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

Fecha de diligenciamiento: 1 | 04 | 2025

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Tipo de participante: (●) 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: 1.122.343.988

Fecha nacimiento: 8 | 05 | 2022

Nombres: Gisell Sofia

Apellidos: Rivera Ruiz

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: Rural

Barrio:

Vereda: Risaralda

Sector:

Dirección: Dos Cuadras mas arriba de la Cancha Sintética

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: 1.006.788.380

Nombres: Anyi Tatiana

Apellidos: Ruiz Torres

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 5 | 01 | 1996

Correo electrónico: tataruiz1@gmail.com

Número de celular: 3227137146

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: Tatiana Ruiz.

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Andrea Montenegro.

Observaciones:

Fundación Alma de Vida

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO: Giscll Sofia Rivera Ruiz

Nº DOCUMENTO: 1.122.343.988 **TIPO DOCUMENTO: RC** X **CC** __ **OTRO** __

FECHA DE NACIMIENTO: 8-05-2022 **EDAD:** 2A. 10M

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.1 **EPS:** Emssanar **RÉGIMEN (C)** __ **(S)** X

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

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

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

NOMBRE DE LA MADRE: Anyi tatiana Ruiz Tanes

Nº CÉDULA: 1.006.788.380 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Miguel (Ca Dnada).

NOMBRE DEL PADRE: Wagner Rivera Gonzalez

Nº CÉDULA: 1.085.939.510 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Miguel.

Nº DE CELULAR: 3227137146

NOMBRE DEL ACUDIENTE: Anyi Tatiana Ruiz Tanes

Nº CÉDULA: 1.006.788.380 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** _____

DIRECCIÓN VIVIENDA: V/ Nueva Esperanza **ZONA POBLACIONAL: (R)** X **(U)** __

NUMERO DE CELULAR 3227137146

Anyi tatiana Ruiz — **FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE**

Andrea Montenegro — **NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO**

3

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: **N** 1573647

NUIP 1.122.343.988

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos

RIVERA RUIZ GISELL SOFIA

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)										Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año	2	0	2	2	Mes	M	A	Y	Día	0 8	FEMENINO	O +

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA PUTUMAYO PUERTO ASIS

Fecha de Inscripción (Mes en letras)										Indicativo serial
Año	2	0	2	2	Mes	M	A	Y	Día	1 6	0061322520

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos

RUIZ TORRES ANYI TATIANA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.006.788.380	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos

RIVERA GONZALEZ WAGNER

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.085.939.510	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos

RUIZ TORRES ANYI TATIANA

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 1.006.788.380

Espacio para notas

VALIDO PARA TRAMITES LEGALES Y CIVILES

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

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

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)										Nombre y firma del funcionario
Año	2	0	2	2	Mes	M	A	Y	Día	1 6	ROY EDISON CALLE QUIRAMA

Registrador del Estado Civil

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
30518938-7

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.006.788.380**

RUIZ TORRES
APELLIDOS

ANYI TATIANA
NOMBRES

Angie Tatiana Ruiz
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **05-ENE-1996**
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

27-JUN-2014 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-6401800-00618127-F-1006788380-20140903 0039832533A 1 41680075

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: **26/03/2025**

Ficha: **86757012478200000129**

A1

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: **GISELL SOFIA**

Apellidos: **RIVERA RUIZ**

Tipo de documento: **Registro civil**

Número de documento: **1122343988**

Municipio: **San Miguel**

Departamento: **Putumayo**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **24/11/2017**

Última actualización ciudadano: **06/06/2022**

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	1122343988
NOMBRES	GISELL SOFIA
APELLIDOS	RIVERA RUIZ
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	08/05/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	12/04/2025 17:36:05	**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 1122343988
Apellidos:	RIVERA RUIZ
Nombres:	GISELL SOFIA
Ficha Sisben:	86757012478200000129
Nivel Sisben:	Nivel I
Grupo Sisben	A01
Tipo de discapacidad:	Ninguna
Plan de salud:	Régimen Subsidiado
Estado de servicio:	Vigente
Fecha de Afiliación:	08/05/2022
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 26 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: GISELL SOFIA	Apellidos: RIVERA RUIZ
Fecha de nacimiento: 08 DÍA | 05 MES | 2022 AÑO	Historia Clínica: 1122343988
Barrio/Vereda: B/ AGUSTIAG.	Responsable del niño:
Teléfono:	EPS: 118

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
18-07-22	6,1	58	41	15		18-08-22	
17-03-23	9,4	74	46	15	17,2	09-05-23	
12-07-23	10	76	47	14	17.8	12-11-23	
20-11-23	10.7	78.5	47.5	15	16.6	08-05-23	
24/05/24	12	83	49	15	17.4	08/05/25	
13-Nov-24	12,5	90	47	14	15,4	08-05/2025	
04-06-25	14.2	94	50	16	16.1	08-05-2026	

35

01

Perímetro Cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)

Perímetro cefálico (cm)

Meses
Nacimiento
1 año
2 años
3 años
4 años
5 años

Edad (en meses y años cumplidos)

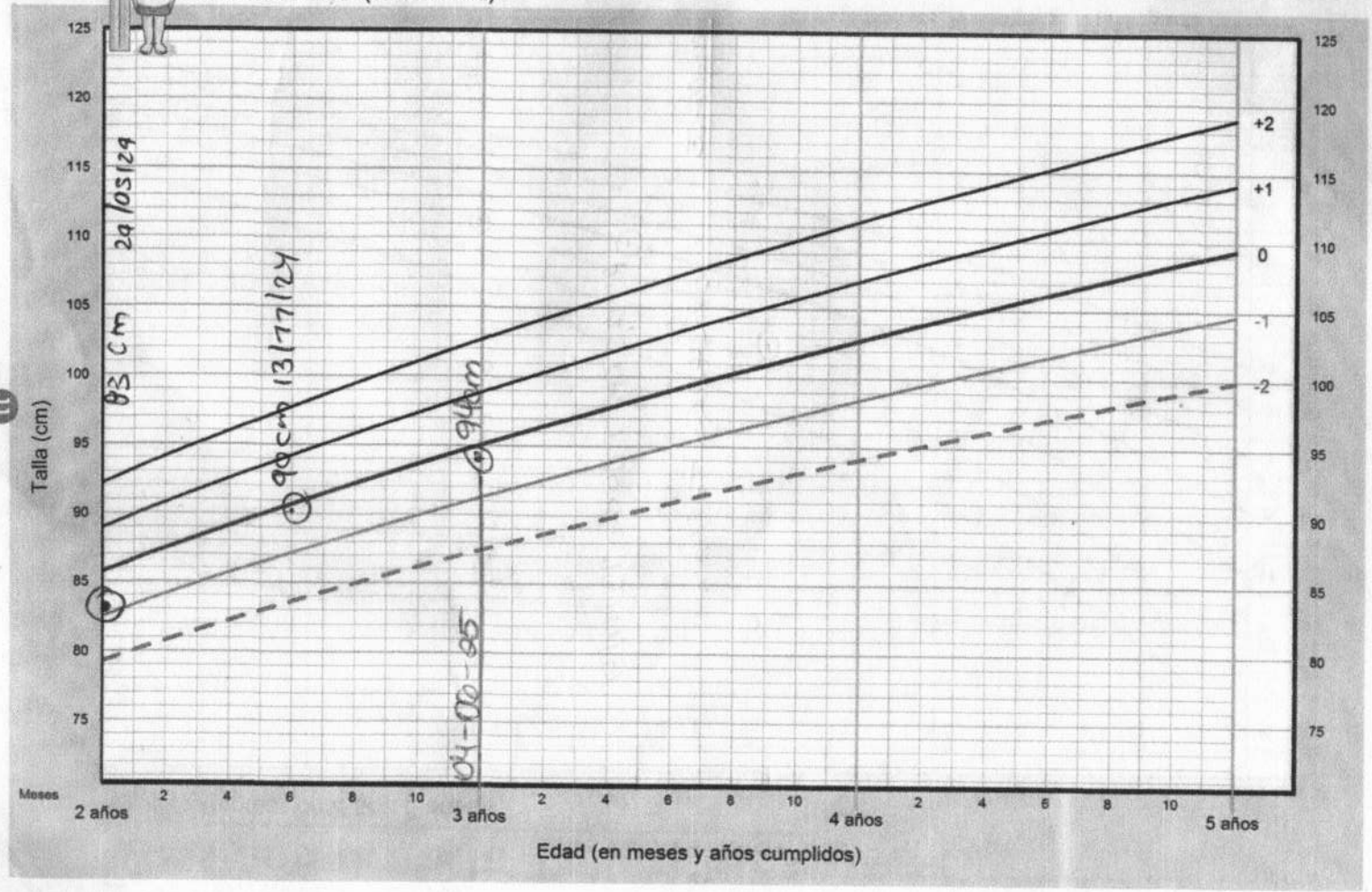
41cm (08-07-22)
04/10/22
17-03-23
46 cm
12/07/23
47 cm.
20/11/23
42,5 cm
24/05/24
49 cm
47cm 13/11/24
04-06-25
50cm

-2 -1 0 +1 +2



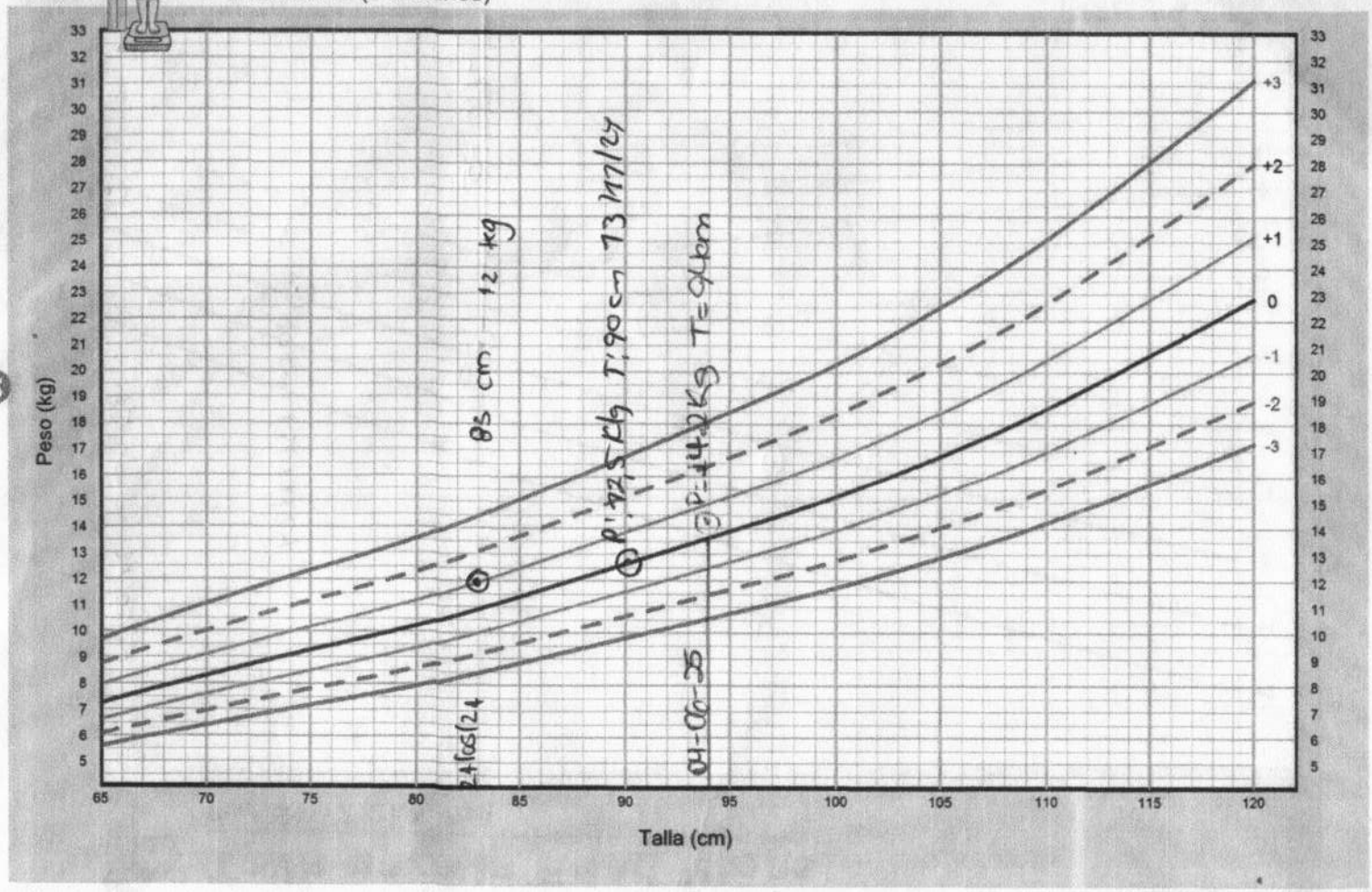
Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



Peso para la Talla Niñas

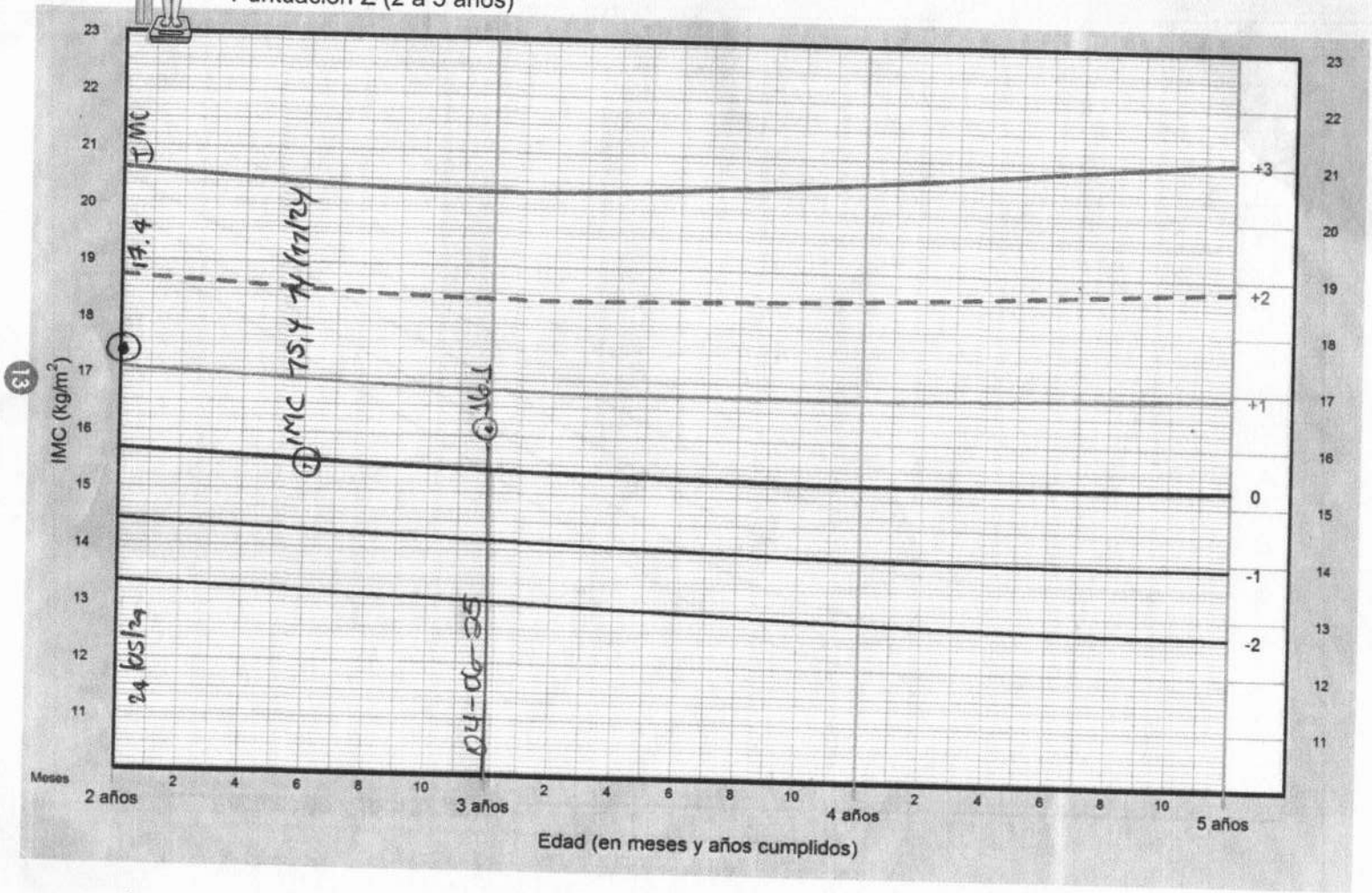
Puntuación Z (2 a 5 años)



13

IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



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

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO								
Resulado Tamizaje Neonatal	TSH neonatal	Normal		Alterado				
	Auditivo OEA/PEAA	Normal		Alterado				
	Cardipopatía 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			

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

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: Gisell Sofia Rivera

Fecha de nacimiento: 08-05-2022

Nº de certificado de nacido vivo:

Registro civil: 1122343988

Sexo: Femenino

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: 3070 Talla: 48

Dirección:

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Responsable: Any. Tatiana Ruiz

Municipio de residencia: San miguel

Departamento: Putumayo

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 meníngea (BCG)	Única	08	05	22	Serum	03708A0948	Clinica Putumayo	08	09	22	Conda
	Hepatitis B	Recién nacido					0320X0171D					
2 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Poliomielitis (VIP)	1.ª	18	07	22	Serum	212100 6					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	18	07	22	Serum	285049 3 8 D	Hospital Fronterizo la Dorada				Paula B
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª	18	07	22	Serum	285049 3 8 D					
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	1.ª	18	07	22	Serum	285049 3 8 D					
	Diarrea por rotavirus	1.ª	18	07	22	GSK	ADOICS 9 Z AF.					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	18	07	22	GSK	ASPNB342 A ff.					
4 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Poliomielitis (VIP)	2.ª	26	09	22	Serum	2141000 3					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	26	09	22	Biclos	28S1Y011A.	HFLD	cita. 26 NOV 2022			Daniela Casanova Tec. Sup. en Enfermeria CC No 1047728227
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª	26	09	22	serum	1111111111					
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	2.ª	26	09	22							
	Diarrea por rotavirus	2.ª	26	09	22	GSK	ARO ICS SAA					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	26	09	22	GSK	ASPNB342A.					
6 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Poliomielitis (VIP)	3.ª	02	01	23	Biological	2141014	HFLD	CITA! 08-MAYO 2023.			Paula C. Edoardo Piel V.
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	02	01	23	Serum	2851 4022A					
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª	02	01	23	Serum	2851 4022A					
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	3.ª	02	01	23	Serum	2851 4022A					
	Influenza estacional	1.ª	09	08	23	Green	V505230071					
7 meses	Influenza estacional	2.ª		cita	09 Sep 2023							
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	09	03	23	Serum.	0131W071D	HFLD				
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	09	03	23	Pfizer.	IRG89D	HFLD				
	Varicela	2.ª	09	03	23	Merck	W03280 4	HFLD A				
	Hepatitis A	Única	09	08	23	MSD.	20226015	HFLD.				
	Influenza estacional	Anual										
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.er refuerzo	20	09	24	Biological	2230003	HFLD				
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.er refuerzo	20	09	24	Serum	2223X0138A	HFLD				
	Fiebre amarilla	Única	09	08	23	Sanofi.	N3V21.	HFLD				
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª	20	09	24	serum	0132NO74A	HFLD				
	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

NO SE APLICA VACUNA DE VARICELA PORQUE EL INFANTE SOLO VA A CUMPLIR 6 MESES HASTA 1 AÑO 11 MESES 29 DIAS. VACUNACION PAI.

76
21

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 dorada FECHA: DÍA 31 MES 03 AÑO 25 HORA:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Gisell Sofia APELLIDOS Rueda Ruiz

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ NÚMERO: 1122 343988

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 08 MES: 05 AÑO: 2022 / EDAD: 2 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE 118

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

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

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

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

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

EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD

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

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

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

Firma de la persona: Anui tatiana Ruiz Torres

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

Nombres _____ Apellidos _____

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

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: Eduard IB

Firma

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1004768431

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFID

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.

	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
ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico													
	Atención en salud por medicina general													
	Atención en salud por enfermería													
	Atención en salud bucal por odontología									17-Nov 2023				
	Promoción y apoyo de la lactancia materna											01-10-2025 01-10-2026		
ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de fluor									X 31-03-2025				
	Profilaxis y remoción de placa bacteriana									X 01-10-2025				
	Aplicación de sellantes (según criterio)													
V	Vacunación													

Katherine Rodriguez Bastidas
Odontologa
C.C. 1.087.674.471

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

PC: 17-Mayo-2024.

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 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: Gisell Sofia Rivera Ruiz

Doc. de identidad: 1122343988 EPS: Emssanar

Teléfono: 3227137146 Domicilio: V/Nueva rasarada.

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 Gisell Sofia Rivera Ruiz, identificado (a) con documento de identidad número 1122343.988, 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, Angi Tatiana Ruiz Torres, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1006.788.386 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: -angui tatiana RUIZ torres
Nombre: - tatiana RUIZ
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3227137146.
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

Tatiana Ruiz..
Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Andrea Montenegro
Agente educativa

Safia
Huella del niño/niña



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

"Generamos Desarrollo con Energía"

Vigilado Superservicios

Código de Suscripción	SM 45695-4	Pago oportuno hasta:	07/05/2025	Mes Facturado
Factura Nro	2037111955	Suspensión a partir de:	08/05/2025	ABRIL 2025

1.Información Genera

Nombre:	ALBA NELLY GUEVARA NAVIA	Último pago	$ 37,080
Dirección:	VDA NUEVA RISARALDA	Tuve servicio de energía entre:	18-MAR-2025 - 17-ABR-2025 (30)

Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Área	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Código Tarifa	División Geopolítica
SM1	S103	259	1	RESIDENCIAL	URBANA	1	1.64	AEREA	EMPRESA	105	SAN MIGUEL - 9 DE ABRIL

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	25/04/25	25-APR-25	PAGO EN EFECTIVO	CONTADO	EEBP - 221418 0

2.Información Consumo Energía

Componentes de Costo (CU)*: Generación 554.71 + Transmisión 56.28 + Distribución 265.83 + Comercialización 128.18 + Pérdidas 77.36 + Restricción 23.14 = CU 1105.5 ($/KwH)

2A.Información Medidor

Marca	Serial	Factor Múltiplo
HIK	19919346	1

2B.Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	4247	4169
Reactiva:		

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

2C.Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	78		
Consumo Reactiva KVarh:	0		
Costo del consumo $	86228.99		
Tarifa (hasta 173 Kwh):	442.2		
Subsidio: %	60	$	-51737.4
Contribución: %	0	$	0
Sub Total $	34491.59		

Meses en deuda: 1 % Tasa Interés Moratorio: 0.5

2D.Consumo Últimos 6 Meses

	Mes	Activa	Reactiva
2024	OCTUBRE	94	0
2024	NOVIEMBRE	118	0
2024	DICIEMBRE	89	0
2025	ENERO	91	0
2025	FEBRERO	132	0
2025	MARZO	84	0
	PROMEDIO	**101**	**0**

2E.Información Calidad del Servicio

Tel. O.R EEBP: 01 8000 942415
Transformador: SLD121 Grupo: 22
DIUG: 30.24 FIUG: 19 Circuito: C14
Cargo D: 253.2346 Dscto %t:20
CEC: 85.66
DIU: 98.52 FIU: 105
HC: 14.4 VC: 11
Valor a Compensar: 8677.13

3.Información de Créditos EEBP

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

Gerente General

4.Detalle Conceptos del Servicio de Energía

Conceptos EEBP	Valor Liquidado	Saldo Anterior	Saldo a Favor o Anticipado	Total
ACTIVA SENCILLA MONOMIA	86,228.99	.00	.00	86,228.99
SUBSIDIO	-51,737.40	.00	.00	-51,737.40
AJUSTE A SUBSIDIO	3,365.53	.00	.00	3,365.53
COMPENSACION RES.CREG_015/2018	-8,677.13	.00	.00	-8,677.13
AJUSTE A LA DECENA	-3.99	.00	.00	-3.99

5.Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP 29,176

6.Información Facturación Convenio Impuesto Alumbrado Públi

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	6,104	0	6,104

7.Información Facturación Convenio Aseo y Alcantarillad

Concepto	Empresa	Dirección PQR	USO	Valor Tarifa	Subsidio o Factor Solidario	Cargo Consumo o Variable	Valor Tasa Ambiental	Saldo Anterior	Ajustes/Otros	Valor Total
Alcantarillado				0	0			0		0
Aseo*				6,000	0			0		6,000

*Aseo: Frecuencia Semanal > No Aprovechables: 3 Barrido: 3

8.Información Facturación Otros Convenios

Concepto	Empresa	Dirección PQR y/o Teléfono	Valor Tarifa	Saldo Anterior	Valor Total

Total EEBP	+ Total Impuesto Alumbrado público	+ Total Aseo y/o Alcantarillado	+ Total Otros Convenios	= Debo pagar en Total
29,176	6,104	6,000	0	$ 41,280

IFE: bd830ac04080a46904e343832265943ce5c728bc8f472142de5d8b9c814775745485879fa18e8e20549ec401f97e9540

(415)7709998005532(8020)1000203711195566(3900)0000041280(96)20250521

Paga fácil por Internet en www.eebpsa.com.co/factur
www.eebpsa.com.co @eebpsaesp /eebpsa

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre 23

Ciudad San Miguel La Dorada

Nombre completo de la niña o niño Gisell Sofia Rivera Ruiz

Fecha de nacimiento Día 08 Mes 05 Año 2022 **N° Documento de Identidad** 1.122.343.988

Sexo Masculino ● Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** Día 4 Mes 04 Año 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Andrea Montenegro Arteaga.

Fecha de registro cualitativo Día 2 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

la niña Sofia, disfuta bailar, Compartir con sus compañeros y Participar activamente en juegos de roles, Se continuara fatalecindo los logros alcanzados mediantes experiencias que promuevan Su expresion corporal

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 7 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

Sofia Se encuentra dentro del rango esperado, acorde para su rango de edad. Participan en las actividades Pedagogicas, maneja un lenguaje fluido logrando una Conversacion con Sus compañeros y los adultos.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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

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

Observaciones generales

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

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

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

25
R1V

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Sofia Rivera **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulo 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)
1-diciembre-2025	la niña no asiste a la Unidad de atención Parvulo 2.	Agente educativa realiza llamada telefonica Para Cacagr el motivo de la inasistencia, el cual no se obtuvo respuesta Se deja Un mensaje Via whatsapp Solicitando informacion Madre de familia informa (9:30 am) que la niña Presenta fiebre desde temprano en Casa, bajo Cuidado.	Andrea Montenegro	Angie Tatiana Ruiz Torres

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
2/12/25	la niña asiste a la Unidad de atención Parto 2, aparentemente bien de Salud se Procede a Cerar novedad _Anyi tatiana Ruiz

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

27
RIV

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Sofia Rivera **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)
23-octubre-2025	la niña no asiste a la Ciudad de atencion Parvulos 2	Agente educativa realiza llamada telefonica Para Conocer el motivo de la inasistencia en el cual la madre de familia refiere que Presenta tos con flema y Como esta el clima llueve decide tenerla en Casa	Andrea Montenegro.	- Madre Rivera G.

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
24/10/25	Madre de familia informa a la agente educativa dando a conocer, que el dia de hoy no asistira por motivo de que aun tiene tos y con estos dias llluvias desde tenerla en casa otro dia mas, bajo cuidado y para su pronta recuperación
24/10 2025	Se realiza seguimiento al estado de salud de la menor, en 2 ocasiones se llama via WhapSAPP desde las 10:13 am a 10:14 am, 10:15 am y 10:16 am, como no contesta, se procede a dejar un mensaje de texto en el WhapSAPP, donde se saluda y me presento y dyo que soy la psicologa del CDI, y se pregunta por el estado de salud de la menor y si la ha llevado al hospital, la madre refiere en mensaje de texto "pues esta con tos, con flema ya le maduro la gripa esta mejor y no al hospital no la e llevado". Procedo a recomendarla llevarla al hospital y tener los cuidados en casa para la pronta recuperación de sofia.
27/10/25	la niña asiste a la Unidad de atencion Darwin 2 con el Padre de familia aparentemente bien de salud, se Dictede a tenor nutricional -WAGNER RIVERA G.

29
RIV

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Sofia Rivera **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)
21-octubre-2025	la niña no asiste a la Unidad de atencion Parvulos 2	Agente educativa realiza llamada telefonica Para Conocer el motivo de la inasistencia, alcual la madre de familia refiere que Presenta tos con flema	Andrea Montenegro	-Wagner Rivera G.

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
22/10/25	La niña asiste a la Unidad de atención Parvulos 2, aparentemente bien de Salud, Se Procede a Cenar navidad WAGNER RIVERA G.

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Gisell Sofia Rivera R. 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)
14-octubre-2025	la niña no asiste a la Unidad de atencion Parvulos 2.	Agente educativa realiza llamada telefonica Para conocer el motivo de la inasistencia, el cual refiere que la niña Presenta tos y por el clima, decide tenerla en casa.	Andrea Montenegro	-Wagner Rivera G.

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
15/10/25	Madre de familia informa que el dia de hoy, la niña no asistira Por motivo de que aun tiene tos, y le esta Suministrando el medicamento Eurofarma Para Su recuperación. -WAGNER RIVERA G.
16/10/25	el dia de hoy la niña asiste a la Unidad de atencion Parvulos 2, con el Padre de familia quien firma la novedad. y Se anexa el Permiso Por escrito de Salud, Se Procede a Cerrar novedad. -WAGNER RIVERA G.