Fecha de diligenciamiento: 1 | 04 | 2025

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

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

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

Unidad de Servicio sugerida: CDI Fronteras de Paz

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

Número de documento: 1.122.343.979

Fecha nacimiento: 25 | 04 | 2022

Nombres: Abha Joaquin

Apellidos: Martinez Galindez

Presenta discapacidad? ( ) Si (●) No

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

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

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

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

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

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

Departamento residencia: Putumayo

Municipio de residencia: San Miguel

Zona: Urbana

Barrio: Metropolitano

Vereda:

Sector:

Dirección: Diagonal al Coliseo

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

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

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

Número de documento: 1.122.342.014

Nombres: Yurani Sorayda

Apellidos: Galindez Salamanca

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 22 | 05 | 1997

Correo electrónico: yuragalindez22@gmail.com

Número de celular: 3249629045

Número de fijo:

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

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

Nombre y Firma del padre, madre y/o cuidador: Yurany Galindez

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Andrea Mahecha

Observaciones:

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
Fortaleciendo caminos de esperanza

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO: Noha Joaqun Martinez Galindez

Nº DOCUMENTO: 1.122.343.979 **TIPO DOCUMENTO: RC** X **CC** __ **OTRO** __

FECHA DE NACIMIENTO: 25-04-2022 **EDAD:** 2.A 11 M

LUGAR DE NACIMIENTO: Puerto Asis

NOMBRE DE LA UDS: CDI Fronteras de Paz
CODIGO UDS: 867571126972 **BARRIO/VEREDA:** B/ 7 de Agosto
FECHA DE INGRESO: 1-04-2025 **FECHA DE RETIRO:** _____

SISBEN: A.4 **EPS:** Emssanar **RÉGIMEN (C)** __ **(S)** X

DESPLAZADO: SI __ **NO** X **DISCAPACIDAD: SI** __ **NO** X **¿CUAL?** _____

GRUPO ETNICO: SI X **NO** __ **¿CUAL?** Afro

GRUPO AFROCOLOMBIANO: SI X **NO** __ **¿CUAL?** Afrodecendiente

NOMBRE DE LA MADRE: Sarayda Yurani Galindez S.

Nº CÉDULA: 1.122.342.014 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Miguel la Dorada

NOMBRE DEL PADRE: Jezer Eliasib Martinez Acosta

Nº CÉDULA: 1.028005.199 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Apartado

Nº DE CELULAR: 3249629045 - 3249445018

NOMBRE DEL ACUDIENTE: Sarayda yurani Galindez Salamanca

Nº CÉDULA: 1.122.342.014 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Miguel la Dorada

DIRECCIÓN VIVIENDA: B/ metropolitano **ZONA POBLACIONAL: (R)** __ **(U)** X

NUMERO DE CELULAR 3249629045

Yuany Galindez
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Andrea Montenegro
NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: N 1573637

NUIP 1.122.343.979

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
MARTINEZ GALINDEZ NOHA JOAQUIN

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)											Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año	2	0	2	2	Mes	A	B	R	Día	2	5	MASCULINO	O +

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

Fecha de Inscripción (Mes en letras)											Indicativo serial
Año	2	0	2	2	Mes	A	B	R	Día	2	8	0061322509

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
GALINDEZ SALAMANCA SORAYDA YURANI

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.122.342.014	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
MARTINEZ ACOSTA JEZER ELIASIB

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.028.005.199	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
GALINDEZ SALAMANCA SORAYDA YURANI

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.122.342.014

Espacio para notas

VALIDO PARA TRAMITES LEGALES Y CIVILES

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

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

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras): Año 2 0 2 2 Mes A B R Día 2 8

Nombre y firma del funcionario

ROY EDISON CALLE GUTAMA
Registrador del Estado Civil

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
Adhesivo Copia Registro Civil
29831578-1



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.122.342.014

GALINDEZ SALAMANCA
APELLIDOS

SORAYDA YURANI
NOMBRES

Yurany Galindez
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 22-MAY-1997

VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

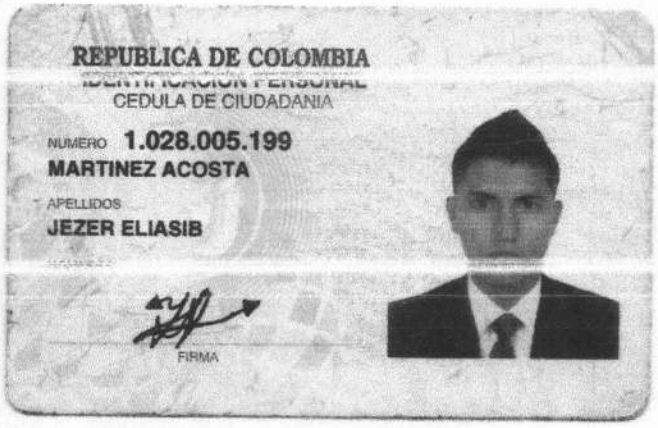
1.63 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

26-MAY-2015 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-6401800-00717421-F-1122342014-20150526 0044616490A 1 43913145



REPUBLICA DE COLOMBIA

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.028.005.199**

MARTINEZ ACOSTA

APELLIDOS

JEZER ELIASIB

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **05-OCT-1991**

VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)
(PUTUMAYO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.69 ESTATURA **A+** G.S. RH **M** SEXO

12-NOV-2009 APARTADO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: **18/06/2025**

Ficha: **86757674952700003304**

A4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: **NOHA JOAQUIN**

Apellidos: **MARTINEZ GALINDEZ**

Tipo de documento: **Registro civil**

Número de documento: **1122343979**

Municipio: **San Miguel**

Departamento: **Putumayo**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **20/09/2022**

Última actualización ciudadano: **27/09/2022**

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: **MARIA ZORAYDA LINARES MONTERO**

Dirección: **Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libertad**

Teléfono: **4210537 - 3213138790**

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

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1122343979
NOMBRES	NOHA JOAQUIN
APELLIDOS	MARTINEZ GALINDEZ
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	26/04/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	12/04/2025 17:43:20	**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

emssanar EPS
NIT. 901.021.565-8
Registro de Cámara de Comercio
Nº 15233 Libro IX. Octubre 24 de 2016
Cuidamos de ti en cada paso

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 1122343979
Apellidos:	MARTINEZ GALINDEZ
Nombres:	NOHA JOAQUIN
Ficha Sisben:	86757674952700003304
Nivel Sisben:	Nivel I
Grupo Sisben	A04
Tipo de discapacidad:	Ninguna
Plan de salud:	Régimen Subsidiado
Estado de servicio:	Vigente
Fecha de Afiliación:	26/04/2022
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 25 de Marzo 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: NOHA JOAQUIN	Apellidos: MARTINEZ GAVINOA.
Fecha de nacimiento: 25 (DÍA) | 04 (MES) | 2022 (AÑO)	Historia Clínica: 1122343979
Barrio/Vereda: B/ PARAISO	Responsable del niño:
Teléfono:	EPS: 110

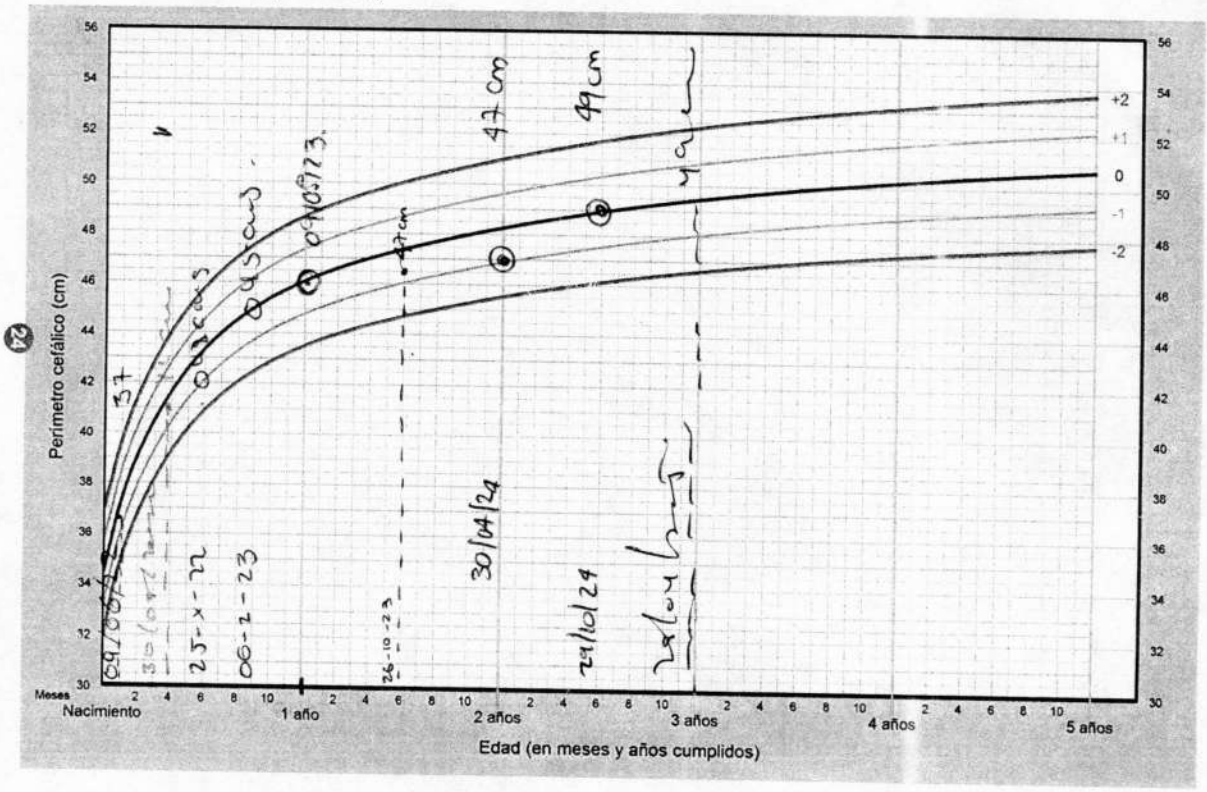
CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
25	06	22		enfermeria	
25	08	22		medico	
30	09	2022.			
25	Enero	2023	ENFERMERIA	SI ✓	
25	Abril	2023.	MEDICO	SI ✓	
25	OCTUBRE	2023	Enfer	Si ✓	
25	Abril	2024	Medico	✓	
29	Oct	2024	Enf	SI ✓	P. Labor X
25	Abril	2025	Med		
28	04	2026	Med	✓	
27	04	2026.			

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
09/06/22	4,39	54	37	14	14,7	25/08/22	
30/08/22	7,6.	62	41	16	19,8	30/09/22	
25-X-22	8455	66	42	15	14,4	25-I-2023	Victor Alcalde
06/02-23	9050.	73	45	16	17.9	25/Abril 2023	Jefa de Calidad.
26/10-23	12k	78	47	15	19.7	25/04/2024	
30/04/24	12.6 kg	87	47	16	16.8	25/10/24	JHSSA A Vargas
29/10/24	13Kg	88	49	17	16.8	25/09/25	P. Pediatra
28/04/25	15,6	95	49	16	17,3	27/04/2026	

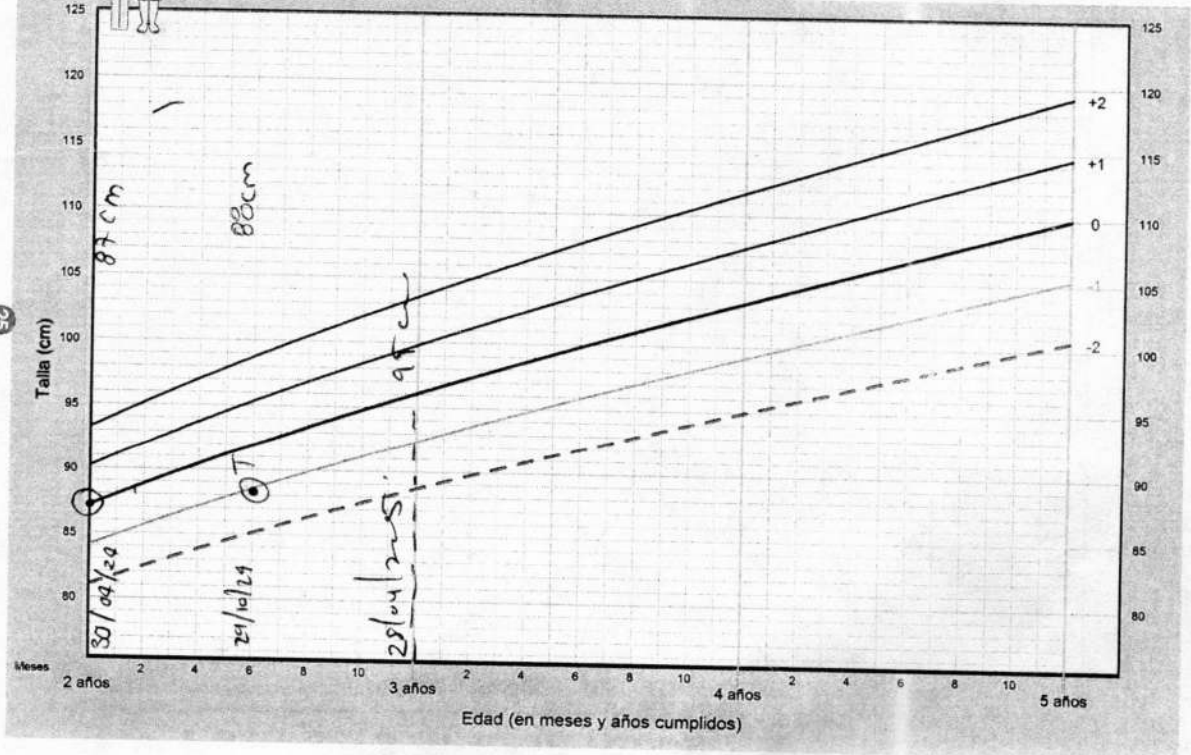
Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)



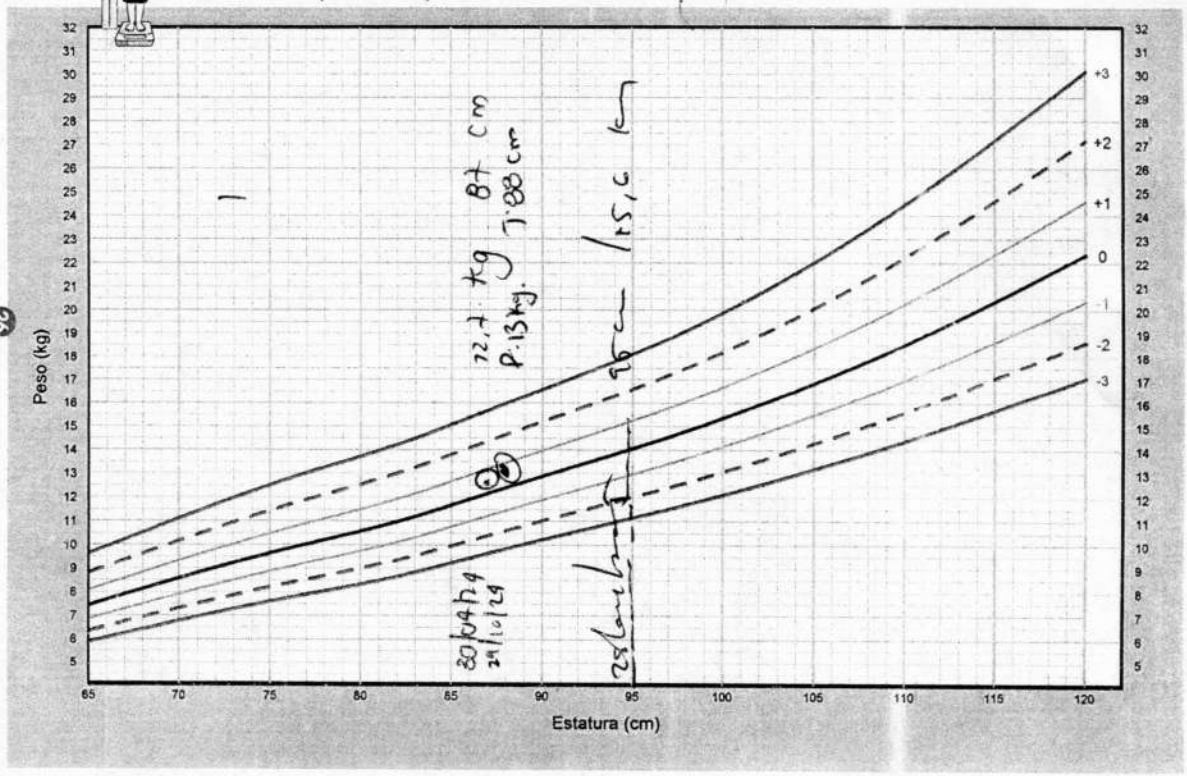
Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5años)



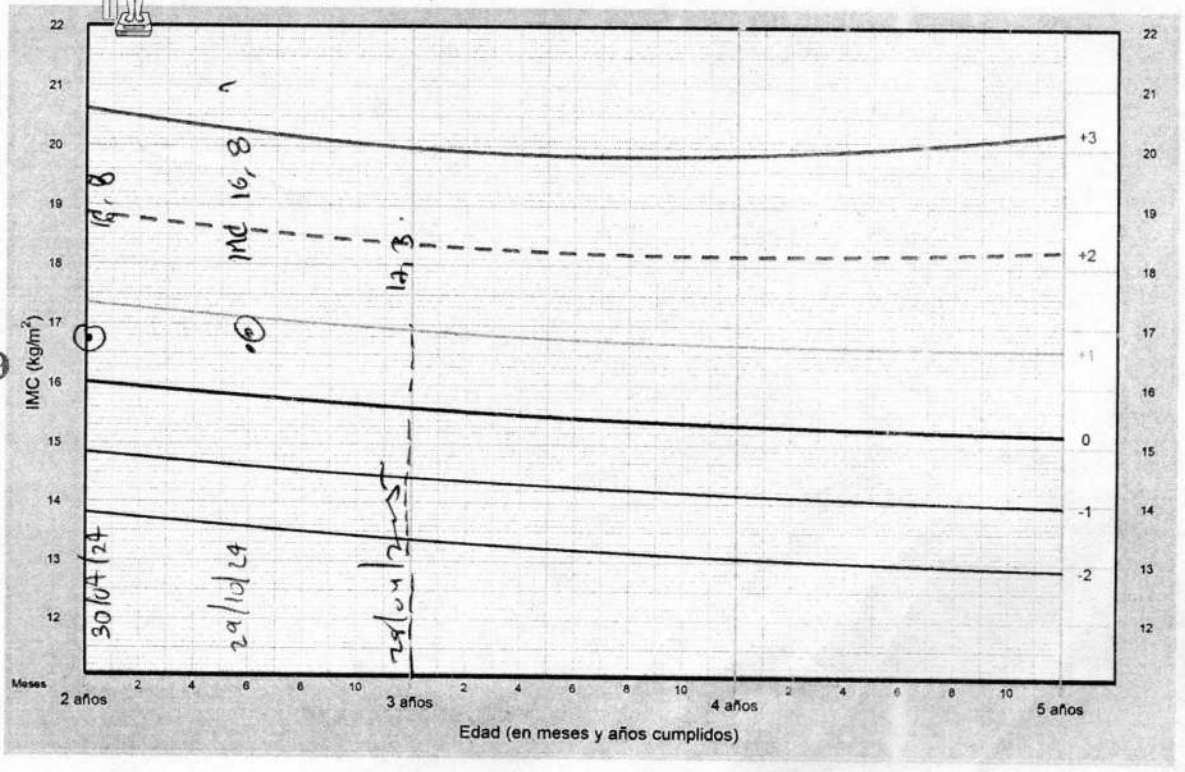
Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



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

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

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

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

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega			
2.ª entrega			
3.ª entrega			

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

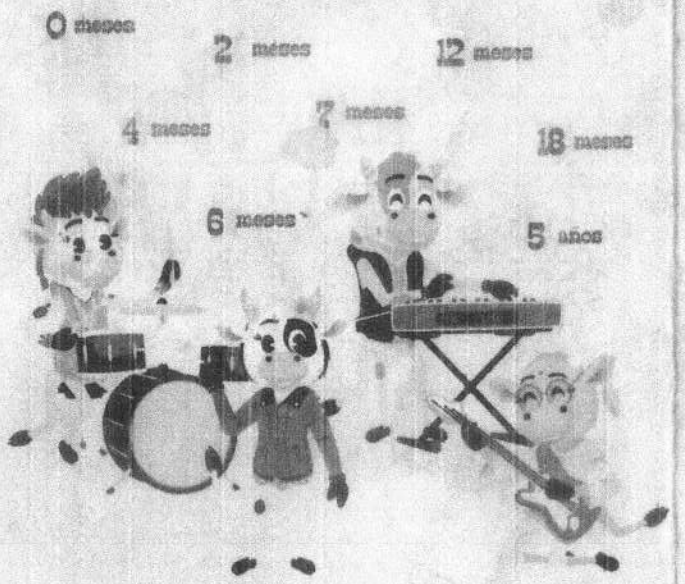
3 años						
4 años						
5 años						

*Menor o igual a 20 normal

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 influenzae tipo b, difteria, tosferina, tétanos, diarrea por rotavirus; neumonía, otitis, meningitis, bacteriemia causada por neumococo, enfermedad respiratoria 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:



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: Noa Jaramin Martinez Galindez

Fecha de nacimiento: 25 ABR 22

Nº de certificado de nacido vivo: 16 9715940

Registro civil: 1.122.343.979

Sexo: Masculino

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: 3300-40 Talla: 51

Dirección: Bl melia peritos.

Teléfono 1: 3209902143

Teléfono 2:

Responsable: Soraida Yurani Galindez Salamanca

Municipio de residencia: la dorada

Departamento: putumayo

#118

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 Sí ☐ No ☐						
	Tuberculosis meníngea (BCG)	Única	25	ABR	2022	Serum	037 OMA 098	HLOGI				Jhon Gonzalez
	Hepatitis B	Recién nacido	25	ABR	2022	Serum	032 040 170	PLOASIS				
						Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐						
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1.ª	25	06	2022	Biologi	2115006					Saely M
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	25	06	2022		285 1x007D		cita 25			Saely M
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª	25	06	2022	Serum	1111111111	HFLD	agosto			Saely M
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.ª	25	06	2022				2022			Saely M
	Diarrea por rotavirus	1.ª	25	06	2022	65K	ARC1C85 8AC					Saely M
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	25	06	2022	65K.	ASPNB191 1.					
						Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐						
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2.ª	25	8	22	Biologici	2121CC9A	PIC				Edca I.
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	25	8	22	Serum	2E31 4022A					
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª	25	8	22	Serum	2E31 4022A	HFLD				
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.ª	25	8	22	Serum	2E31 4022A					
	Diarrea por rotavirus	2.ª	25	8	22	65K	ARCICD9 42A					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	25	8	22	65K	ASPNB191 2A		Cita: 25 Octubre 2022			
						Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐						
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3.ª	25	10	22	Biolog	2140003					Daniela Camacho Enfermera Jefe en Enfermería CC No 1007723227
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	25	10	22		2851 Y0L2B					
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª	25	10	22	Serum	1111111111	HFLD				
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.ª	25	10	22							
	Influenza estacional	1.ª	30	04	24	Butantan	2400979/88	HFLD	cita 25			Isabel A. Jenifer C.
7 meses	Influenza estacional	2.ª	15	07	24	Butantan	2400979/88	HFLD	Abril			
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	09	05	23	Serum	0191N108A	HFLD	2023			Karen A
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	09	05	23	Serum	EX895A					
	Varicela	2.ª	09	05	23	DSK	NO3626C8					
	Hepatitis A	Única	09	05	23	MSD	703626C8					
	Influenza estacional	Anual	0									
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.er refuerzo	08	11	23	Serum	22080016	HFLD	Cita 25/10/23			Eduardo B.
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.er refuerzo	08	11	23	Serum	22U0x030X	HFLD				Karen A
	Fiebre amarilla	Única	09	05	23	Sanofi	N3C1V					
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª	08	11	23	Serum	0132YN1Z2A	HFD	cita: 5 Años cumplidos.			Edu-I D
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.ª										
		2.ª										
		3.ª										
Vacunas complementarias y otras dosis												

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir las niñas y los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan 2 años, se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.

17
RIV

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 23 MES 04 AÑO 2025 HORA: 4:01 PM.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Noha. Joaquin. APELLIDOS Martinez Galindez

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1122343797

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 25 MES: 04 AÑO: 2022 / EDAD: 2 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Emssanar Tel: 3249445018

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 (linfadenopatia); malestar general; sensación de adormecimiento en las extremidades, reacciones alérgicas leves, moderadas o severas. Estos no se presentan en todas las personas.
ALTERNATIVAS	A la fecha no se ha identificado otra medida farmacológica más eficaz que la vacunación para la prevención de la COVID-19.

EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD

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

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

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

Firma de la persona: _____

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

Nombres Jezer Apellidos Martinez Acosta

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1028005199.

Firma: _____

En caso de requerirse firma a ruego:

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

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

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

de _____

Huella dactilar o plantar del Rogante

Firma del Rogado

C.C. N°

C.C. N°

Nombres y apellidos del vacunador: Jenifer Yulieth Caberas Meneses

Firma Jenifer Caberas Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 1126446069

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFD

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.

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

CONSTRUCCIÓN PÚTUMAYO 2020 2023

JINA A. BELALCAZAR FLOREZ
Gerente

Servimos con amor

CARNET RIAS **PRIMERA INFANCIA**

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



Nombres y apellidos: Noha Joaquin Martinez Quintero

Doc. de identidad: 1122343979 EPS: Enmsanar

Teléfono: 3209902143 Domicilio:

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

Liliana Maribel Cordoba
HIGIENISTA ORAL
Res 00493 de 2011

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 Aloha Joaquin Martinez Galindez, identificado (a) con documento de identidad número 1.122.343.979, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	✓	Audios	✓	Videos	✓	Otros datos personales	

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Serayda Yurani Galindez S., quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1.122.342.014, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	✓	Audios	✓	Videos	✓	Otros datos personales	

La autorización comprende:

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

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

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

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

Suscriben:

Firma: Yurany Galindez.
Nombre: Serayda Yurany G.
Calidad - Titular: ____ Representante legal: ____
Teléfono de contacto: 3249629045
Fecha: 1-04-2025.
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

Noha Joaquin Martinez Galindez
Soraida Yurani Galindez S.
Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Andrea Montenegro
Agente educativa

Huella del niño/niña

"Generamos Desarrollo con Energía"

Vigilado Superservicios

Código de Suscripción	SM_49536 - 9	Pago oportuno hasta:	02-ABR-25	Mes Facturado
Factura Nro.	2037043028 - 90	Suspensión a partir de:	03-ABR-25	MAR/2025

1.Información General

Nombre:	JEZER ELIASIB MARTINEZ ACOSTA	Cédula de ciudadanía 1028005199 2	Último pago	$ 34,830
Dirección:	BARRIO METROPOLITANO	Tuve servicio de energía entre:	19-FEB-25 - 20-MAR-25 (29)	

Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Área	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Código Tarifa	División Geopolitica
SM1	S104	54	1	RESIDENCIAL	URBANA	1	1.7	A	SP	105	SAN MIGUEL

Tipo de Documento	Fecha y hora de Emisión	Fecha y hora de Generación	Medio de Pago	Forma de Pago	Factura Electrónica de Venta
FACTURA DE VENTA	22-MAR-25	22/03/2025 12:00:00 AM	PAGO EN EFECTIVO	PAGO DE CONTADO	EEBP 168297

2.Información Consumo Energía

Componentes de Costo (CU): Generación 527.6001 + Transmisión 49.8467 + Distribución 253.2346 + Comercialización 121.9495 + Pérdidas 70.7833 + Restricción 14.6758 = CU 1038.1 ($/KwH)

2A.Información Medidor

Marca	Serial	Factor Múltiplo
UNI	2000125832	1

2B.Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	2300	2253
Reactiva:		

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

2C.Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh: 47
Consumo Reactiva KVarh:
Costo del consumo $ 48790.7
Tarifa (hasta 173 Kwh): 415.24
Subsidio: % 60 $ -29274.42
Contribución: % $
Sub Total $ 48790.7

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

2D.Consumo Últimos 6 Meses

01-FEB-25	171
01-ENE-25	168
01-DIC-24	177
01-NOV-24	79
01-OCT-24	60
01-SEP-24	132

120

2E.Información Calidad del Servicio

Tel. O.R EEBP: 01 8000 942415
Transformador: SLD115 Grupo: 22
DIUG: 30.24 FIUG: 19 Circuito: C14
Cargo D: 249.0104 Dscto %t: 20
CEC: 0
DIU: 81.9429 FIU: 96
HC: 0 VC: 0
Valor a Compensar: 0

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
100 - ACTIVA SENCILLA MONOMIA	48790.7	0	0	48790.7
200 - SUBSIDIO de 0-173 KWH 60.00%	-29274.42	0	0	-29274.42
210 - AJUSTE A SUBSIDIO	2516.58	0	0	2516.58
520 - AJUSTE A LA DECENA	.14	0	0	.14

5.Información Facturación Consumo de Energia + Conceptos EEBP 22033

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	4037	0	4037

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	
Aseo*	EMPRESA DE ACUEDUCTO,	CRA 36 #10A-20		6000		0	0	0	0	6000

*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

Total EEBP	+	Total Impuesto Alumbrado público	+	Total Aseo y/o Alcantarillado	+	Total Otros Convenios	=	Debo pagar en Total
22033		4037		6000				32070

CUFE: d22c22d9725d17944281 8d87dfa0a5db803a4f2d3f7351457d178cbb5ebcc991ca282217682c15 942df0fbdcabc82da4

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

www.eebpsa.com.co @eebpsaesp /eebpsa

(415)7709998005532(8020)1000203704302899(3900)0000032070(96)20250402

Esta Factura presta Mérito Ejecutivo de acuerdo a las Normas del Derecho Comercial Ley 142 Art. 130
Proveedor Tecnológico: dispapeles S.A.S. NIT 860.028.580-2 Software

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre 24 R/V

Ciudad San Miguel la Dorada.

Nombre completo de la niña o niño Aleha Joaquin Martinez Galindez

Fecha de nacimiento Día 25 Mes 04 Año 2022 **N° Documento de Identidad** 1.122.343.979.

Sexo Masculino ● Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** Día 1 Mes 04 Año 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Andrea Montenegro Arteaga

Fecha de registro cualitativo Día 3 Mes 07 Año 2025

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

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

Observaciones generales

El niño Aleha, Se encuentra en un desarrollo esperado para su edad muestra (actitud) Curiosidad al explorar materiales Sensoriales y Participa en juegos Simbolicos, Se continuara fatalecigndo su independencia, Promoviendo la Seguridad en si mismo y la autonomía en las actividades diarias.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Andrea Montenegro

Fecha de registro cualitativo Día 3 Mes 10 Año 2025

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

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

Observaciones generales

Aleha Martinez Se encuentra en un Perfil esperado teniendo en cuenta que cumple con los Items de Su rango de edad, es un niño que Prepone actividades que le gusta, acepta Sugerencia de los demas' en el juego reconoce que los demas Pueden Sentir emociones y tener Pensamientos.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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

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

Observaciones generales

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

ración tativa ⇨	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	V V V V X	1 2 3 4 5	6 7 8	V V X	6 7 8	9 10 11	V V X	9 10 11	12	12	12	13 14 15 16	V V V X	13 14 15 16	17 18	V X	17 18	19 20 21	V V X	19 20 21	22 23 24 25	22 23 24 X	22 23 24 25	26 27	X V	26 27	28 29 30	X X X	28 29 30	31 32 33 34	V V V X	31 32 33 34	35 36	V X	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	X 7	6 7	8	8	8	9 10	X 10	9 10	11 12	11 12	11 12	13 14	13 14	13 14	15	X	15	16 17	16 17	16 17	18	18	18	19 20	X 20	19 20

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

26
21v

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Noha Joaquin Galindez **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulos 2 **AGENTE EDUCATIVO:** Andrea Montenegro

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)
24-octubre-2025	el niño no asiste a la Unidad de atención Parvulos 2.	Agent educativa realiza llamada telefonica Para Conocer el motivo de la inasistencia del niño, La madre manifiesta que, debido al clima lluvioso el niño Presenta Un Poco de tos y teme que Pueda agravarse ya que Suele afectarle con fuerza, Por tal motivo, decide mantenerlo en Casa Para favorecer Su recuperación	Andrea Montenegro	Yuany Galindez

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
21/10/25	el niño asiste a la Unidad de atención Parvulos 2. apariencia bien de Salud. Se Procede a tomar novedad

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

28 RIV

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Noha Martinez UNIDAD DE ATENCIÓN: Parvulos 2 AGENTE EDUCATIVO: Andrea Montoya

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)
6-octubre-2025	Agente educativa evidencia que el niño tiene higiene Oral Para el 9-octubre-2025	• Agente educativa dialoga. Con la madre de familia dando a conocer que el niño tiene el Proximo higiene Oral el 9-octubre 2025, Se recomienda a la madre de familia acercarse al hospital Para Sacar la cita Madre de familia informa que el niño tiene cita de higiene Oral Para el Martes 7-octubre-2025 a las 3:15 pm. Se anexa el Soporte a la novedad.	Andrea Montoya	Yurany Gallinde2

BIENESTAR FAMILIAR

SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO

7/10/25	Madre de familia informa a la agente educativa. que al niño le realizaron el Procedimiento, asistio a la cita de higiene, Pero no le registraron la fecha en el carnet de higiene Por motivo de que no Se cumplia la fecha Programada. 9 - octubre 2025, debe acercarse al hospital despues de la fecha.
14/10/25	Madre de familia informa que en el dia de hoy Se acercara al hospital, Para que le registren la fecha en el carnet de higiene Oral -Yurany Garlindez
15/10/25	Padre de familia manifiesta que Se dirigio el dia de ayer al hospital Para la constancia de higiene Oral del niño. Y me dijeron que era con horario de 11:30 a 12 y no alcanzo a llegar. Pero en el dia de hoy, Sin falta. Se acercara al hospital nuevamente. Se anexa el Soporte de higiene y Se Procede a Cerrar novedad Yurani Garlindez -Yurany Garlindez

E.S.E. HOSPITAL "JORGE CRISTO" LA DORADA NIT. 810002369-9	RECORDATORIO DE CITA Noa	Código: GAU-FR-009
		Versión: 001
PROGRAMA:	Higiene Oral!	
FECHA:	martes 7- oct.	
HORA:	3:15 pm	
PROFESIONAL:	Liliana	

- **Recuerde estar 30 minutos** antes de la hora de la cita para **FACTURAR**, de lo contrario su cita será **CANCELADA**.
- Para cancelar o reprogramar su cita comunicarse al **3174276879** (de 9:00-11:00 a.m. y de 2:00-4:00 p.m.), WhatsApp (3:00-5:00 p.m.) o de forma presencial (7:00-10:00 a.m)
- Traer el documento de identidad o copia y autorización del servicio cuando se requiera.
- **En Odontología e Higiene Oral: menores de 13 años deben acudir con adulto responsable; de 14 a 17 años sin acompañante, solo se realizará atención de higiene oral**

Mi Prioridad Es Tu Salud