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 Fronteraz de Paz

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

Número de documento: 1126461469

Fecha nacimiento: 26 | 01 | 2023

Nombres: Sebastian

Apellidos: Gomez Vela

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: Urbano

Barrio: Metropolitano

Vereda:

Sector:

Dirección: Detras del de D7.

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

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

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

Número de documento: 52781749

Nombres: Dora Liliana

Apellidos: Vela Bohorquez

Pais de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 12 | 10 | 1980

Correo electrónico: Dora Vb1@gmail.com

Número de celular: 3222382317

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: Dora Lilia

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Alexandra Criollo

Observaciones:

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:
Sebastian Gomez Vela

N° DOCUMENTO: 1126461469 **TIPO DOCUMENTO:** RC___ CC X OTRO ___
FECHA DE NACIMIENTO: 26/ene/2023 **EDAD:** 2 años 2 meses
LUGAR DE NACIMIENTO: Puerto Asis

NOMBRE DE LA UDS: CDI Fronteras de Paz
CODIGO UDS: 8675711269 72 **BARRIO/VEREDA:** B/ 7 Agosto
FECHA DE INGRESO: 1-Abril-2025 **FECHA DE RETIRO:** _____

SISBEN: A4 **EPS:** Nueva EPS **RÉGIMEN (C)** X **(S)** ___
DESPLAZADO: SI___ **NO**___ **DISCAPACIDAD: SI**___ **NO** X **¿CUAL?** _____
GRUPO ETNICO: SI___ **NO** X **¿CUAL?** _____
GRUPO AFROCOLOMBIANO: SI___ **NO** X **¿CUAL?** _____
NOMBRE DE LA MADRE: Dora Lilia Vela Bohorquez
N° CÉDULA: 52181749 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Bogota
NOMBRE DEL PADRE: Oscar Jimi Gomez Leyton
N° CÉDULA: 1.107041696 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Valle del Guamuez
N° DE CELULAR: 3204946875.
NOMBRE DEL ACUDIENTE: Dora Lilia Vela Bohorquez
N° CÉDULA: 52781749 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Bogota
DIRECCIÓN VIVIENDA: Metropolitano **ZONA POBLACIONAL: (R)**___ **(U)** X
NUMERO DE CELULAR 3222382317

Dora Liliavela
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Alexandra Criollo
NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO (

Número: N

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil
33438425-7

NUIP 1.126.461.469

Tipo de certificado	Datos Esenciales ☐	Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos

GOMEZ VELA SEBASTIAN

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)			Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año 2023	Mes ENE	Día 26	MASCULINO	A +

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 FEB Día 21	0063694917

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos

VELA BOHORQUEZ DORA LILIA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 52.781.749	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos

GOMEZ LEYTON OSCAR JINMI

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.107.044.896	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos

GOMEZ LEYTON OSCAR JINMI

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 1.107.044.896

Espacio para notas

VALIDO PARA TRAMITES LEGALES

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio

COLOMBIA PUTUMAYO VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)

Codigo: Y 7 A

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)

Año 2023 Mes FEB Día 21

Nombre y firma del funcionario

ESTA REPRODUCCIÓN FOTOMECÁNICA ES FIEL COPIA DE LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LO

CARMEN PATRICIA CASANOVA YANDI

Registrador del Estado Civil



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.781.749

VELA BOHORQUEZ
APELLIDOS

DORA LILIA
NOMBRES

Dora Lilia Vela Bohórquez
FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 12-OCT-1980
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.67 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO

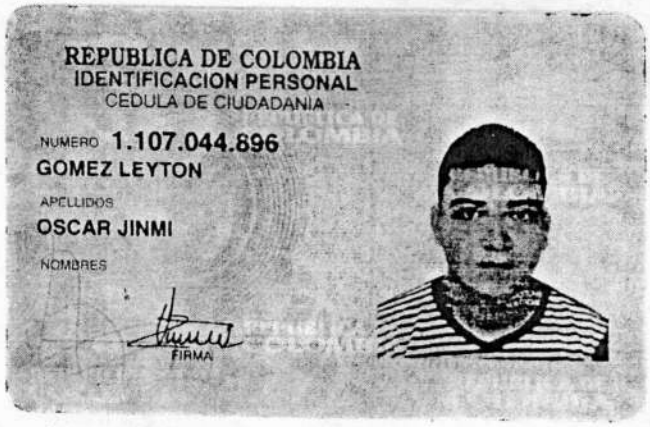
28-JUN-1999 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00155465-F-0052781749-20090429 0011166640A 1 1110043231

(el 3204946875
papá
3222382317
mamá)
B/ Metropolitano
por los lados
del cementerio.



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.107.044.896
GOMEZ LEYTON
APELLIDOS
OSCAR JINMI
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-ABR-1983
VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)
VALLE DEL GUAMUEZ (PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.73 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

09-SEP-2005 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-6402800-00210798-M-1107044896-20100127 0020338362A 1 25690424

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 24/03/2025

Ficha: 86757674952700007171

A4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: SEBASTIÁN

Apellidos: GÓMEZ VELA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1126461469

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 01/10/2024

Última actualización ciudadana: 21/10/2024

Última actualización vía 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 del administrador: MARÍA ZORAYDA LINARES MONTERO

Dirección: Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libertad

Teléfono: 4210537 - 3213138790

Correo Electrónico: sisben@sanmiguel-putumayo.gov.co

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

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por el Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEducación - Ministerio de Educación
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ICETEX

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	1126461469
NOMBRES	SEBASTIAN
APELLIDOS	GOMEZ VELA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	VALLE DEL GUAMUEZ

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	01/02/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/25/2025 09:06:55	**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

nueva eps

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) SEBASTIAN GOMEZ VELA identificado(a) con RC 1126461469 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 26/01/2023

Estado de la Afiliación: **Vigente**

IPS: **SUBSIDIADO-E.S.E. HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS - VALLE DEL GUAMUEZ**

Categoría: **C**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 24 días del mes 3 del año 2025.

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

Observaciones:

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

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

E.S.E.
Hospital
Sagrado Corazón de Jesús

CARNET DE crecimiento y desarrollo



Nombres: Sebastian
Apellidos: Gomez Vela
Fecha de nacimiento: 26 Enero / 2023
Lugar de nacimiento: P/to Asis
Identificación: 1126461469
Barrio/Vereda: La Dorada
Responsable del niño: Doraliia vela
N° de teléfono: 3222382317
E.P.S: Nueva EPS
Grupo sanguineo: A+

¡Mamita Segura!
Lo mejor de nosotros para tí

IAMI
INSTITUCIÓN AMIGA DE LA MUJER Y LA INFANCIA

AIEPI
Atención Integrada a las enfermedades prevalentes de la Infancia
Porque mi vida hay que protegerla hoy

DATOS DEL RECIÉN NACIDO

PESO AL NACER: 4395 grs PC _____ cms.
TALLA AL NACER: 52 cm _____
REANIMACIÓN: SI _____ NO X
PRUEBA TSH: Cordón Umbilical
1 ra Muestra: Fecha: _____ resultado: _____
2 da Muestra: Fecha: _____ resultado: _____

APGAR 8/9/10.

DATOS FAMILIARES

DATOS DE LA MADRE

APELLIDOS: Vela Bohórquez
NOMBRES: Doralilia Vela
FECHA DE NACIMIENTO: Día: 12 Mes: oct. Año: 1980
GRUPO SANGUÍNEO: A+ RH _____
ENFERMEDADES HEREDITARIAS: Ninguna

CONTROL PRENATAL #9

COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO:
Multigestante Tardia, Macrosomia Fetal
C.P. 9. (42 años) **PARTO** Cesárea.

CONTROL DE ATENCIÓN: Clinica Pufumayo
SEMANAS DE GESTACIÓN: 39 Semanas

RN a término: _____
RN a pretérmino: _____
RN a postérmino: _____

CESÁREA: SI X NO _____
Gesta # 4.

CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
19	Febrero	2025	8:00am		
27	Agosto	2025	8:00 am		
27	Enero	2026	9:30 am		

E.S.E. Hospital Sagrado Corazón de Jesús

NOMBRE DEL MENOR: Sebastián Gomez Vela

IDENTIFICACIÓN DEL MENOR: 1126961469

FECHA	PESO	TALLA	DX	FIRMA PROFESIONAL
19. II. 25	15.200 kg	91 cm	R: Sobrepeso Talla OK.	Gonmy.
25/08/25	16.8	95 cm	Sobrepeso	LINA C

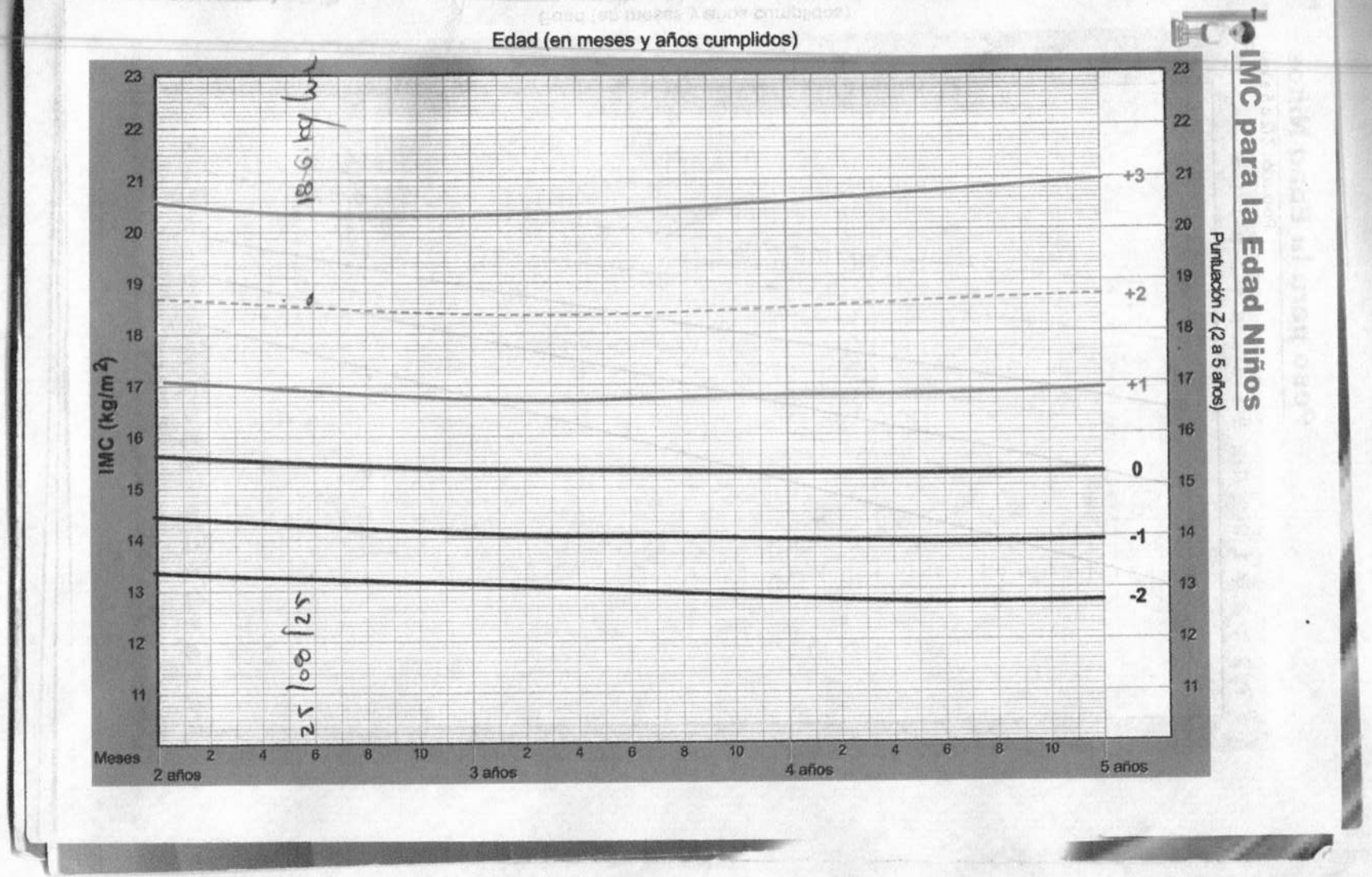
Perímetro cefálico Niños
Puntuación Z (0 a 5 años)
Perimetro cefálico (cm)
Meses
Nacimiento
1 año
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)
-2
-1
0
+1
+2
19- III. 25
25/08/25
49 cm
12 cm

Peso para la Talla Niños
Puntuación Z (2 a 5 años)
Peso (kg)
Talla (cm)
Meses
Años
-3
-2
-1
0
+1
+2
+3
19.4 25
25/08/25
15.20 kg
16.8 kg
95 cm

Talla para la Edad Niños
Puntuación Z (2 a 5 años)
Talla (cm)
Meses
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)
+2
+1
0
-1
-2

Peso para la Edad Niños
Puntuación Z (2 a 5 años)
Peso (kg)
Meses
2 Años
3 Años
4 años
5 años
+2
+1
0
-1
-2
Edad (en meses y años cumplidos)

17


IMC para la Edad Niños
Puntuación Z (2 a 5 años)
Edad (en meses y años cumplidos)
IMC (kg/m²)
Meses
2 años
3 años
4 años
5 años
+3
+2
+1
0
-1
-2
18.6 kg/m²
17.2 kg/m²

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

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

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

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

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL -AGUDEZA VISUAL

3 años					
4 años					
5 años					

*Menor o igual a 20 normal

Vacunar oportunamente con todas las dosis a tus hijos, garantiza la protección frente a enfermedades como:

Tuberculosis meníngea, hepatitis B, poliomielitis, meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus inflenzae tipo b, difteria, tosferina, tétanos, diarrea por rotavirus; neumonía, otitis, meningitis, bacteriemia causada por el virus de la influenza, sarampión, rubéola, parotiditis, varicela, hepatitis A, Fiebre amarilla y virus del papiloma humano.

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

0 meses

2 meses

4 meses

6 meses

7 meses

12 meses

18 meses

5 años



Ministerio de Salud y protección Social

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

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Sebastian Gomez Vela

Fecha de nacimiento: 26-01-2023

N° de certificado de nacido vivo:

Registro civil: 1,126.461.469

Sexo: Masculino

Grupo sanguíneo: A+

Peso al nacer: 4.395 Talla: 52

Dirección: B/ Amistad

Teléfono 1: 3214232647

Teléfono 2:

Responsable: Dora lilia Vela

Municipio de residencia: Pto Asis

Departamento: Putumayo

Gestacion 39. semanas

Busca ya las vacunas
¡es gratis, hazlo de una!

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Nombres y Apellidos: Tipo identificación: No. ID:

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de Lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién nacido						Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐						
	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	26	01	23	Serum	037 7MA037	H.A.C.P	26	03	23	Carolina O.
	Hepatitis B	Recien nacido	26	01	23	Serum	032 1Q01 3D	H.A.C.P				
2 meses						Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐						
	Poliomielitis (VIP)	1.°	01	04	23	Biologico	220601 2	HFLD				
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (hib)	1.°	01	04	23	Serum	2E21X0123A	HFLD				Yeily Smart 2
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.°	01	04	23	Serum	2E21X0123A	HFLD				
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.°	01	04	23	Serum	2E21X0123A	HFLD				
	Diarrea por rotavirus	1.°	01	04	23	MSD	A20LD041AA	HFLD				
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.°	01	04	23	Pfizer	FRU897	HFLD				
4 meses						Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐						
	Poliomielitis (VIP)	2.°	29	06	23	Pfizer	2208016					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.°	29	06	23	Serum	285 1X0400					Karen A.
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.°	29	06	23	Serum	285 1X0400					
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.°	29	06	23	Serum	285 1X0400					
	Diarrea por rotavirus	2.°	29	06	23	Preventa	ARNL09 93nA					
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.°	29	06	23		FRU895.					
6 meses						Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐						
	Poliomielitis (VIP)	3.°	06	09	23	Bido	226801 6					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (hib)	3.°	06	09	23		285 1Y033C	HFLD				
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.°	06	09	23	Serum	1 1 1 1 1 1 1 1					
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.°	06	09	23							
	Influenza estacional	1.°	28	05	24	Butantan	240094790-00	HFLD.				
7 meses	Influenza estacional	2.°	26	Junio	24	Butantan	240094791-00	HSEJ				Leonisa Gomez
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.°	31	01	24	Serum	C132NC4EB					Jenifer Cabrera
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	31	01	24	Pfizer	FYUA25					
	Varicela	2.°	31	01	24	Merck	V00653237	HFLD	Cita 26 enero 2024			
	Hepatitis A	Única	31	01	24	MSD	W02778236					
	Influenza estacional	Anual										
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPd ☐)	1.° Refuerzo	25	03	25	Biologicals	240601	HFLD.				Jenifer C.
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.° Refuerzo	25	03	25	Serom	2E23X0224	HFLD.	cita:			Jenifer C
	Fiebre amarilla	Única	31	01	24	Sanofi	W3E=9?1V		06-Sep			
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPd ☐)	2. °Refuerzo							2024			
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2. °Refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.°	25	03	25	Serum.	01320N0744A	HFLD.				Jenifer C.
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.°							cita: 28-Junio 2024			
		2.°										
		3.°										
Vacunas complementarias y otras dosis	Covid moderna.	1	26	Junio	2024	ModernaxBB	032H23A	HSCJ	26 Julio 2024			Leonisa G
	VPH											

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.

5 Años Complidos.

CP	F	S	D	PRÓXIMA CITA	PRÓXIMA CITA
~~✓~~	~~✓~~			06-febrero-2024	07-Agosto-2024
✓	✓			05 Agosto 2024	05 febrero 2025
✓	✓			11 marzo 2025	11 Sept 2025
✓	✓			29-Sept 2025	30-03-2026
					Yi [illegible] Mo
					[illegible]
					Mes 399 del 2014

CONTROL DE CITAS

Este carné es un documento de identificación como usuario de los servicios del Hospital; tratelo con cuidado y no lo pierda pues su duplicado tiene un valor de $2.000

Debe ser puntual en el cumplimiento de su cita de Higiene Oral. Si no se presenta en la hora fijada perderá su turno y tendrá que sacar una nueva cita.

De la asistencia a su cita depende del éxito del tratamiento.

Si por atender a un usuario de cuidado urgente, usted sufre alguna demora en ser atendido, rogamos nos excuse.

Calidad y oportunidad en los servicios

E.S.E.
Hospital
Sagrado Corazón de Jesús

HIGIENE ORAL



NOMBRES Y APELLIDOS
Gomez Vela Sebastian

IDENTIFICACIÓN
1-126-461.489

N°. HISTORIA CLÍNICA
Nueva

DOMICILIO

¡Una buena higiene oral para una salud total!

CONTROL DE CITAS

Este carné es un documento de identificación como usuario de los servicios del Hospital; tratelo con cuidado y no lo pierda pues su duplicado tiene un valor de $2.000

Debe ser puntual en el cumplimiento de su cita de Higiene Oral. Si no se presenta en la hora fijada perderá su turno y tendrá que sacar una nueva cita.

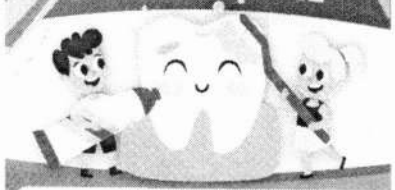
De la asistencia a su cita depende del éxito del tratamiento.

Si por atender a un usuario de cuidado urgente, usted sufre alguna demora en ser atendido, rogamos nos excuse.

Calidad y oportunidad en los servicios.

E.S.E.
Hospital
Sagrado Corazón de Jesús

HIGIENE ORAL



NOMBRES Y APELLIDOS
Gomez Vela Sebastian

IDENTIFICACIÓN: 1-126-461.489 | Nº. HISTORIA CLÍNICA: Nueva

DOMICILIO

¡Una buena higiene oral para una salud total!

CP	F	S	D	PRÓXIMA CITA	PRÓXIMA CITA
✓	✓			06-febrero-2024.	07-Agosto-2024.
✓	✓			05 Agosto 2024.	05 febrero 2025
✓	✓			11 marzo 2025	11 Sept 2025
					11 · 1612 MA.
					MIC.
					Hes 399 DH 2014

E.S.E. Hospital Sagrado Corazón de Jesús
NIT 846000471-5
MUNICIPIO VALLE DEL GUAMUEZ
LA HORMIGA - PUTUMAYO
gerencia@hospitalhormiga.gov.co
Tel. 4287089

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE LA VACUNA CONTRA EL SARS-CoV2/ COVID - 19

CIUDAD: La hormiga. FECHA: DÍA 28 MES 04 AÑO 25. HORA 10:00.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA

NOMBRES: Sebastian APELLIDOS: Gomez Vela.

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC ATI CC CE OTRO NÚMERO: 1126461469.

FECHA DE NACIMIENTO: DÍA 26 MES 01 AÑO 2023. EDAD 2. AÑOS

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE N- EPS.

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 tétano, la tos ferina, la poliomielitis, la hepatitis, el cáncer de útero y 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 puede formular preguntas)

COMO SE APLICA	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides)
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar Pfizer Primera dosis x Segunda dosis ____ Dosis única ____ Dosis de refuerzo ____
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

INFORMACIÓN ESPECIFICA PARA GESTANTES

La vacuna tiene aprobado el uso en mujeres gestantes desde la semana doce (12) y durante los 40 días postparto, siempre que los posibles beneficios superen los posibles riesgos con base en la evaluación clínica realizada en conjunto por el médico tratante y la gestante, lo cual deberá presentar al momento de la vacunación certificación que acredite tal evaluación.

La vacuna que se le está administrando es eficaz para evitar complicaciones severas y muerte en la gestante y en el feto por SARS CoV-2 COVID-19

A la fecha no hay pruebas que la vacuna cause efectos adversos importantes para la mujer embarazada, el feto o la placenta, además de los ya observados para la población general.

A nivel poblacional son muchos mayores los beneficios de administrar el biológico, sobre los riesgos de llegar a padecer COVID-19 durante la gestación, por el impacto que sobre la salud materna y perinatal produce la infección por SARS-Cov-2 y ante el alto riesgo riesgo de complicaciones severas, ingreso a UCI, y morbilidad y mortalidad materna y fetal asociada a esta enfermedad.

E.S.E.
Hospital
Sagrado Corazón de Jesús

NIT 846000471-5
MUNICIPIO VALLE DEL GUAMUEZ
LA HORMIGA - PUTUMAYO
gerencia@hospitalhormiga.gov.co
Tel. 4287089

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE LA VACUNA CONTRA EL SARS-CoV2/ COVID - 19

EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD

De manera voluntaria, después de haber recibido información por el personal de salud 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.

Soy mujer con más de 12 semanas de gestación o durante los 40 días postparto: SI [ ] NO [X] y en caso afirmativo aporto certificación del médico tratante que acredita evaluación clínica para que obre adjunto a este consentimiento, requisito indispensable para recibir la vacuna.

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

Motivo por el cual no acepta vacunarse Miedo a la reaccion del biologico

Firma de la persona

Huella en caso que no pueda firmar

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

Nombres Dora Lilia. Apellidos Vela Bohorquez

Tipo de Identificación: CC [X] CE [ ] OTRO [ ] Número 52781749

Firma: X Dora Lilia Vela

Nombres y apellidos del vacunador:	Alan Andrea Tongo Sarta
Firma Andrea Tongo.	Tipo de Identificación: CC [X] CE [ ] OTRO [ ] Número 1006949952

Nota 1: Los menores de edad a partir de 12 años deben firmar junto con uno de sus padres o su representante legal
Nota 2: Para los menores de 12 años deben firmar 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 Sebastian Gomez vela, identificado (a) con documento de identidad número 1126461469, 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, Dora Lilia Vela., quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 52781749., de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	X	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales	X

La autorización comprende:

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

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

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

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

Suscriben:

Firma: Dora Lilia vela
Nombre: Dora lilia vela
Calidad - Titular: ____ Representante legal: X
Teléfono de contacto: 3222382517
Fecha: 7-Abril-2025
Municipio: San Miguel.

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

PACTO DE CONVIVENCIA MODALIDAD INSTITUCIONAL

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

DERECHOS Y DEBERES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

DERECHOS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

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

DEBERES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

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

DERECHOS Y DEBERES DE LOS PADRES DE FAMILIA

DERECHOS DE LOS PADRES DE FAMILIA

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

DEBERES DE LOS PADRES DE FAMILIA

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

(telefónico, mensajería y/o escrito).

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

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

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

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

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

PAOLA CHATES
Coordinadora pedagógica

EDDY PATRICIA LÓPEZ
Apoyo psicosocial

Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Alexandra Criollo.
Agente educativa

Huella del niño/niña

Sebastian Gomez

EMPRESA DE ENERGÍA DEL BAJO PUTUMAYO S.A. E.S.P.
NIT 846.004.870-9 - RUT: 2-86666000-7
Autorretenedores Res. 017 de 22/01/2002
Responsables de IVA

"Generamos Desarrollo con Energía"

Vigilado Superservicio

Código de Suscripción	SM 42146	Pago oportuno hasta:	02-ABR-2025	Mes Facturado
Factura Nro.	2037042969	Suspensión a partir de:	03-ABR-2025	MARZO 2025

1. Información General

Nombre: MARIA ROMILA VENEGAS VALLEJOS
Dirección: BR METROPOLITANO
Último pago: $ 130,170 — 17-MAR-2025
Tuve servicio de energía entre: 19-FEB-2025 - 20-MAR-2025 (29) — 22-MAR-2025

Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Área	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Tarifa	División Geopolítica
SMI	S104	29	1	RESIDENCIAL	URBANA	1	1.6	AEREA	EMPRESA	105	SAN MIGUEL - METROPOLITANO

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 527.60 + Transmisión 49.85 + Distribución 253.23 + Comercialización 121.95 + Pérdidas 70.79 + Restricción 14.68 = CU 1,038.10 ($/KwH)

2A. Información Medidor

Marca	Serial	Factor Multiplic.
ITRON	19221603	1

2B. Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	4112	4013
Reactiva:		

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

2C. Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	99	
Consumo Reactiva KVarh:	0	
Costo del consumo $	102771.9	
Tarifa (hasta 173 Kwh):	415.24	
Subsidio: %	60 $	-61663.14
Contribución: %	0 $	0
Sub Total $	41108.76	

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

2D. Consumo Ultimos 6 Meses

Mes	Consumo
2025Feb	118
2025Mar	155
2024Dic	146
2024Nov	159
2024Oct	112
2024Sep	139

Promedio: 138

2E. Información Calidad del Servicio

Id: O R 11 PB 01 8000 942415
Transformador: SLO115 Grupo 22
DUG 30.24 DUC 19 Circuito C14
Cargo D 249.01 Dcto 50.20
CEC 119.27
DIU 61.94 FID 96.60
IIC 2.04 VC 2.00

Valor a comprimir: 11,680.22

3. Información Financiación Plan

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

Firma Autorizada

4. Detalle Conceptos del Servicio de Energía

Conceptos EEBP	Valor Liquidado	Saldo Anterior	Saldo a Favor o Anticipado	TOTAL
ACTIVA SEN CIUDAD MONOMIA	102,771.90	0	0.00	102,772
SUBSIDIO	-61,663.14	0	0.00	-61,663
AJUSTE A SUBSIDIO	-1,344.00	0	0.00	-1,346
COMPENSACION RES CREG 015/2018	11,680.22	0	0.00	11,680
RECONEXION	50,000.00	0	0.00	50,000
AJUSTE A LA DECENA	1.14	0	0.00	1

5. Información Resolución Consumo de Energía + Conceptos EEBP 80,572

6. Información Facturación Impuesto de Alumbrado Público

Sujeto Pasivo	Calidad S.P.	Convenio No.	Dirección POR	Valor Periodo	Saldo Ant.	Valor Total
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL	MUNICIPIO SAN MIGUEL	ACUERDO 008 31/08/2023	Cra 4 Cll 7 Esquina	10,428	0	10,428

7. Información Facturación Aseo y Alcantarillado

Concepto	Dirección POR	Valor Tarifa	Subsidio/Factor Solidario	Carga Complementaria/Contrib.	Mes Pre. Vencido	Saldo Anterior	Ajustes/Otros	Valor Total
Alcantarillado		0	0	0	0	0	0	0
Aseo*	Alcaldia San Mi Cra 4 Cll 7 Esq Bl a Liberta	6,000	0	0	0	0	0	6,000

*Aseo: Frecuencia

8. Información Facturación Otros Convenios

Empresa	Dirección POR y/o Teléfono	Valor Tarifa	Saldo Anterior	Valor Total
				0
				0
				0

Total EEBP	+	Total Impuesto Alumbrado público	+	Total Aseo y/o Alcantarillado	+	Total Otros Convenios	=	Debo pagar en Total
80,572		10,428		6,000		0		97,000

CUFE:

01362fced807325569c9ac4585c837ddbfa9f16e3461f8c2ece4daca3f77a
bce2c8574fb58171e9d9f2a8231297dddc8

(415)7709998000532(8020)1000203704296968(3900)0000097000(96)20250402

Pague en línea en www.eebpsa.com.co/factura

www.eebpsa.com.co @eebpsaesp /eebpsa

Fac. Electronica: EEBP 168272

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

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a siempre

Ciudad La dorada San Miguel

Nombre completo de la niña o niño Sebastian Gomez Vela

Fecha de nacimiento 25 01 2023 **N° Documento de Identidad**

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 02 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
El niño Sebastian interactue con las demas libremente y participa en las actividades, pero presenta pequeños problemas a la hora de expresar de forma verbal con palabras.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Yurani Galindez Salamanca

Fecha de registro cualitativo 02 10 025

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

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

Observaciones generales
Se logra evidenciar que el niño Sebastian hace parte del perfil esperado ya que hay que conjunto la Agente educativa Fortalecer en el la comunicacion, Verbal a mejorado un poquito pero hay que seguir fortaleciendolo cada dia. es muy activo y participa en las actividades.

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

b2

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Sebastian. Gomez 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. 11 Nov. 025	Se realizo el llamado de asistencia y se logra evidenciar que el niño no ingreso a la unidad.	Se realizan llamadas telefonicas y se envia un mensaje de audio para saber el motivo de la inasistencia y no es posible la comunicacion. minutos despues la mamita nos envia un mensaje de texto. manifestando que no alcanso a salir de la finca. Pero que mañana ya retorna a la unidad. Se logra evidenciar que el niño Si ingreso a la unidad aparentemente bien Por tanto se hace Sient	Yurany Galindez.	Ahora Si lia sela.

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Sebastian Gomez UNIDAD DE ATENCIÓN: Parvvio 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)
22 Oct 025 23 Oct 025.	Se realiza el llamado de asistencia y se logra evidenciar que el niño no ingresó a la unidad.	Se envia mensaje de texto para saber el motivo de la inasistencia y se logra evidenciar que la mamita nos envia un mensaje de texto informando que por motivos de cita con el pediatra no asistio a la unidad. Se logra evidenciar que el niño ingreso a la unidad aparentemente bien. finalmente se hace el el cierre de la novedad.	Yurany Galindez	- Doralis Ibarra C. -

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Sebastian. Gomez UNIDAD DE ATENCIÓN: Parvio 7. AGENTE EDUCATIVO: Yurani Galindez

MUNICIPIO: San Miguel. FECHA DE INGRESO: _____

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
29-09-025	Se realiza el llamado de asistencia y se evidencia que el niño Sebastian. no asistio a la Unidad.	Se envia un. mensaje de texto para Saber el motivo de la inasistencia y la mamita por medio de un. mensaje nos informa que tiene una cita de Odontologia y que por ese motivo no asistio a la Unidad.	Yurani Galindez	- Doralilia vela.

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
30 09 025	Se evidencia el ingreso del niño Sebastian. a la unidad aparentemen. bien.

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Sebastiana Gomez UNIDAD DE ATENCIÓN: Parvulo 1 AGENTE EDUCATIVO: Yuricai 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)
	Durante la revisión de carpetas se pudo evidenciar la cita de la proxima atención en higiene oral.	Agente educativo se informa a madre de familia de la Fecha del ultimo control de higiene oral, así mismo se le informa para que se acerque al hospital para que le agenden la cita. La mamita manifiesta que le programaron la cita para el 29 septiembre. Se anexa soporte de la cita.	Yurani Galindez	

TRAER PAÑUELO Sebastian, Vela

HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS

XY

CITA DE HIGIENE ORAL

FECHA: 29 Septiembre

HORA: 8:00 a.m.

HIGENISTA

CONSULTORIO 5

EPS

SIN DOCUMENTO NO HAY ATENCION

*LLEGAR 20 MINUTOS ANTES DE SU CITA

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Sebastian Gomez UNIDAD DE ATENCIÓN: Parvulo 1. AGENTE EDUCATIVO: Yurani Galindez

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

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
22 Sep. 2025 23 Sep. 025	Se realiza el llamado de asistencia y se evidencia la inasistencia del niño.	Se realiza llamadas telefonicas a los familiares Para Saber el motivo de la inasistencia y la mamita nos manifiesta que no tiene quien lo recoga. a las unidad. Se evidencia el ingreso del niño a la Unidad aparentemente se ve bien tanto Fisico como emocional.	Yuran. Galindez Yurani Galindez	

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Sebastian Gomez Vela **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulo 1 **AGENTE EDUCATIVO:** Yuvany Galindez.

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 01-04-2023

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)
23-08-2023	Durante la recisión de aspeta del niño usuario se pudo evidenciar que. tiene una cita programada para el dia 27 agosto del 2023.	El agente educativo informa mediante mensaje de texto y de manera personal con el proposito que haga la solicitud de atención para el niño.		X Doralilia Velez

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Sebastian gomez UNIDAD DE ATENCIÓN: Parvulos 1 AGENTE EDUCATIVO: Ana Julia Lo

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

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
4-08-2025	Durante la realizacion dellamado alista se puede verificar la inasistencia del niño Sebastian	Agente educativa realiza el proceso de la llamada la cual la madre nos informa el motivo por mensaje wasp que fue el transporte venian al C.D.I sale vare y es fue motivo que notrajeron en horas de la tarde se llamo a la madre paras saber como esta el nino Sebastian la cual nos dice que esta bien. por esto se cierra novedad	Ana Julia.	Para tiliza vela

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Sebastian Gomez **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Pasbalos 7. **AGENTE EDUCATIVO:** Ana Julia

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)
29-07-2025 30-07-2025	Se realizo llamada a lista y se pudo evidenciar la inasistencia del niño, Sebastian	la agente educativa realiza la llamada para Verificar el motivo por el niño no asistio al cdi, donde la madre nos contesta por medio de mensaje del Whasat que el niño amanecio con dolor de estomago. siendo 6oopm realicamos la llamada para Verifica el estado de salud del niño la cual la madre nos dice que sigue mejor pero ella lo quiere Seguir cuidando en casa. y el viernes lo trae al CDI se guarda mosiga.. por esta se remite al apoyo en salud para su respectivo seguimiento siendo los 5:25 la mayte los comunica que no lo va traer mañana por lo va llevar al medico alabormigia	Ana Julia Copa	Doralilia vela

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	En estecaso Se remite al apoyo Nutricional para que haga el repetivo seguimiento.- 31-07-2025.. aniño regresa al CDI con una buena saluu. condeseos de compartir con sus amigos y (~~compa~~) y agente educativa

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Sebastian GOMEZ **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Porbold1 **AGENTE EDUCATIVO:** Ana Julia Lopez

MUNICIPIO: San Migue **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)
21-02 2025	Al momento de realizar el llamado asistencia se Puede evidenciar que el niño. Sebastian	Se realiza la llamado para verificar y inasistencia la madre nos dice que no lo va atreev por motivos Familiare En horas de la tarde se pregunta por la salud del niño siendo de las 5:45 se realiza llamado para tener informa la cual la madre nos dice que el niño esta bien de salud por esta razon se cierra Novedad	Ana Julia Lopez Ana Julia	Dovalia vela

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Sebastian Gomez **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parbalo 1 **AGENTE EDUCATIVO:** Ana Julia Lopez

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

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
16-04-2024	Durante el llamado de Asistencia Se puede evidenciar que niño No Asestio al CDI	la Gente educativa se comunica con la madre del niño para Saber la inasistencia la cual por mensaje de Wapsa nos dice que no puede tra el del niño Sebastian por lluvia ayer nos mojamo es hemos estado sin tranport el carro se nos daño la bocteria y nos atocado ir a pie pero ahorita esta llouiendo baste Siempre Salimos a las 7:30 am.	Ana Julia Lopez	Dora Lilia Vela

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Sebastian Gomez **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulo 1 **AGENTE EDUCATIVO:** Roxana M.

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

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
4/07/2025	Durante el llamado a lista se verifica la inasistencia del niño usuario	Agente educativa se comunica con la madre para conocer el motivo de la inasistencia, la madre refiere que el niño paso mala noche presentando un cuadro de tos lo cual no pudo descansar bien, Agente educativa recomienda a la madre acercarse al area del hospital para sacar un cita y el niño sea atendido y medicado por el profesional en Salud Se cierra La Novedad Por ausencia Asistencial de hoy	Roxana M	Dora Lilia Vela

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Sebastian Gomez. **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulo 1 **AGENTE EDUCATIVO:** Alexandra Cro

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

Clasificación de la Información:
CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
04-06-2025	El niño no asiste al CDI. el dia de hoy.	Agente se comunica con la madre por medio de whatsapp. a las 8:15 am. y elle informa que no llevo al niño, motivo por el cual el niño presenta dearrea. desde anoche. y no sabe si fue por algo que comio que le hizo malo, pero va a tenerlo en la casa para ver como sigue. y si continua lo remite al centro de salud.	Alexandra Criollo	Doralilia Vela

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Sebastian Gomez. **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Paruulo 1 **AGENTE EDUCATIVO:** Alexandra C.

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

Clasificación de la Información:
CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
22-05-2025.	Agente educativa. realiza revision de carpetas. y se evidencia. inconsistencia en el carnet de vacunas del niño.	- Agente educativa informa a la madre para saber el motivo. de dicha inconsistencia. la cual es: que al niño le hace falta la vacuna de. influenza estacional. - La madre informa, que ella si. realizo el acercomiento al hospital en el tiempo establecido con el niño por la vacuna, pero le informaron que dicho vacuna no habia llegado al centro de salud. y que lo cual queda pendiente para cuando el niño cumpla los 5 años de edad.	Alexandra Criollo.	Doralilia Vela.

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

Señora:

PAULA CHATES

Coordinadora local del centro de desarrollo infantil fronteras de paz.

Cordial saludo:

Yo Dora Lilia Vela Identificada cc 52787749. madre del niño (a) Sebastian Gomez Identificado RC 1126461469.

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

Atentamente:

Dora Lilia Vela

Cc: 52787749

Celular: 3222382377.

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Sebastian Vega **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulos 1 **AGENTE EDUCATIVO:** Alexandra Onofre

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 01-05-2025

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	SEGUIMIENTO	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
19/05/2025	Niño que es remitido por inasistencia a la unidad de atención al equipo interdisciplinario.	salud y nutricion y apoyo psicosocial se comunica con la madre de Familia para realizar seguimiento al estado de salud del niño. La madre informa que el dia Jueves el niño comenzo con sintomas de gripe leve y lo estuvo tratando en casa y el dia 19/05/2025 lo llevan por medico particular.	• la madre informa que el niño es diagnosticado con infeccion viral no especificada y le dan formula medica amoxicilina Broncothem, dulex y vitamina C. ademas le mandan nebulizaciones por 3 dias. la madre refiere que el niño los episodios de fiebre le han disminuido y la gripe todavia persiste. razon por la cual no lo traera al CDI hasta que se recupere.	nutricionista.	Dora Lilia Vela

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
22-05-2025	Salud y nutricion y apoyo psicosocial se comunica con la madre para conocer el estado de salud del niño, y realizar seguimiento. donde menciona que hoy fue el ultimo dia de nebulizaciones y el niño ha mostrado mejoria. Ademas que le esta suministrando al niño el tratamiento medico como el medico la Formulo. Se indaga sobre los episodios de fiebre que ha presentado donde la madre menciona que ya le han pasado. y no ha presentado mas episodios. nutricionista Apoyo psicosocial

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: _____ **UNIDAD DE ATENCIÓN:** _____ **AGENTE EDUCATIVO:** _____

MUNICIPIO: _____ **FECHA DE INGRESO:** _____

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	SEGUIMIENTO	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
21-05-2025	El dia de hoy el niño no asiste al CDI, motivo de tratamiento por nebulaciones.	Agente se comunica con la madre del niño y ella refiere que el niño le enviaron un tratamiento de nebulaciones y por ese motivo no lo va ha llevar al CDI, hasta terminar el tratamiento. que es por 5 dias.	Agente recomienda realizar el tratamiento como la solicita el medico. para que el niño mejore pronto el caso ya esta remitido por Salud.	Alexandra Criollo.	Dora Vela
22-05-2025	El nino nuevamente no asiste al CDI por motivo de tratamiento medico por nebulaciones.		Agente recomienda a la madre hacer llegar la historia clinica en fisico Para soporte de evidencia del tratamiento. de nebulaciones por 5 dias la cual terminan el viernes 23-05.	Alexandra Criollo.	Dora Vela

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Sebastian Gomez. **UNIDAD DE ATENCIÓN:** _____ **AGENTE EDUCATIVO:** _____

MUNICIPIO: _____ **FECHA DE INGRESO:** _____

Clasificación de la Información:
CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	SEGUIMIENTO	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
29-05-2025	El dia de hoy el niño. no asiste al CDI.	Siendo las 7:15-am la madre del niño envia un mensajr por whatsapp. Informando que el dia de hoy no llevara el niño al CDI. motivo por el cual ella y su esposo estan con mucha	Agente refiere cuidar al niño para no. contraer nuevamente de gripe. y procurar no hacerlo Faltar al CDI, como tambien recomienda hacercarse al centro de salud los padres si estan	Alexandra Criollo.	Dora Vela
		gripa y el tiempo esta muy lluvioso.	muy enfermos. El dia de hoy 30-05-25 el niño asiste con normalidad al CDI.		

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Sebastian Gomez. **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulo 1 **AGENTE EDUCATIVO:** _____

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

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	SEGUIMIENTO	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
20-05-2025	En el dia de hoy el niño no asiste al CDI.	Agente se comonica con la madre via whatsapp. y ella refiere no llevar al niño al CDI. porque continua muy agripado y que el horas de la noche ya no tuvo Fiebre. pero el plurito nasal continu.	Agente edu. refiere que lleve al centro de salud al niño si eh plurito continua en abundancia o la fiebre regresa de igual manera el caso, esta remitido por salud.	Alexandra Cuello.	Dora Vela

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Sebastian Gomez. **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulo 1 **AGENTE EDUCATIVO:** Alexandra Criollo

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

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	SEGUIMIENTO	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
15-05-2025	El dia de hoy el niño no asiste al CDI,	La madre del niño informa por mensaje de whatsapp, que el dia de hoy no llevara al niño al CDI, ya que presenta mucho Plurito por vias nasales.	Agente re comienda llevar al niño al centro de Salud. y el plurito persiste. e informar lo que el medico. diagnostique	Alexandra Criollo.	Dora Vela
16-05-2025	El dia de hoy el niño no asiste al CDI.	La agente trata de comunicarse con la madre por via telefonica. pero no es posible. la comunicacion	Queda pendiente comunicacion nuevamente en horas de la tarde con la madre para saber porque el niño no asistio el dia de hoy al CDI.	Alexandra Criollo	Dora Vela

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
19-05-2025.	Descripcion evento= El dia de hoy el niño no asiste al CDI, Accion= La madre por mensaje de whatsapp informa que el niño no lo lleva al CDI, porque la va ha llevar al medica ya que presenta. Friebre y mucha gripa. seguimiento = La Agente refiere a la madre informarle en la tarde como le fue en el hospital para saber e ingresar el diagnostico medico. Alexandra Criollo Agente edu. Dora Vela

50
RU

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Santiago Vallejos **UNIDAD DE ATENCIÓN:** parbulos **AGENTE EDUCATIVO:** Roxana M.

MUNICIPIO: San Migu **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)
08-07-2025 4-07-2025	Durante el llamado alisto se puede verificar la inasistro del Niño usuario	La AGente educativa realizo el proceso de llamado : la cual por ningun medio pudo tener conta con la madre la usuario para saber cual es el motivo dela inasistencia el Ninio regreso al cdi el de hoy. 8 - 7 - 2025. por estavan se cierra la novedad.	Roxana M.	Dayana Pardo

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Sebastian Gomez **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulo 7 **AGENTE EDUCATIVO:** Alexandra Cr.

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)
14-05-2025.	Atencion de servicio de salud. del valle del Guamuez.	Agente dialoga con la madre el motivo por el cual no se a realizado el traslado. de atencion de salud al municipio de recidencia. y ella refiere que no lo a echo. ya que el servicio de atencion. en el valle del Guamuez es mejor Por cuestiones de remisiones cuando se requiera. y de igual manera la madre esta pendiente y cumple a cabalidad con las citas programadas de los controles del niño.	Alexandra Criollo.	Doralilia Vela

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Sebastian Gomez **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulo 7 **AGENTE EDUCATIVO:** Alexandra Criollo

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

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	SEGUIMIENTO	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
25-04-2025	Carnet de vacunas Presenta tachones cde corrector.	Agente informa a la madre del niño llevar a cambiar el control ya que presenta irregularidades Pero ella refiere ya harber ido 2. veces al centro de salud para que le colaboren y ninguna de las dos veces a tenido exito ya que ellas enfermeras refieren no poder colaborarle con ese cambio.	Agente refiere a la madre. atenta a las vacunas Futuras y que en cuanto tenga la proxima vacuna solicite el cambio de todo el esquema de vacunas en un nuevo Carnet para ver si asi le colaborar con dicho cambio.	Alexandra Criollo	Dora Vela