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: 1.122344007

Fecha nacimiento: 24 | 04 | 2022

Nombres: Keidy Shalyn

Apellidos: Maralla Pantoja

Presenta discapacidad? ( ) Sí (●) No

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

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

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

Seleccione la que aplique: ( ) Afrocolombiano ( ) Indígena ( ) No se autorreconoce ( ) Comunidad neg ( ) 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: Alvera Lisaralda

Sector:

Dirección: Salida San Carlos al lado de la metalica de don Nel

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: 1006787.923

Nombres: Nardy

Apellidos: Pantoja.

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 7 | 04 | 1996

Correo electrónico: lcsmontenegro@cmariana.edu.co

Número de celular: 3143943697

Número de fijo:

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

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

Nombre y Firma del padre, madre y/o cuidador: Nardy Pantoja

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: Keidy Shailyn Marallo Pantoja

Nº DOCUMENTO: 1122344007 **TIPO DOCUMENTO:** RC X CC__ OTRO__

FECHA DE NACIMIENTO: 24-04-2022 **EDAD:** 2. A- 11 M

LUGAR DE NACIMIENTO: Puerto Asis

NOMBRE DE LA UDS: CDI Fronteras de Paz

CODIGO UDS: 86751126972 **BARRIO/VEREDA:** B/ 7 Agosto

FECHA DE INGRESO: 01-04-2025 **FECHA DE RETIRO:**

SISBEN: A3 **EPS:** Emmsanar **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: Maibel Pantoja Muñoz

Nº CÉDULA: 1006787923 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Miguel la Orada

NOMBRE DEL PADRE: Jhoan Sebastian Marallo G.

Nº CÉDULA: 1117 487.792 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Caqueta

Nº DE CELULAR: 3143943697

NOMBRE DEL ACUDIENTE: Elaira Muñoz

Nº CÉDULA: 34.360.226 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Bolivar

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

NUMERO DE CELULAR 3124433135

Norelly Pantoja. — **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** 1573669

NUIP 1.122.344.007

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos

MARCILLO PANTOJA KEIDY SHERLYN

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)										Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año	2	0	2	2	Mes	A	B	R	Día	2	4	FEMENINO	A +

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	J	U	N	Día	0	7	0061322541

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos

PANTOJA MUÑOZ NORELY MARBEL

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.006.787.923	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos

MARCILLO GONZALEZ JHOAN SEBASTIAN

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.117.487.792	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos

MARCILLO GONZALEZ JHOAN SEBASTIAN

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 1.117.487.792

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 J U N Día 0 7

Nombre y firma del funcionario

ROY EDISON CALLE QUIRAMA

Registrador del Estado Civil

Adhesivo Copia Registro Civil

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL **30518993-4**

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.006.787.923
PANTOJA MUÑOZ
APELLIDOS

NORELY MARBEL
NOMBRES

Norely Pantoja.
FIRMA





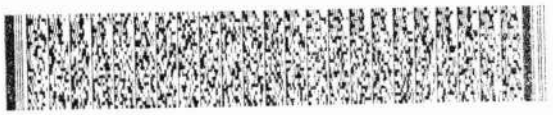
FECHA DE NACIMIENTO 07-ABR-1996
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.47 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

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

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



P-4401800-00618127-F-1006787923-20140903 0039832507A 1 4150000

Acudiente
(Abuela)



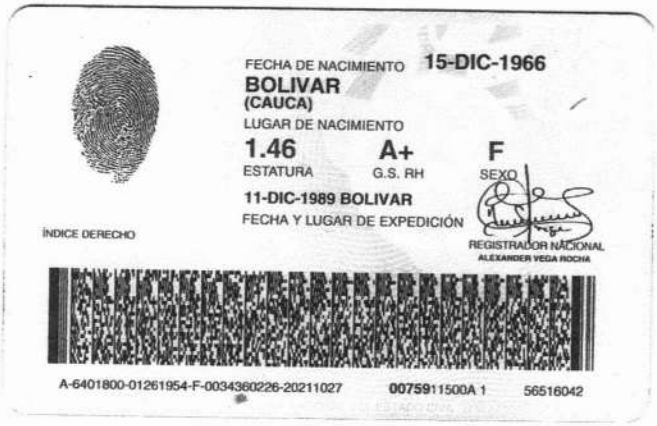
REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 34.360.226
MUÑOZ

APELLIDOS
ELCIRA

NOMBRES
Elcira Muñoz

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 15-DIC-1966
BOLIVAR
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.46 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO
11-DIC-1989 BOLIVAR
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
ÍNDICE DERECHO
A-6401800-01261954-F-0034360226-20211027 0075911500A 1 56516042

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta:	26/03/2025
Ficha:	86757005479900000074

A3

GRUPO SISBÉN IV

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: KEIDY SHERLYN

Apellidos: MARCILLO PANTOJA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122344007

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:	15/11/2017
Última actualización ciudadano:	13/06/2022
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

A1→A5	B1→B7	C1→C18	D1→D21
Pobreza extrema	Pobreza moderada	Vulnerabilidad	Ni pobre ni vulnerable

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	1122344007
NOMBRES	KEIDY SHERLYN
APELLIDOS	MARCILLO PANTOJA
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	15/06/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	12/04/2025 17:40:51	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado

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 1122344007
Apellidos:	MARCILLO PANTOJA
Nombres:	KEIDY SHERLYN
Ficha Sisben:	86757005479900000074
Nivel Sisben:	Nivel I
Grupo Sisben	A03
Tipo de discapacidad:	Ninguna
Plan de salud:	Régimen Subsidiado
Estado de servicio:	Vigente
Fecha de Afiliación:	15/06/2022
Departamento de Afiliación:	PUTUMAYO
Municipio de Afiliación:	SAN MIGUEL
Zona:	Rural - Dispersal

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: Keidy Sherlyn	Apellidos: Morcillo Pantoja
Fecha de nacimiento: 2 DÍA / 01 MES / 23 AÑO	Historia Clínica: 1.122.344.007
Barrio/Vereda: Esmeralda	Responsable del niño: MADRE Pantoja Norely
Teléfono: 3124433135	EPS: ensanar

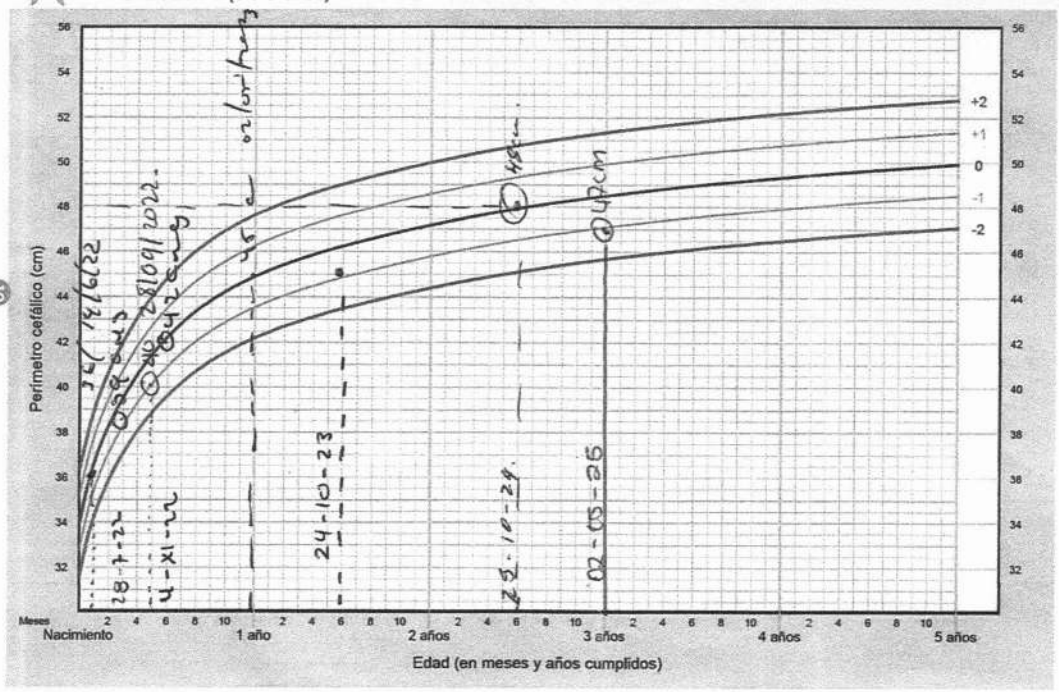
CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIO SI	ASISTIO NO
24	06.	2022	ENF.		
29	09	1022	Medico	✓	
24	10	2022	Medico	Si	
24	Febrero	2023	Enfer.		
24	04	2023	Ent	Si	
24	10.	2024	Mad	Si	
24	04	2025	Enf.	Si	
24	04	2026	Med. Jefe	Si	

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
17/04/22	3.8kg	50cm	36cm	11.	15.2	24/06/22	M vito.
28-7-22	5355	53	39	14	19	28-09-22	vidal citado.
28-09-22	6.5kg	61	90	16	17,5	24-10-22	
4-11-22	6360	62	42	16	17,1	24-2-23	vidal citado.
01/03/23	7	66.	45	14	16,1	24/10/23	
24/10/23	7.5	73	45	14	14.1	24-04-24	
25/04/24	10	79	47	14	16	24/10/24	
27/10/24	11kg	83cm	48cm.	11cm.	16cm	24-04-25	Dep. Eduar.
02/05/25	13	91	47	15	15.7	24-04-26	

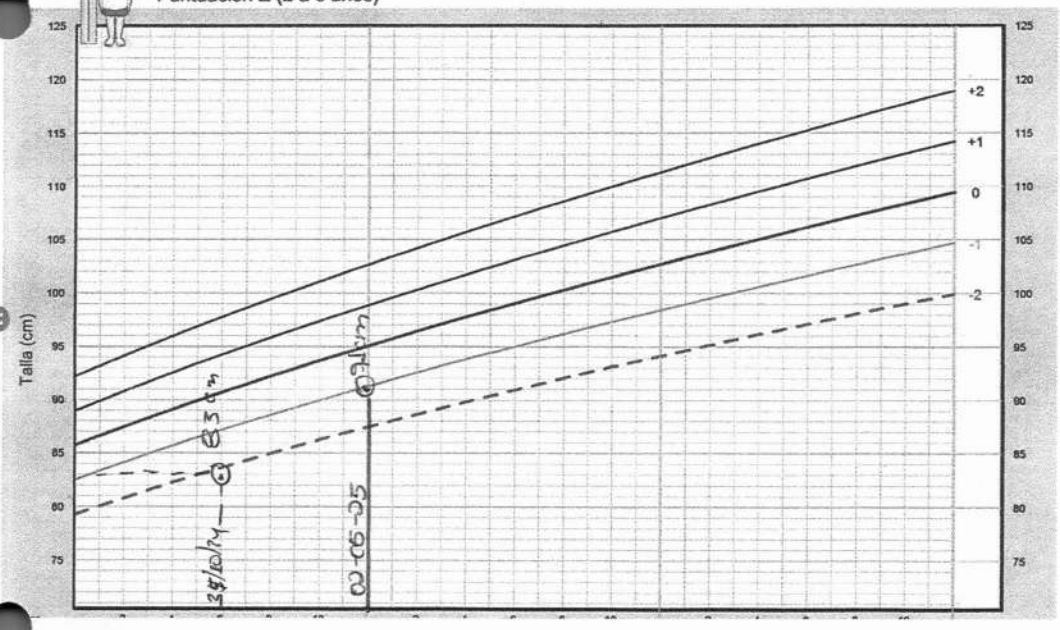
Perímetro Cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)



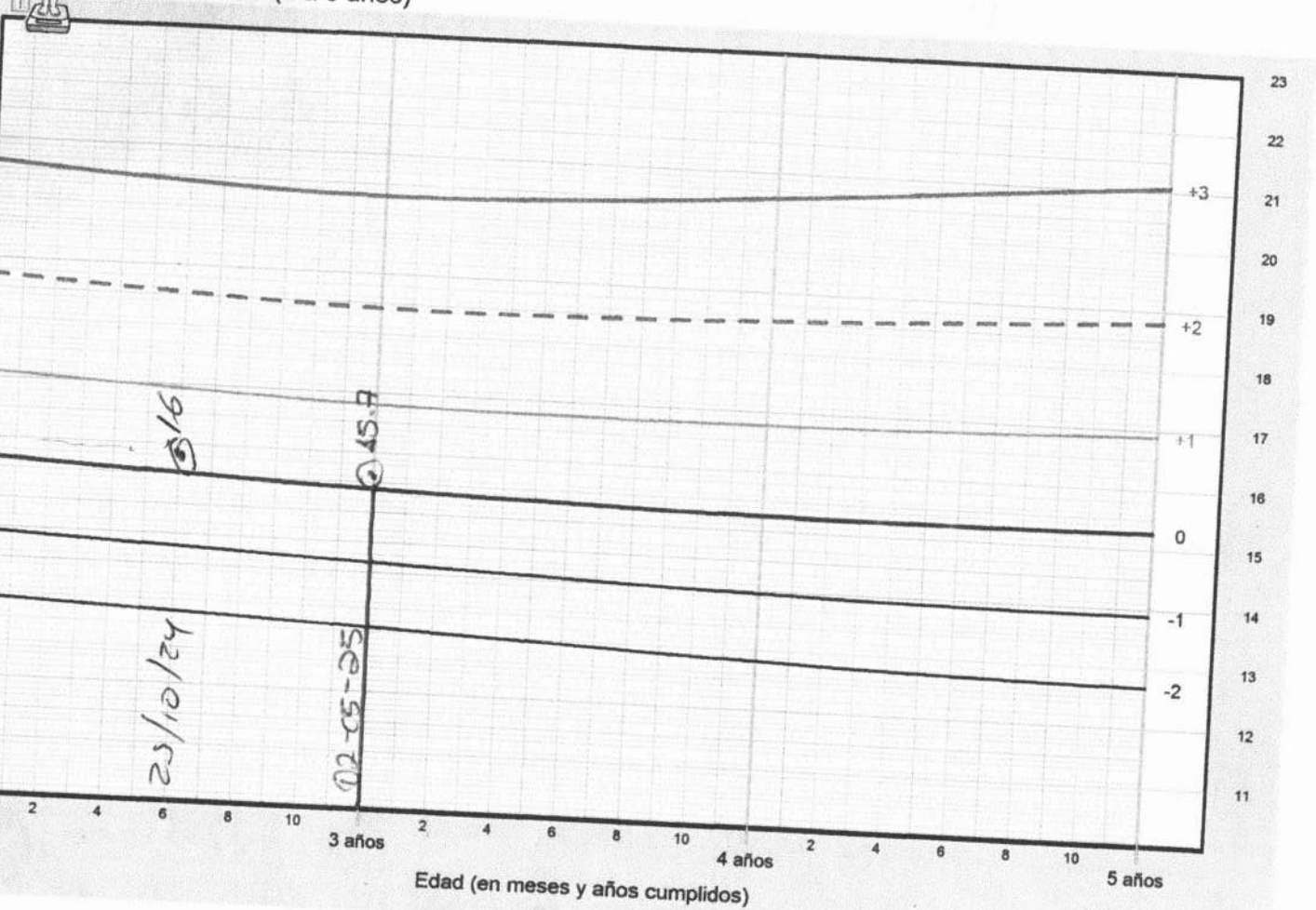
Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



IMC para la Edad Niñas

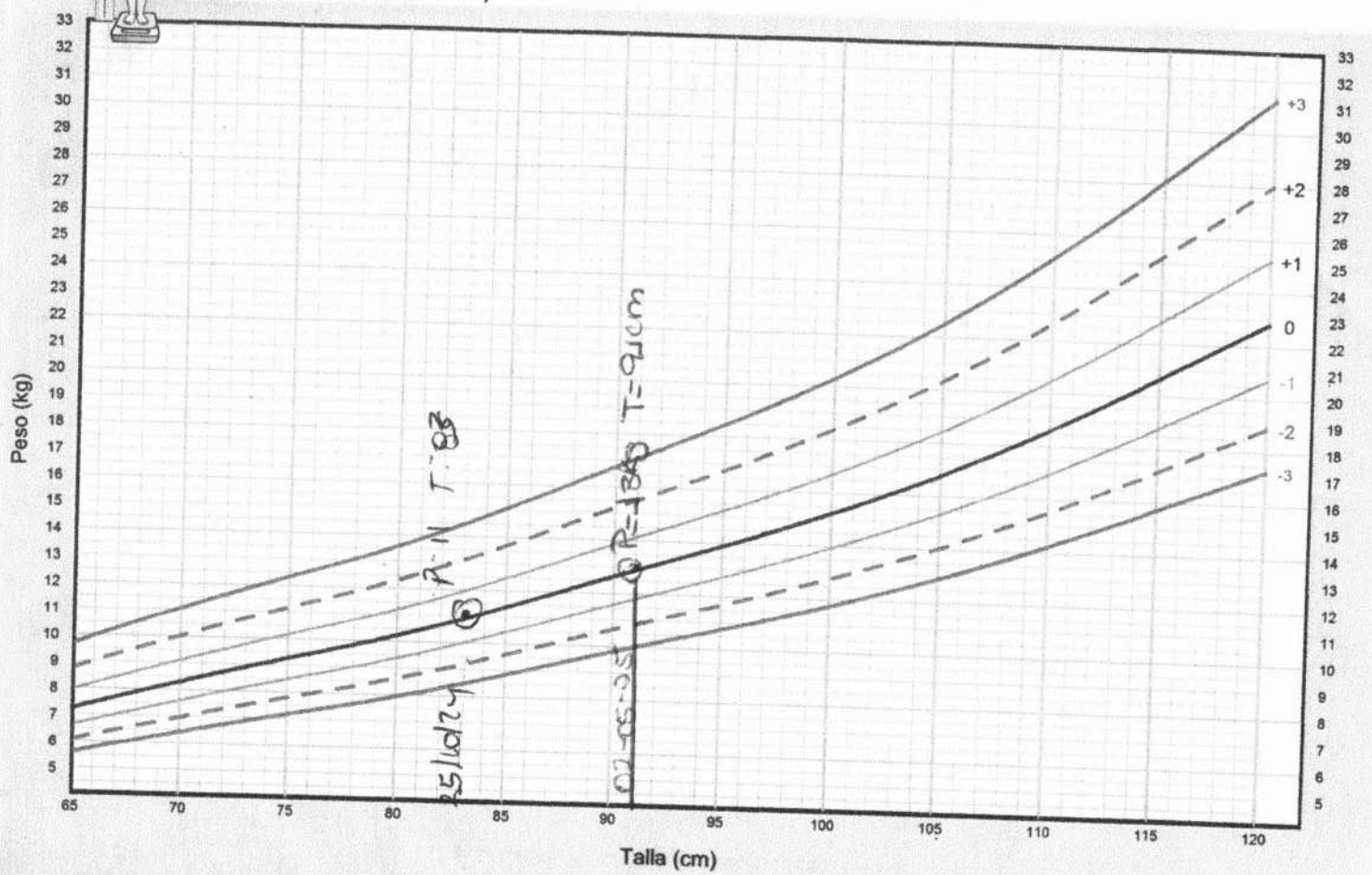
Puntuación Z (2 a 5 años)





Peso para la Talla 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					
	Cardiopopatía 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

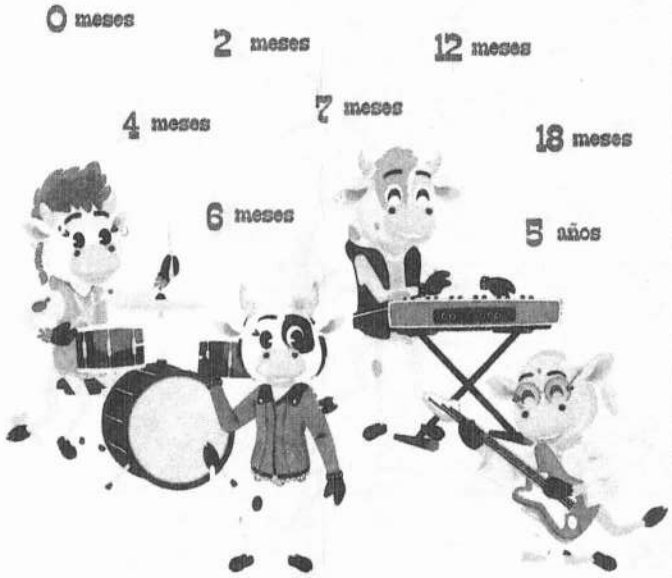
3 años					
4 años					
5 años					

*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: Keidy Sherlyn Marcillo

Fecha de nacimiento: 24-04-2022

Nº de certificado de nacido vivo:

Registro civil: 1122394007

Sexo: Femenino

Grupo sanguíneo: A positivo

Peso al nacer: 2520 Talla: 46

Dirección:

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Responsable: Norely Maibel Pantoja

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:**

15

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién nacido						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	25	04	22	Serum Serum	037 0MA 0 4 0	Clinica Asturias	25	06	22	Conda Conda
	Hepatitis B	Recién nacido	25	04	22		032 07 0 1 7 D					
2 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Poliomielitis (VIP)	1.ª	07	07	2022	Serum	211 5 0 0 6					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	07	07	2022	Serum	285 0 4 0 3 8 D	Hospital Fronteriza Dorada				Karen Achicanoy
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª	07	07	2022	Serum	285 0 4 0 3 8 D					
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	1.ª	07	07	2022	Serum	285 0 4 0 3 8 D					
	Diarrea por rotavirus	1.ª	07	07	2022	65K	AR0 I C 8 9 2 AF					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	07	07	2022	65K	AS P N BB 3 8 K A					
4 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Poliomielitis (VIP)	2.ª	01	09	2022	Serum	211 5 0 0 4		cita			
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	01	09	2022	Serum	285 0 4 0 3 8 D	Hospital Fronteriza Dorada	07/Sept/2022			Karen Achicanoy
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª	01	09	2022	Serum	285 0 4 0 3 8 D					
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	2.ª	01	09	2022	Serum	285 0 4 0 3 8 D					
	Diarrea por rotavirus	2.ª	01	09	2022	65K	AR0 I C 8 9 2 AF					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	01	09	2022	65K	AS P NB 3 3 8 K A					
6 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Poliomielitis (VIP)	3.ª	16	01	23	Biolo	211 0 4		cita			
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	16	01	23		285 1 4 0 2 2 A	HFLD	1/NOV/2022			Paula Cobaleda
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª	16	01	22	Serum	1 1 1 1 1 1 1 1					
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	3.ª	16	01	23							
	Influenza estacional	1.ª	12	07	23	Green	US 0 5 2 3 0 0 1	HFLD HTFD	cita 24			Paula C
7 meses	Influenza estacional	2.ª	12	08	23	Green	US 0 5 2 3 0 0 M					
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	12	07	23	Serum	0 M 3 1 N 0 1 1 A		Abril 2023.			
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	12	07	23	GSK	FR 4 8 9 5	HFLD				Paola
	Varicela	2.ª	12	07	23	Merck.	W0 3 1 6 5 7					
	Hepatitis A	Única	12	07	23	MSD	W0 0 0 5 1 4	HTFD				Sagrario
	Influenza estacional	Anual	25	04	24	Bioteknan.	24 0 0 9 2 9 8 0					
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.er refuerzo	16	01	24	Serum	225 3 0 0 5 A	HFLD	CITA: 12-AGOSTO 2023.			Jennifer C
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.er refuerzo	16	01	24	Serum.	285 1 X 0 4 0 C	HFLD				Jennifer C
	Fiebre amarilla	Única	12	07	23	Fiocruz	L L2 0 F C 0 4 3 A	HTFD				Paola
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª	16	01	24	Serum	0 7 3 2 N 0 4 8 B	HFLD	CITA: 16-ENERO 2024.			Jennifer C
	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.

Cita a los 5 años

Busca y lee las vacunas

16
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 21 MES 04 AÑO 25 HORA: 2:10 PM

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Keidy Gheylyn APELLIDOS Marcillo Pantoja.

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1.122.344.007

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 24 MES: 04 AÑO: 2022 EDAD: 2. años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Emssanar Tel: 3124433135

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: Norely Pantoja

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

Nombres Norelly Apellidos Pantoja.

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1006787923

Firma: Norely Pantoja.

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 _____

Firma del Rogado

Huella dactilar o plantar del Rogante

C.C. N° _____

C.C. N° _____

Nombres y apellidos del vacunador: Jeniffer Caberes Meneses

Firma Jeniffer Caberes Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 1126446069

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFCD

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

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: Keidy Shalyn Marallo

Doc. de identidad: RC 1122344007 EPS: Emssanar

Teléfono: 3143943697 Domicilio: N. Risaralda

		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							18-08-23 18-Feb-24 05-Sep-2024		18-09-24	04-2025 10-2025	02-10-2026 02-04-2026		
		Profilaxis y remoción de placa bacteriana									18-03-25				
		Aplicación de sellantes (según criterio)													
	V	Vacunación													

Valentina Gutiérrez Torrijo
Odontóloga
T.P. 1004358396

Liliana Maribel Cordoba
HIGIENISTA ORAL
Res. 00493 de 2017

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 Kerdy Shalyn Maralla Pantoja., identificado (a) con documento de identidad número 1.122.344003 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, Mabel Pantoja Muñoz., quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1006787923 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: Norely Pantoja.
Nombre: Norely Pantoja.
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3143943697
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

- ELIRA MUÑOZ
Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Andrea Montenegro
Agente educativa

Huella del niño/niña

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

"Generamos Desarrollo con Energía"

Vigilado Superservicios

Código de Suscripción	SM 11519-9	Pago oportuno hasta:	INMEDIATA	Mes Facturado
Factura Nro	2037145346	Suspensión a partir de:	INMEDIATA	MAYO 2025

1.Información Genera

Nombre:	DORIS MARIA HONOS	Último pago	$ 177,100
Dirección:	BR 9 DE ABRIL	Tuve servicio de energía entre:	17-ABR-2025 - 17-MAY-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	274	2	RESIDENCIAL	URBANA	1	.8	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	26/05/25	26-MAY-25	PAGO EN EFECTIVO	CONTADO	EEBP - 256096

2.Información Consumo Energía

Componentes de Costo (CU): Generación 408.27 + Transmisión 62.2 + Distribución 269.61 + Comercialización 126.87 + Pérdidas 59.16 + Restricción 43.58 = CU 969.7 ($/KwH)

2A.Información Medidor

Marca	Serial	Factor Múltiplo
HIK	16270922	1

2B.Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	4507	4358
Reactiva:		

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

2C.Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	149	
Consumo Reactiva KVarh:	0	
Costo del consumo $	144485.3	
Tarifa (hasta 173 Kwh):	555.64	
Subsidio: % 42.7	$	-61690.46
Contribución: % 0	$	0
Sub Total $	82794.84	

Meses en deuda: 2 % Tasa Interés Moratorio: 0.5

2D.Consumo Últimos 6 Meses

	Mes	Activa	Reactiva
2024	NOVIEMBRE	115	0
2024	DICIEMBRE	119	0
2025	ENERO	115	0
2025	FEBRERO	115	0
2025	MARZO	156	0
2025	ABRIL	94	0
	PROMEDIO	119	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: 265.8314 Dscto %t:20
CEC: 94.77
DIU: 94.29 FIU: 103
HC: 2.78 VC: 5
Valor a Compensar:

3.Información de Créditos EEBP

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

Gerente General

AVISO DE SUSPENSION

4.Detalle Conceptos del Servicio de Energía

Conceptos EEBP	Valor Liquidado	Saldo Anterior	Saldo a Favor o Anticipado	Total
ACTIVA SENCILLA MONOMIA	144,485.30	35,843.82	.00	180,329.12
SUBSIDIO	-61,690.46	.00	.00	-61,690.46
AJUSTE A SUBSIDIO	2,206.90	2,206.90	.00	4,413.80
RECARGO POR MORA	190.27	.00	.00	190.27
AJUSTE A LA DECENA	3.99	3.28	.00	7.27

5.Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP 123,250

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	7,274	11336	18,610

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*				12,000	0			12,000		24,000

*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
123,250	18,610	24,000	0	$ 165,860

IFE: 62cf46521fcbdd4a9716e987bc2dfbe9776595b16338a8614d72b91d2cc3ab835d972a3123e31438c500b611b5f78e8b

(415)7709998005532(8020)1000203714534666(3900)0000165860(96)20250623

Pago 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 R1

Ciudad San Miguel la Dorada

Nombre completo de la niña o niño Keidy Sherlyn Marcillo Pantoja

Fecha de nacimiento 24 04 2022 **N° Documento de Identidad** 1.122.344.007

Sexo Masculino ○ Femenino ⊗ **Fecha de 1er día de atención en el año** 14 04 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Andrea Montenegro

Fecha de registro cualitativo Día 2 Mes 07 2025

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

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

Observaciones generales

Muesha interes pa las actividades artisticas como pintar; asi Como pa los cuentos y las canciones.; Se continuara fatalecien do los logros alcanzados a haves de propuestas ludicas.

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 2 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 Keidy Se encuentra dentro del rango esperado Para su edad ha mostrado avances en Su Comunicacion expresando con mayor Claridad Sus necesidades e intereses. Se continuara fatalecienda Su independencia a haves de experiencias Cotidianas, Como las rutinas diarias y el juego.

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	①②③	①②③	①②③	④⑤	④⑤	④⑤	⑥⑦	⑥⑦	⑥⑦	⑧⑨	⑧⑨	⑧⑨	⑩	⑩	⑩	⑪⑫⑬	⑪⑫⑬	⑪⑫	⑭⑮	⑭⑮	⑭⑮	⑯⑰⑱	⑯⑰⑱	⑯⑰⑱	⑲⑳㉑㉒	⑲⑳㉑㉒	⑲⑳㉑㉒	㉓	㉓	㉓	㉔	㉔	㉔	㉕	㉕	㉕
6 meses y 1 día a 12 meses	①②	①②	①②	③④	③④	③④	⑤⑥⑦⑧	⑤⑥⑦⑧	⑤⑥⑦⑧	⑨⑩	⑨⑩	⑨⑩	⑪⑫⑬⑭	⑪⑫⑬⑭	⑪⑫⑬⑭	⑮⑯⑰⑱	⑮⑯⑰⑱	⑮⑯⑰⑱	⑲⑳㉑	⑲⑳㉑	⑲⑳㉑	㉒	㉒	㉒	㉓㉔㉕㉖	㉓㉔㉕㉖	㉓㉔㉕㉖	㉗㉘	㉗㉘	㉗㉘	㉙㉚㉛	㉙㉚㉛	㉙㉚㉛	㉜㉝	㉜㉝	㉜㉝
1 año y 1 día a 2 años	①②	①②	①②	③④⑤	③④⑤	③④⑤	⑥⑦⑧	⑥⑦⑧	⑥⑦⑧	⑨⑩	⑨⑩	⑨⑩	⑪⑫	⑪⑫	⑪⑫	⑬⑭	⑬⑭	⑬⑭	⑮⑯	⑮⑯	⑪⑯	⑰⑱⑲	⑰⑱⑲	⑰⑱⑲	⑳㉑	⑳㉑	⑳㉑	㉒㉓	㉒㉓	㉒㉓	㉔	㉔	㉔	㉕㉖	㉕㉖	㉕㉖
2 años y 1 día a 3 años	①②③	①②③	①②③	④⑤	④⑤	④⑤	⑥⑦⑧	⑥⑦⑧	⑥⑦⑧	⑨	⑨	⑨	⑩⑪⑫	⑩⑪⑫	⑩⑪⑫	⑬⑭	⑬⑭	⑬⑭	⑮	⑮	⑮	⑯⑰⑱	⑯⑰⑱	⑯⑰⑱	⑲⑳㉑	⑲⑳㉑	⑲⑳㉑	㉒㉓㉔	㉒㉓㉔	㉒㉓㉔	㉕㉖	㉕㉖	㉕㉖	㉗	㉗	㉗
3 años y 1 día a 4 años	①②③④⑤	①②③④⑤	①②③④⑤	⑥⑦⑧	⑥⑦⑧	⑥⑦⑧	⑨⑩⑪	⑨⑩⑪	⑨⑩⑪	⑫	⑫	⑫	⑬⑭⑮⑯	⑬⑭⑮⑯	⑬⑭⑮⑯	⑰⑱	⑰⑱	⑰⑱	⑲⑳㉑	⑲⑳㉑	⑲⑳㉑	㉒㉓㉔㉕	㉒㉓㉔㉕	㉒㉓㉔㉕	㉖㉗	㉖㉗	㉖㉗	㉘㉙㉚	㉘㉙㉚	㉘㉙㉚	㉛㉜㉝㉞	㉛㉜㉝㉞	㉛㉜㉝㉞	㉟㊱	㉟㊱	㉟㊱
4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días	①②	①②	①②	③	③	③	④⑤	④⑤	④⑤	⑥⑦	⑥⑦	⑥⑦	⑧	⑧	⑧	⑨⑩	⑨⑩	⑨⑩	⑪⑫	⑪⑫	⑪⑫	⑬⑭	⑬⑭	⑬⑭	⑮	⑮	⑮	⑯⑰	⑯⑰	⑯⑰	⑱	⑱	⑱	⑲⑳	⑲⑳	⑲⑳

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL

25
RN

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Kaidy Pantoja **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- abril -de - 2025	la niña no asiste a la Unidad de atencion Parvulo 2.	Agente educativa Se Comunica con la madre de familia mediante llamada telefonica Para conocer el motivo de la inasistencia el cual refiere que Se encuentra enferma y por tal motivo, no cuenta con Una Persona que Pueda llevar a la niña al CDI, informa ademas que la niña Se encuentra en buen estado de Salud	Andrea Montenegro	- Elizabeth Muñoz

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
2/12/25	La niña asiste Con la abuelita. Como acudiente de la niña, aparentemente bien de Salud, Se Procede a Tomar novedad - ELCIRA MUÑOZ

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Keidi Pantoja **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- Noviembre -2025	la niña no asiste a la Unidad de atencion Parvulos 2	Agente educativa realiza llamada telefonica Para Conocer el motivo de la inasistencia de la niña, el Cual la madre de familia refiere que el dia ayer en la tarde la niña tanno leche y en la mañana de hoy, amanecio con daño de estomago, Por lo tanto decide mantenerla en Casa Para observar Su evolucion y brindarle los Cuidados necesarios	Andrea Montenegro	-Leidy Pantoja

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
12/11/25	Siendo hoy Martes la niña asiste a la Unidad Aparentemente bien de Salud, Se Procede a Tomar medidas

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Keidy Pantoja 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)
5-Noviembre-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 no se obtuvo respuesta Se deja Un mensaje Via Whatsapp Solicitando informacion Siendo las 11:00 am madre de familia informa y Solicita Permiso Por tres dias, 5, 6 y 7.- Noviembre-2025, debido a un viaje inesperado, Por lo cual la niña no asistira durante esos dias. La Solicitud fue enviada Por escrito mediante mensaje de Whatsapp	Andrea Montenegro.	-ELCIRA MUÑOZ

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
6/11/25	Agente educativa realiza llamada telefonica Para Conocer el estado de Salud de la niña, el cual refiere que la niña Se encuentra bien gracias a Dios
7/11/25	Agente educativa realiza llamada telefonica, Para conocer el estado de Salud de la niña, el Cual no fue Posible obtener respuesta, Se deja Un mensaje Via Whatsapp Solicitando información
10/11/25	la niña asiste a la Unidad Parvulos 2, Con la abuelita, quien firma la novedad Como acudiente, la niña Se encuentra aparentemente bien, Se Procede a Cerrar novedad.

- ELCIRA MUÑOZ

05 - NOVIEMBRE - 2025

DOCENTE: ANDREA MONTENEGRO

ASUNTO: SOLICITUD PERMISO A LA ALUMNA KEIDY MARCILLO

CORDIAL SALUDO

El motivo de este permiso es por un viaje que nos salio inesperadamente por lo cual la alumna Keidy Marcillo no podia asistir 3 dias que serian 5, 6 Y 7 de Noviembre del 2025 espero me comprendo

Le agradezco su gentil atencion y de antemano le agradezco su colaboracion al respecto.

Cordialmente

Norely Pantoja
NORELY PANTOJA
C.C 1006787923

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Teidy Maralla P. UNIDAD DE ATENCIÓN: Paulos 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)
20-octubre-2025	La niña no asiste a la Unidad de atencion Paulos 2	Agente educativa realiza llamada telefonica Para Conocer el motivo de la inasistencia el cual no Se obtuvo respuesta, Se deja un mensaje via Whatsapp Saludando cordialmente	Andrea Montenegro	-Elcira Muñoz
		Madre de familia informa que Presenta Un Paquete de gripa.		

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

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
21/10/25	La niña asistió a la Unidad a prentement bien de Salud, Se procede a Cenar nuevalud

ELCIRA MUÑOZ

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