			Día	Mes	Año				
6 a 11 meses	Influenza estacional	1:dosis							
		2: dosis (al mes de la primera)							
12 a 23 meses (1 a 2 años)		Una dosis	26	04	24	1AÑO	240097 9160	Eduardo	HFID
24 a 35 meses (2 a 3 años)		Una dosis				26/MAYO/24			
36 a 47 meses (3 a 4 años)		Una dosis							
48 a 59 meses (4 a 5 años)		Una dosis							



Otras vacunas de 0 a 15 años

Tipo vacunas	Dosis	Edad óptima de vacunación	Fecha de aplicación			Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de salud
			Día	Mes	Año				
Hepatitis A	Ud	1 AÑO	26	04	24	1 AÑO	X D049248	Eduard IB	HF10

Observaciones: .....

Registro de vacunación para niños o niñas desde los 5 hasta los 15 años

Tipo vacunas	Dosis	Edad óptima de vacunación	Fecha de aplicación			Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de salud
			Día	Mes	Año				
OPV	5.ª dosis	5 años							
DPT	*5.ª dosis	5 años							
HPV	1.ª dosis	9 años (solo niñas)							
	2.ª dosis**								
adulto	3.er refuerzo	15 años							

consultar en el establecimiento de salud las vacunas que debe recibir su niño o niña a partir de los 5 años.
dosis o 2.º refuerzo: se aplica y se registra siempre y cuando se verifique en el carnet que se han recibido las 3 dosis de pentavalente y la 4. dosis con DPT; caso contrario proceder con la aplicación de: la 1. primer contacto; 2. dosis al mes de la primera; 3. dosis a los 6 meses después de la segunda ; 4. dosis al año de la tercera ; 5. dosis al año de la cuarta.
Colocación de segunda dosis a 6 meses después de la primera.

E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA
NIT. 846.002.309-9

Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

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

CARNET RIAS **PRIMERA INFANCIA**

E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA

Mi prioridad es tu salud



Nombres y Apellidos: Harol Josue Cuellar

Doc. de Identidad: CC 1122344239

EPS: Emssanar

Teléfono: 3227048420

Domicilio: B° 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	9-11M	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 ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor									24-07-2025				
		Profilaxis y remoción de placa													
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)									24-07-25				
	V	Vacunación													

LILIANA MARIBEL CORDOBA
AUX. EN SALUD ORAL
RES. 8600[illegible]-2011

Certificado de atención higiene oral

Certifico que el niño **Harold Josué Cuellar Cadena**, identificado con el número de registro 1122344239, de 2 años de edad, asistió a su control de higiene oral el día 3 de abril de 2025.

Durante la cita se realizaron procedimientos preventivos enfocados en el mantenimiento de la salud bucodental. Se recomienda continuar con los controles odontológicos y programar citas de higiene oral cada seis (6) meses para asegurar un adecuado seguimiento y prevención de enfermedades bucales.

Dra. Liliana Andrade
Odontología Integral

Se expide el presente certificado a solicitud del acudiente, para los fines que considere pertinentes.

Para constancia se firma en la Dorada (Putumayo)

Liliana Andrade
ODONTÓLOGA
R.C. 1.086.361.390

AIDA LILIANA ANDRADE MELO
ODONTOLOGA GENERAL
TP. 1086361390

Fecha de expedición: 03 de abril de 2025 - octu 3 proximo

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

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

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL

La salud es de todos — Minsalud

CIUDAD San Miguel FECHA: DÍA 04 MES 09 AÑO 2025 HORA: 10:46 A.M

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Harold Josue APELLIDOS Cuellar Cadena

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [x] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1.122.349.239.

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 19 MES: 03 AÑO: 2023 / EDAD: 2 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Emssanar Tel. 3227048920

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

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

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

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

Miedo a la reacción

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

EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD

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

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

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

Firma de la persona: _____

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

Nombres Jessica Paola Apellidos Cadena Escobar

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 1117529928

Firma: Jessica Cadena

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: Isabel Arias Erazo

Firma

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1004695978

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HTLD

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 Harold Josue Cuellar Cadena, identificado (a) con documento de identidad número 1122344239, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	X	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales	X

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Jessica Cadena Escobar, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1117522928, 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: Jessica cadena
Nombre: Jessica Paola cadena Escobar
Calidad - Titular: X Representante legal: X
Teléfono de contacto: 3227048490
Fecha: 07-04-25
Municipio: la Dorada putumayo

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

Jessica Cadena
Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Alexandra Criollo
Agente educativa

Harold Josue Cuellar

Huella del niño/niña



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

"Generamos Desarrollo con Energía"

Vigilado Superservicios

Código de Suscripción	SM 20088	Pago oportuno hasta:	02-ABR-2025	Mes Facturado
Factura Nro.	2037043967	Suspensión a partir de:	03-ABR-2025	MARZO 2025

1. Información General

Nombre:	YESICA PAOLA CADENA ESCOBAR		11-MAR-2025	Último pago	$ 60
Dirección:	LOTE 1 BARRIO LOS PRADOS	Tuve servicio de energía entre:	19-FEB-2025 - 19-MAR-2025 (28)		22-MAR-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	245	1	RESIDENCIAL	URBANA	1	4	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

Generación	Transmisión	Distribución	Comercialización	Pérdidas	Restricción	CU	($/KwH)
527.60	49.85	253.23	121.95	70.79	14.63	1,038.05	

2A. Información Medidor

Marca	Serial	Factor Múltiplo
ELS	12074908	

2B. Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	24806	24588
Reactiva:		

Tipo Liquid.: PROMEDIO INDIVIDUAL
Obs. Lectura: CAJILLA NO LEGIBLE CON

2C. Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	218	
Consumo Reactiva KVarh:	0	
Costo del consumo $	226305.8	
Tarifa (hasta 173 Kwh):	415.24	
Subsidio: % 60	$	-107754.78
Contribución: %	$	0
Sub Total $	118551.02	

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

2D. Consumo Ultimos 6 Meses

Mes	Consumo
2025/Feb	220
2025/Ene	190
2024/Dic	210
2024/Nov	241
2024/Oct	249
2024/Sep	198

Promedio: 218

2E. Información Calidad del Servicio

Tel. O.R. EEPP: 01 8000 942415
Transformador: SLD120 Grupo: 22
DIUG: 30.24 FIUG: 19 Circuito: C14
Cargo D: 249.01 Dscto %: 20
CEC: 222.38
DIU: 71.06 FIU: 92.00
HC: 0.07 VC: 4.00
Valor a compensar: 22,149.56

3. Información de Créditos EEBP

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

Gerente General

4. Detalle Conceptos del Servicio de Energía

Conceptos EEBP	Valor Liquidado	Saldo Anterior	Saldo a Favor o Anticipado	TOTAL
ACTIVA SENCILLA MONOMIA	226,305.80	0	0.00	226,305
SUBSIDIO	-107,754.78	0	0.00	-107,755
AJUSTE A SUBSIDIO	3,459.57	0	0.00	3,460
COMPENSACION RES CREG 015/2018	-22,149.56	0	0.00	-22,150
AJUSTE A LA DECENA	-4.03	0	0.00	-4

5. Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP

99.857

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	12783	0	12,783

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
					0

Total EEBP	+	Total Impuesto Alumbrado público	+	Total Aseo y/o Alcantarillado	+	Total Otros Convenios	=	Debo pagar en Total
99,857		12,783		6,000		0		118,640

CUFE:
2e5e21c91f31d8337c33cda5f2ffe673c582f89b30654642f2f131ce55f0e5
533ca2dc216572ae5dbd8a2353bb34bd18

(415)7709998005532(8020)100020370439679 8(3900)0000118640(96)20250402

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

www.eebpsa.com.co @eebpsaesp /eebpsa

Fac. Electronica: EEBP 169519

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

Ciudad Ladorada San Miguel

Nombre completo de la niña o niño Harold Josue Cuellar Cadenas

Fecha de nacimiento 14 03 2023 **N° Documento de Identidad** 1122344239

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Alexandra Criollo

Fecha de registro cualitativo 3 07 2025

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

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

Observaciones generales

Harold es un niño que participa al relizar las actividades pedagogicas. Es importante reforzar la parte autonomia ya que aun presenta pequeñas problemas a la hora de realizar sus necesidades por si solo o interactuar a ver.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Yurani Galindez Salamanca.

Fecha de registro cualitativo 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 el niño Harold, se integra con los demas Compañeritos. Participa en las actividades y con el agente educativo Mas Sin embargo es importante fortalecer su Independencia Para realizar. Sus necesidades para mejorar Comunicación

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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

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

Observaciones generales

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

Valoración Cualitativa ⇨	Relación con los demás															Relación consigo misma/o												Relación con el mundo								
	Comunicación						Interacción						Construcción de normas			Identidad						Autoestima			Manejo corporal			Conocimiento de los objetos			Relaciones de causalidad			Representación de la Realidad Social		
	Verbal			No verbal			Independencia			Cooperación			Autonomía			Personal			Social																	
	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a
0 a 6 meses	1 2 3	1 2 3	1 2 3	4 5	4 5	4 5	6 7	6 7	6 7	8 9	8 9	8 9	10	10	10	11 12 13	11 12 13	11 12 13	14 15	14 15	14 15	16 17 18	16 17 18	16 17 18	19 20 21 22	19 20 21 22	19 20 21 22	23	23	23	24	24	24	25	25	25
6 meses y 1 día a 12 meses	1 2	1 2	1 2	3 4	3 4	3 4	5 6 7 8	5 6 7 8	5 6 7 8	9 10	9 10	9 10	11 12 13 14	11 12 13 14	11 12 13 14	15 16 17 18	15 16 17 18	15 16 17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22	22	22	23 24 25 26	23 24 25 26	23 24 25 26	27 28	27 28	27 28	29 30 31	29 30 31	29 30 31	32 33	32 33	32 33
1 año y 1 día a 2 años	1 2	1 2	1 2	3 4 5	3 4 5	3 4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9 10	9 10	9 10	11 12	11 12	11 12	13 14	13 14	13 14	15 16	15 16	11 16	17 18 19	17 18 19	17 18 19	20 21	20 21	20 21	22 23	22 23	22 23	24	24	24	25 26	25 26	25 26
2 años y 1 día a 3 años	1 2 3	1 2 3	1 2 3	4 5	4 5	4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9	9	9	10 11 12	10 11 12	10 11 12	13 14	13 14	13 14	15	15	15	16 17 18	16 17 18	16 17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22 23 24	22 23 24	22 23 24	25 26	25 26	25 26	27	27	27
3 años y 1 día a 4 años	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9 10 11	9 10 11	9 10 11	12	12	12	13 14 15 16	13 14 15 16	13 14 15 16	17 18	17 18	17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22 23 24 25	22 23 24 25	22 23 24 25	26 27	26 27	26 27	28 29 30	28 29 30	28 29 30	31 32 33 34	31 32 33 34	31 32 33 34	35 36	35 36	35 36
4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días	1 2	1 2	1 2	3	3	3	4 5	4 5	4 5	6 7	6 7	6 7	8	8	8	9 10	9 10	9 10	11 12	11 12	11 12	13 14	13 14	13 14	15	15	15	16 17	16 17	16 17	18	18	18	19 20	19 20	19 20

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Harold. Cuellar UNIDAD DE ATENCIÓN: Parvulo 4. AGENTE EDUCATIVO: Yurany Gal. ndez

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)
02 dic 025 03 dic 025	Se realiza el llamado de asistencia y se logra evidenciar que el niño no ingreso a la unidad.	Se envia mensaje de texto a los familiares para saber el motivo de la inasistencia. y. Se logra evidenciar que la mamita nos informa Que tuvo que Salir Urgente Por eso no lo envio. Se logra evidenciar que ingreso a la unidad. bien aparentemente	Yurany Gallindez	Jessica Cadena

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Harol Josue Cuellar UNIDAD DE ATENCIÓN: Pavvuio 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)
19. Nov. 025 20 Nov. 025	Se realiza el llamado de asistencia y se logra evidenciar. que el niño no ingreso a la unidad. Se realiza el llamado de asistencia y se logra evidenciar que el niño no asistencia a la unidad.	Se envia mensaje de texto a los familiares para Saber el motivo de la inasistencia. y nos informa la mamita. que Por sintomas de gripa y porque el dia estaba lluvioso no lo mando. Se envia mensaje de texto y se realizan llamadas telefonicas y la mamita. nos informa que el niño aun sigue con. Sintomas de gripa por eso no lo envio a la unidad.	Yurany Galindez2	Jessica Cadena

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
21 Nov. 025.	Se realizo el llamado de asistencia y se logra evidenciar que el niño no ingreso a la unidad, se le informa a los familiares y la mamita nos informa que aun sigue con mucha gripa que por eso no lo mando.
24 Nov.	Se realiza el llamado de asistencia y se logra evidenciar que el niño no asistio a la unidad por motivos de lluvia. y como tiene sintomas de gripa por eso no lo envio. X Jessica Cadena
25 Nov 25	Se logra evidenciar que el niño asistio a la unidad bien. aparentemente.

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Harold. UNIDAD DE ATENCIÓN: Parvulo 1. AGENTE EDUCATIVO: Yurany Galindez

MUNICIPIO: San. Miguel. FECHA DE INGRESO: _____

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
12 Nov. 025	Se realiza el llamado de asistencia y se logra evidenciar que el niño no ingreso a la unidad.	Se realiza un mensaje de texto para saber el motivo de la inasistencia a los familiares y la mamita informa que el niño no alcanzo a llegar a tiempo ya que se encontraba con el papá.	Yurany Galindez	Jessica Cadena
13 Nov. 025	Se realiza llamado de asistencia y se logra evidenciar que el niño si ingreso a la unidad	Se hace la respectiva observacion y se logra evidenciar que el niño ingresa bien aparentemente.		

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Harold. Cuellar **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvio 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 llamado de asistencia y se logro evidenciar. que el niño no asistio a la unidad.	Se envia mensaje de texto y llamadas telefonicas para saber el motivo de la inasistencia. pero no el posibie la comunicacion al final. se comunica. por medio de una llamada. que no asistio porque iban a pasar en familia	Yurany Galindez	Jessica Cadena

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
04 NOV. 025	Se logra evidenciar que el niño ingreso a la unidad aparentemente bien mas Sin embargo se le informa a la mamita para que le hagan la respectiva revision en Casa. X Jessica Cadena
05 NOV. 025	Se logra evidenciar que el niño se encuentra bien aparentemente.

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Harol Cuellar **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Portillo 1. **AGENTE EDUCATIVO:** Yuranny Galindez

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

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
17 10 025	Se realiza el llamado de asistencia y se logra evidenciar que el niño no asistio a la unidad.	Se le envia un mensaje de texto a la mamita para Saber el motivo de la inasistencia y nos informa que tuvo una negligencia domestica urgente y no lo pudo traer a la unidad.	Yuranny Galindez	Jessica Cadena

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
20 de 02 25	Se realizó el llamado de asistencia y se logra evidenciar que el niño asistio a la unidad aparentemente bien. X Jessica Cadena

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

38
RV

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Harold. Cuellar UNIDAD DE ATENCIÓN: Parvulo 1. AGENTE EDUCATIVO: Yurany Galindez

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

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
23 Oct 025	Se realiza el llamado de asistencia y se logra evidenciar que el niño no asistio a la unidad	Se envia mensaje de texto para saber el motivo de la inasistencia y la mamita por medio de un. mensaje nos informa que por motivos de negligencia Domestica no asistira el dia de hoy	Yurany Galindez	Jessica coden
24 Oct 025	Se realizo el llamado de asistencia y se logra evidenciar que el niño ingreso a la Unidad aparentemente bien.	Se realizo la respectiva observacion. tanto fisico como emocional para Cerrar Novedad.		

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Harold josue cuella UNIDAD DE ATENCIÓN: Parvulo 1 AGENTE EDUCATIVO: yurani Galindez

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)
01-10-2025	El agente educativo realiza revision de carpeta donde se puede evidencia en la carpeta del niño usuario tiene programada cita de crecimiento y desarrollo 07- octubre e higiene oral 03- octubre.	El agente educativo informa a la madre de familia de las citas pendientes en salud del niño de manera verbal y en mensaje de texto	yurani Galindez	Jessica Cadena

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
07/10/025	Se realizo revision nuevamente de carpeta, y se logra evidenciar que el niño Harold aun. no ha traido la documentacion. de las citas pendientes por lo tanto se le informa a la coordinadora Edith, Finalmente se llamo a la mamá para recordarle las citas que tiene pendiente de control y desarrollo y la mamita manifiesta que en el transcurso de la semana. las va a sacar.
14 10 025.	Se le recuerda. a la mamita. las citas pendientes. y nos manifiesta en trascurso que el dia la va a sacar las Jessica Cadena
15 oct. 2025	la mamita nos informa que. Ya lo llevo al Control. y que la cita de higiene Oral tienen. que. Cambiarla en el Carnet porque en el Sistema esta que tiene el proximo Control para enero 2026.
16 oct 2025	Se le recuerda a la mamita de la actualizacion de la Fecha del Carnet de Higiene Oral y nos informa que no ha sido posible pero que hoy se va a acercar al hospital para actualizarla. Por lo tanto se informa al gupo psicosocial. y. ya se realizo la actualizacion.

Fundación Almas de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Harold. Cadena. **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulo 1. **AGENTE EDUCATIVO:** Yurany Galindez

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

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
14 Oct 2025 15 Oct 2025	Se realizo el llamado de asistencia y Se logra evidenciar que el niño Harold no asistio a la unidad.	Se realizaron. Varias llamadas telefonicas. Finalmente se le envia un. mensaje a la. familia para Saber el. motivo de la inasistencia del niño. Se logra evidenciar que el niño ingreso a la unidad aparentemente bien.	Yurany Galindez	Jessica Cadena

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Harold. Josue Cerlaz UNIDAD DE ATENCIÓN: Parvulo 7. AGENTE EDUCATIVO: Yuranis 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)
24-09-025	Se realiza el llamado de asistencia, y se evidencia que la mamá nos informa que no asistira a la unidad, por motivos de Salud., Gripa y tos.	Se le manifiesta a la mamita que nos tenga informados del estado de. Salud de niño por medio de un. mensaje de texto.		Jessica cadena
25-09-025	Se evidencia el ingreso del niño aparentemente bien tanto fisico como emocional.			

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Harold Josue Cuellar · 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)
10 Sep 2024.	Se. hace el llamado a la asistencia y la mamita nos envia un. mensaje de texto donde nos manifiesta que el niño no asistira a la unidad. por motivo de integracion Familiar es decir por relaciones afectivas	Se le informa a la. mamita. la importancia de la asistencia a la unidad.	Yurani Galindez Jessica cadena	x Jessica cadena

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
11 Sep. 2023	Se evidencia el ingreso del niño Harold a la Unidad aparentemente bien, tanto físico como emocional.

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Harold Josue Cuellar **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)
15. Sep. 2025	Se hace el llamado a lista. y se evidencia que el niño Harold no se encuentra en la Unidad. la mamita manifiesta que el motivo de la insistencia es. Porque tiene tos.	Se realizan Varias llamadas telefonicas pero no es posible la Comunicacion.	Yurani Galindez	Jessica cadena

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
16 sep. 025.	Se evidencia el ingreso del niño Harol. josue aparentemente bien.

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

3227048420

44
12V

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Harold josue Cuellar **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulo 1. **AGENTE EDUCATIVO:** Yurany Galindez

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)
01 sept. 2025. 02 sep. 2025. 03 sep. 2025.	la mamita manifiesta que el niño se encuentra dejicado de salud. tiene gripa y un poco de fiebre por lo tanto no asistira a la unidad. la mamita manifiesta que el niño sigue enfermito con fiebre gripa y tos. es el motivo de su inasistencia. La mamita del niño nos manifiesta que el niño aun se encuentra indispuesto para Asistir a la unidad. por motivos de salud.	Se le hace llamadas telefonica y se le informa que nos tenga al tanto de como sigue el niño. Se le envia un mensaje para que nos tenga informados del estado del niño Se le envia un audio al Watsap recordandole que nos tenga informados del estado de Salud. del niño y cuales son los sintomas que aun sigue presentando Josue.	Yurany Galindez Yurany Galindez Yurany Galindez	Jessica cadena Jessica Cadena Jessica Cadena

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

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
2/09/25	Apoyo Psicosocial realizo llamada telefonica con el fin de indagar estado de salud del niño, comenta el p. la madre de familia que el niño aún continua con sintomas gripales los cuales han impedido llegar al CDI. Se realizan recomendaciones en Salud y seguridad desde el hogar a cualquier signo de alarma y acudir inmediatamente por urgencias. Se informa tigue informar cualquier novedad a la agente educativa. Madeleine Mosquera T. Apoyo Psicosocial.

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Harold Josue Cuellar **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulo 1. **AGENTE EDUCATIVO:** Yurany Galindez

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)
25/08/025.	Se evidencia. la inasistencia del niño Harol. josue. y su mamita nos informa que se encuentra delicado de Salud.	* Se le envia un. mensaje a la mamita para Preguntar el estado de. Salud del niño. pero no se. ha manifestado. *	Yurany Galindez	Jessica cadena

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	El dia Martes a las 8:42 am. 26 Agosto la mamita. de Harol nos manifesta. que no fue posible la asistencia porque el niño tenia un nacido en Su Cobesita. y le. dolia mucho. el dia anterior Mas Sin embargo aparentemente se ve bien. de salud. a la hora de asistir a la Unidad.

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Harol Cuellar UNIDAD DE ATENCIÓN: Parvulos 1 AGENTE EDUCATIVO: Ana Julio

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 1-4-2025

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)
9-08-2025	Durante la realización del llamado a lista se puede evidenciar que el niño Harol no asistio	Agente educativa realiza la llamada para obtener informacion el motivo de la inasistencia del niño Harol, la cual la madre de Familia nos informa que el niño no asistio por que tenia mucha Gripa y ello lo va acuidar en casa se le recomienda que si le da Fiebre la lleve por Urgencia al hospital En horas de la tarde nos comunicaremos con la mamá para saber la evolucion de Salud.	Ana Julia Lopez	Jessica Cadena

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	Siendo las 4:50 Agente educativo realiza la llamada para saber el estado de salud del niño Harol; a la cual la madre nos informa que ya si fue mayor, si hasta el lunes sigue mayor ya lo llevo al CDI.

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Harol Josue. Cuellar. **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parbulos **AGENTE EDUCATIVO:** Ana Julia Lon

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 1-04-202

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)
17-07-20 14-08-202	Durante el proceso de llamado la Agente puede evidenciar la inasistencia del niño	Se procede a realizar la llamada y la madre no Nos responde por ningun motivo ni medio y el dia de ayer nos habia dicho que seguia agripado pero hoy tampoco lo trajo y no nos contesto por ningun Med. - la Agente educativa realiza la llamada para verificar la inasistencia y la madre por mensaje de texto nos dice que el niño sigue con gripa. sabiendo con el dia de hoy son tres dias	Ana Julia Ana Julia.	

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	Se procede a hacer remitido al apoyo de salud y nutricion Para que puedan hacer la visita. y verificar el estado de salud del niño Horol Josue Cuellar Anajolia.
15-07-2025	La nutricionista se comunica con la madre quien refiere que el niño esta con respiado y esta congestionado, por lo cual prefiere tener cuidados. en casa, se sugiere llevar al hospital para que el niño sea tratado adecuadamente, la madre se niega a asistir al hospital ya que alla no les tratan de inmediato.
16-07-202	La nutricionista se comunica con la madre por medio de llamada telefonica, quien manifiesta que el niño esta mejorando, sin embargo la madre no cree prudente que el niño asista al CDI hasta no estar completamente recuperado y se compromete a dirigir un permiso.
17-07 2025	La madre hace llegar un permiso explicando la situación del niño, manifiesta tambien por llamada telefonica que prefiere tener cuidados en casa hasta que el niño se recupere y poder asistir de manera normal al CDI

Jessica Paola Cadena Escobar

Teléfono: 322 704 8420

17 de julio de 2025

Señores

Centro de Desarrollo Infantil

Presente.

Asunto: Permiso por enfermedad

Respetados(as) señores(as):

Por medio de la presente, me permito informar que mi hijo Harold Josué Cuellar Cadena, quien asiste regularmente al CDI, no podrá asistir los días 17 y 18 de julio de 2025 debido a que presenta un cuadro de fiebre y gripa, por lo cual se encuentra en reposo siguiendo recomendaciones médicas.

Agradezco su comprensión y atención.

Cordialmente,

Jessica Paola Cadena Escobar

C.C. No. 1.117.522.928

[Firma] Jessica Cadena

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Havol Josue. UNIDAD DE ATENCIÓN: Parvulos 7 AGENTE EDUCATIVO: Ana Julia

MUNICIPIO: San Migu FECHA DE INGRESO: 1-04-2021

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)
	Durante el llamado a lista se puede evidenciar el Masistin del Niño	se procede a realizar la llamada y. La madre por Mensaje de WASP nos comento que el niño esta muy agripado por estar con No le trajo que si mañana esta mejor lo trae. .0 -		

50
RV

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Harold. Cuellar. **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)
12-06-2025	El niño no asiste el dia de hoy. al CDI.	Agente se comunica con la madre. via whatsapp. y ella informa que en el dia dehoy no asiste. a CDI el niño ya que en la madregada presento fiebre.	Alexandra Criollo	Jessicacadena

51
RV

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Harold Josue Cuellar Cadena UNIDAD DE ATENCIÓN: Parvulo 1 AGENTE EDUCATIVO: Alexandra C.

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 1 abril - 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)
21-04-2025	El dia de hoy el niño Harold, no asiste al CDI.	La agente educativa se comunica con la madre y ella refiere	la agente refiere a la madre cuidar al niño. y tenerla al tanto sobre	Alexandra criollo.	Jessicacadena
		que el niño esta un poco agripado y por eso no lo llevo al CDI.	el estado del niño. tambien le informa que en la tarde se estara comunicando con ella nuevamente para saber		
			como sigue el niño.		
22-04-2025	El dia de hoy el niño retoma a recibir el servicio del CDI con normalidad. y con un estado de salud adecuado.			Alexandra Criollo.	Jessicacadena