Fecha de diligenciamiento: 11 | 06 | 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: 7742811

Fecha nacimiento: 07 | 01 | 2022

Nombres: THIAGO GAEL

Apellidos: URDANETA

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 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: SAN JUAN BOSCO

Sector: RURAL

Dirección: VIA PRINCIPAL HACIA VEREDA HAIZAL - CASA UBICADA A LADO DE LA ESCUELA

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: 27.433.972.

Nombres: MARELY ISABEL.

Apellidos: MARQUEZ PEREZ

País de nacimiento: VENEZUELA

Fecha nacimiento: 25 | 04 | 1999.

[illegible] electrónico:

Número de celular: 3238639254

Número de fijo: 7

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: Marely Marquez

Nombre y Firma del profesional que diligencia:

Observaciones:

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:

THIAGO GAEL URDANETA MARQUEZ

Nº DOCUMENTO: 7742811 **TIPO DOCUMENTO:** RC___ CC___ OTRO X

FECHA DE NACIMIENTO: 07-01-2022. **EDAD:** 2 A - 11 M.

LUGAR DE NACIMIENTO: VENEZUELA - ZULIA - COLON

NOMBRE DE LA UDS: CDI FRONTERAS DE PAZ.
CODIGO UDS: 867571126972. **BARRIO/VEREDA:** V/ SAN JUAN BOSCO
FECHA DE INGRESO: 10-06-2025 **FECHA DE RETIRO:** _____

SISBEN: A2 (PE) **EPS:** EMSSANAR. **RÉGIMEN (C)**__ **(S)** X

DESPLAZADO: SI___ **NO** X **DISCAPACIDAD: SI**___ **NO** X **¿CUAL?** _____

GRUPO ETNICO: SI___ **NO** X **¿CUAL?** _____

GRUPO AFROCOLOMBIANO: SI___ **NO** X **¿CUAL?** _____

NOMBRE DE LA MADRE: Marely Marquez

Nº CÉDULA: 27.433.972 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** 27.433.972

NOMBRE DEL PADRE: Yorvi Urdaneta

Nº CÉDULA: 26258126. **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** VENEZUELA.

Nº DE CELULAR: 323 8639254

NOMBRE DEL ACUDIENTE: _____

Nº CÉDULA: 26.258.126. **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** VENEZUELA

DIRECCIÓN VIVIENDA: V/SAN JUAN BOSCO **ZONA POBLACIONAL: (R)** X **(U)**___

NUMERO DE CELULAR 323 8639254

Marely Marquez
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO



REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN

No. 7742811
URDANETA MARQUEZ
APELLIDOS
THIAGO GAEL
NOMBRES
VEN
NACIONALIDAD
M
SEXO
07012022045
DNI fm
07-01-2022
FECHA DE NACIMIENTO
29-04-2024 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO

No Firma

FIRMA

Valida hasta Enero de 2025 15/5/24

VISTOS



E1497565

El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información migratoria.

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
www.migracioncolombia.gov.co

Carlos Fernando García Manosalva
Director General de Migración Colombia

IPCOL7742811<<0<<<<<<<<<<<<<<<
2201074M3105308VENE1497565<<<7
URDANETA<MARQUEZ<<THIAGO<GAEL<

República Bolivariana de Venezuela
Consejo Nacional Electoral
Comisión de Registro Civil y Electoral
Estado Zulia
Municipio Fco Javier Pulgar
Parroquia Simón Rodriguez

PODER ELECTORAL

045
ACTA N° 45
DÍA 28
MES Marzo
AÑO 2022

REGISTRO DE NACIMIENTO [+] **RECONOCIMIENTO** [ ] **INSERCIÓN** [ ]

A Datos del Registrador (a) Civil

NOMBRES	APELLIDOS
Jose Lorenzo	Zerpa Marquez

DOCUMENTO DE IDENTIDAD N°	OFICINA O UNIDAD DE REGISTRO CIVIL
V. 11.220.668	Municipal

RESOLUCIÓN N°	FECHA	GACETA N°	☐ MUNICIPAL ☐ OFICIAL	FECHA
DA-065-2022	17-01-2022			

B Datos del Presentado o Presentada

NOMBRES	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
Thiago Gael	Urdaneta	Marquez

FEHA DE NACIMIENTO	DÍA	MES	AÑO	SEXO	HORA DE NACIMIENTO	☐ AM ☐ PM
	07	01	2022	Masculino	11:37	

LUGAR DE NACIMIENTO	PAÍS	ESTADO	MUNICIPIO	PARROQUIA
	Venezuela	Zulia	Colon	Santa Barbara

DIRECCIÓN: Santa Barbara de Zulia

C Datos del Certificado Médico de Nacimiento

CERTIFICADO N°	FECHA DE EXPEDICIÓN	DÍA	MES	AÑO	AUTORIDAD QUE LO EXPIDE	N° MPPS
10143481		07	01	2022	Dr: Dilmer Urdaneta	135594

NOMBRE DEL CENTRO DE SALUD: Hospital General Santa Barbara

D Hijo o Hija de (Datos de la Madre)

NOMBRES	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
Marely Isabel	Marquez	Perez

DOCUMENTO DE IDENTIDAD N°	CÉDULA	PASAPORTE	OTRO	EDAD	NACIONALIDAD
V. 27.433.972	[+]	[ ]	[ ]	22	Venezolana

PROFESIÓN U OCUPACIÓN	COMUNIDAD O PUEBLO INDÍGENA
Ama de Casa	

RESIDENCIA: Sector Caño Blanco, via Santa Barbara — DECLARANTE [+]

DECLARANTE SIN DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | DOCUMENTO PÚBLICO [ ] | CONSTANCIA DEL CONSEJO COMUNAL [ ] | DECLARACIÓN DE TESTIGOS [ ]

E Hijo o Hija de (Datos del Padre)

NOMBRES	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
Yorbis Jesus	Urdaneta	Vera

DOCUMENTO DE IDENTIDAD N°	CÉDULA	PASAPORTE	OTRO	EDAD	NACIONALIDAD
V. 26.258.126	[+]	[ ]	[ ]	23	Venezolano

PROFESIÓN U OCUPACIÓN	COMUNIDAD O PUEBLO INDÍGENA
Obrero	

RESIDENCIA: Sector Caño Blanco, via Santa Barbara — DECLARANTE [+]

DECLARANTE SIN DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | DOCUMENTO PÚBLICO [ ] | CONSTANCIA DEL CONSEJO COMUNAL [ ] | DECLARACIÓN DE TESTIGOS [ ]

F Datos del Declarante (Sólo en caso de ser distinto a Padre o Madre)

NOMBRES Y APELLIDOS | CARÁCTER CON QUE ACTÚA

DOCUMENTO DE IDENTIDAD N°	CÉDULA	PASAPORTE	OTRO	EDAD	NACIONALIDAD
	[ ]	[ ]	[ ]		

PROFESIÓN U OCUPACIÓN	COMUNIDAD O PUEBLO INDÍGENA

RESIDENCIA

G Datos de los Testigos

NOMBRES Y APELLIDOS: Eloisa Katerin Villalobos Baez

CÉDULA DE IDENTIDAD N°	EDAD	PROFESIÓN U OCUPACIÓN
V. 10.243.665	81	Secretaria

NACIONALIDAD	COMUNIDAD O PUEBLO INDÍGENA
Venezolana	

RESIDENCIA: Barrio los Guerreros, de Pueblo Nuevo el Chivo

NOMBRES Y APELLIDOS: Hilda Maria Ozcategui Davila

CÉDULA DE IDENTIDAD N°	EDAD	PROFESIÓN U OCUPACIÓN
V. 10.243.665	60	Ama de Casa

NACIONALIDAD	COMUNIDAD O PUEBLO INDÍGENA
Venezolana	

RESIDENCIA: Barrio Bolivar, de Pueblo Nuevo el chivo

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZU

CEDULA DE IDENTIDAD

V 27.433.972

MM232

Dante Rivas
Director

APELLIDOS MARQUEZ PEREZ

NOMBRES MARELY ISABEL

Marelis Marquez



25-04-99 SOLTERA
F. NACIMIENTO EDO CIVIL

26-10-09 10-2019
F. EXPEDICION F. VENCIMIENTO

VENEZOLANO




REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
CEDULA DE IDENTIDAD
V 26.258.126
MM232
José Morales
Director
APELLIDOS URDANETA VERA
NOMBRES YORBIS JESUS
YORBIS URDANETA
10-04-98 SOLTERO
F. NACIMIENTO EDO CIVIL
15-08-07 08-2017
F. EXPEDICION F. VENCIMIENTO
VENEZOLANO

Sisbén

Departamento Nacional de Planeación

Fecha de consulta: 12/05/2025

Ficha: 86757674952700002669

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres THIAGO GAEL

Apellidos URDANETA MARQUEZ

Tipo de documento Permiso Por Protección Temporal

Número de documento 7742811

Municipio SAN MIGUEL

Departamento PUTUMAYO

INFORMACION ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente 19/02/2024

Última actualización ciudadano

08/05/2025

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	PT
NÚMERO DE IDENTIFICACION	7742811
NOMBRES	THIAGO GAEL
APELLIDOS	URDANETA MARQUEZ
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	03/04/2024	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	09/11/2025 15:13:33	**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

NIT. 901.021.565-8
Registro de Cámara de Comercio
N° 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:	PT 7742811
Apellidos:	URDANETA MARQUEZ
Nombres:	THIAGO GAEL
Tipo de discapacidad:	Ninguna
Plan de salud:	Régimen Subsidiado
Estado de servicio:	Vigente
Fecha de Afiliación:	03/04/2024
Departamento de Afiliación:	PUTUMAYO
Municipio de Afiliación:	SAN MIGUEL
Zona:	Rural - Dispersal

N - El afiliado no requiere encuesta SISBEN debido al grupo poblacional que tiene.

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 11 de Junio 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



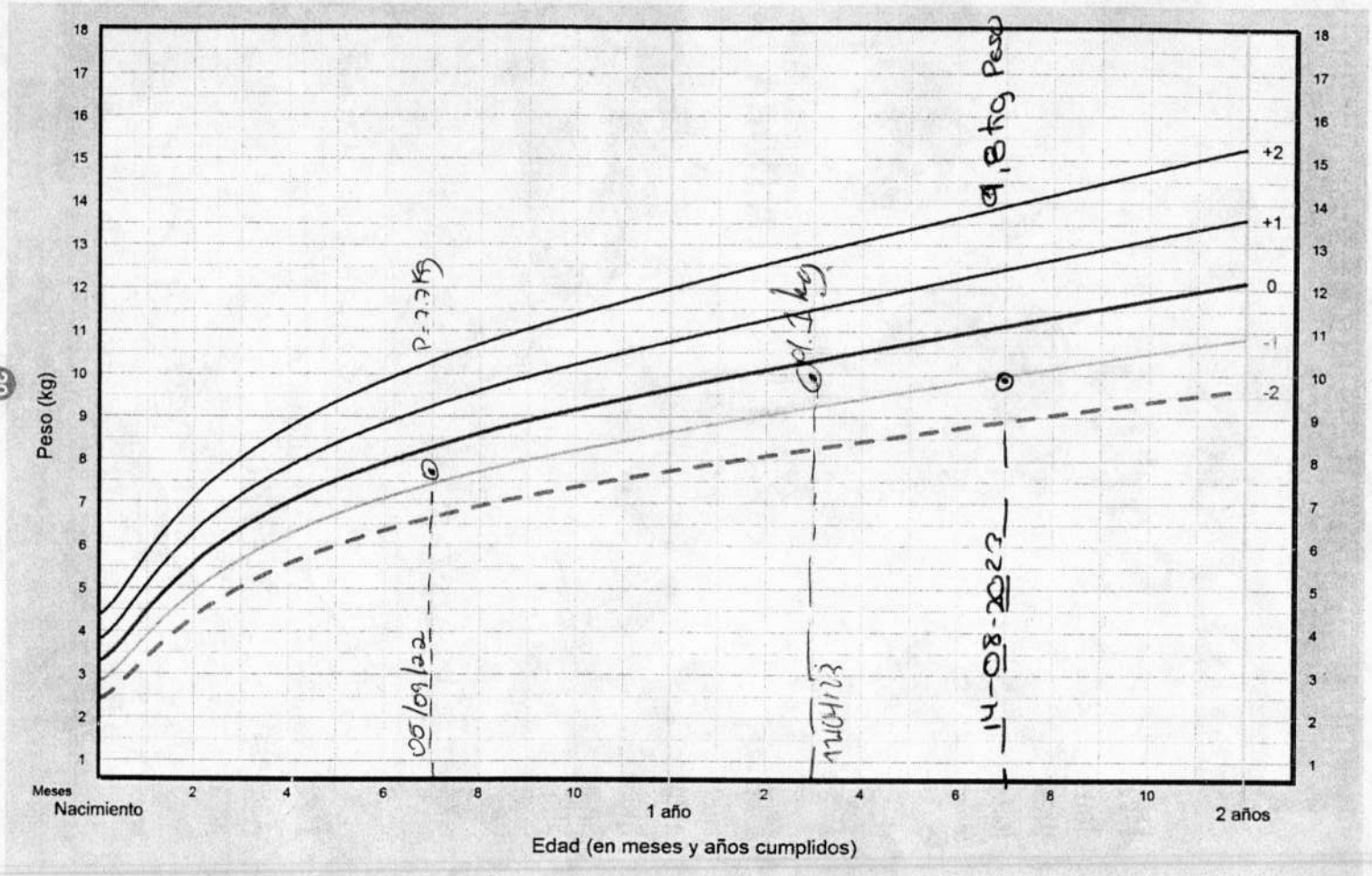
E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

Nombres: Thiago Gael	Apellidos: Ordaneta Marquez
Fecha de nacimiento: DÍA 7 MES 04 AÑO 2022	Historia Clínica: 7742811
Barrio/Vereda: V/ San Juan Bosco	Responsable del niño: Marely Marquez
Teléfono: 3138334689	EPS: Asanal

Peso para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



CITAS PROGRAMADAS

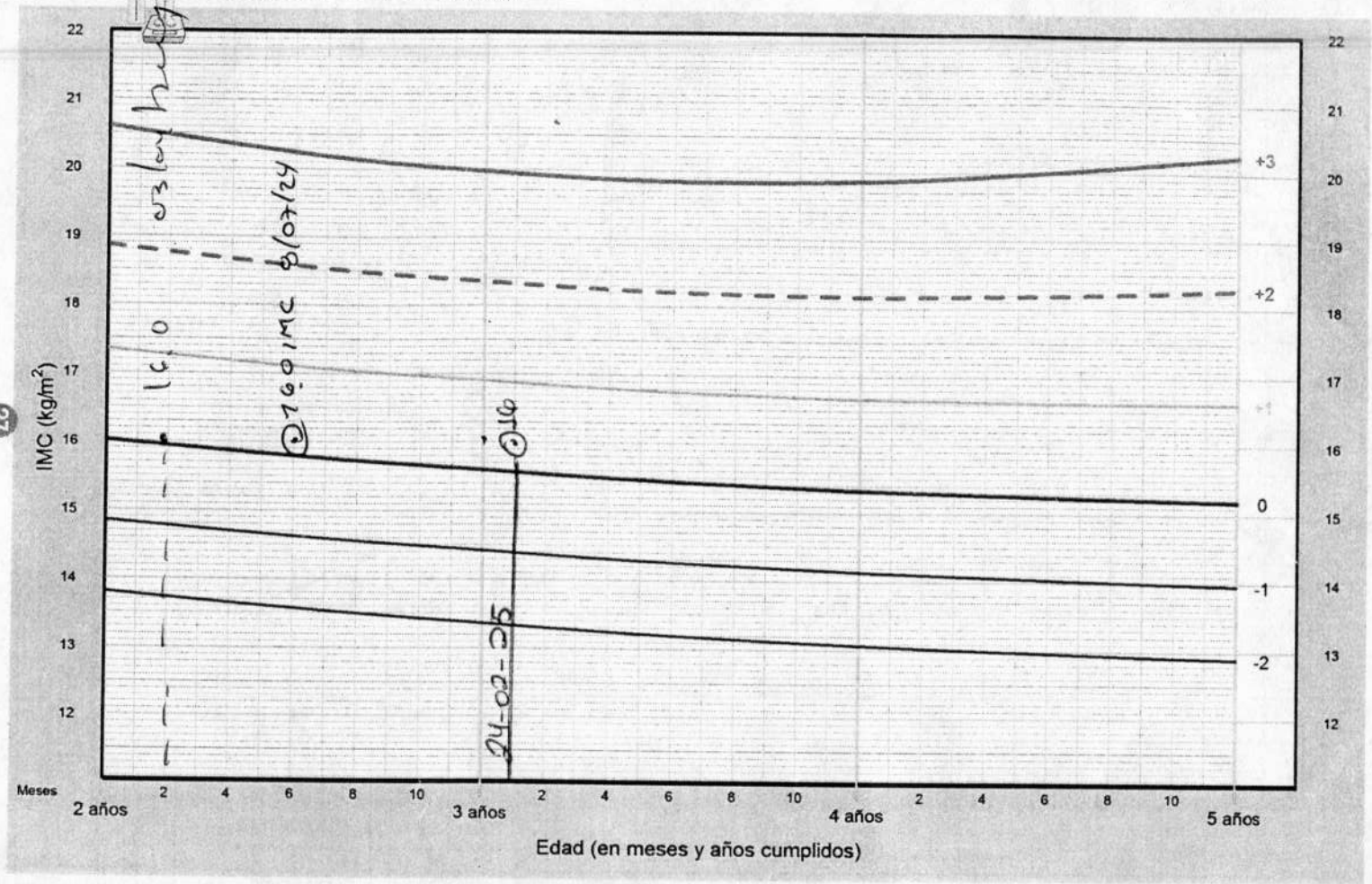
DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
07	08	2023	Med.	SI ✓	
07	01	2024	Medico ✓		X
03	04	2024	Med	✓	
05	07	2024	Enfer	✓	
07	01	2025	medico	Si ✓	
07	01	2026	Enf.		

11
R/V

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
05 Septiembre 22	7.7	67	43	15	17.2	08 Marzo 23	
22/04/23	9.1	71	45	16	18.1	07/08-23	
14/08/2023	9.8	78	48	17	16,1	07.01.24	
23/04/2024	11	83	49	15	16	08/07/2024	
08/07/24	11,0	86	49	17	16	07/01/2025	
21/02/25	13	90	48	15	16	07/01/2026	

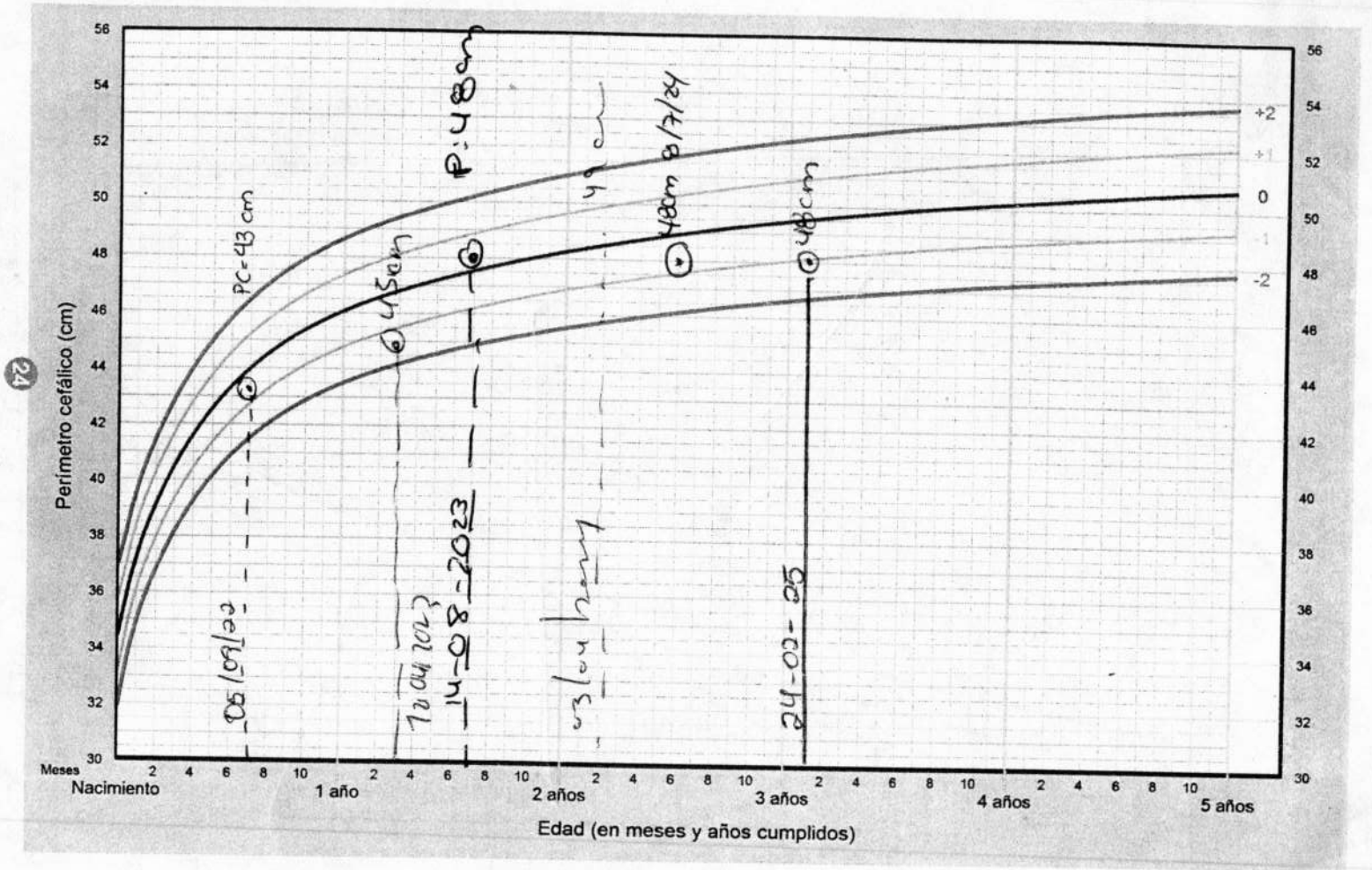
IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



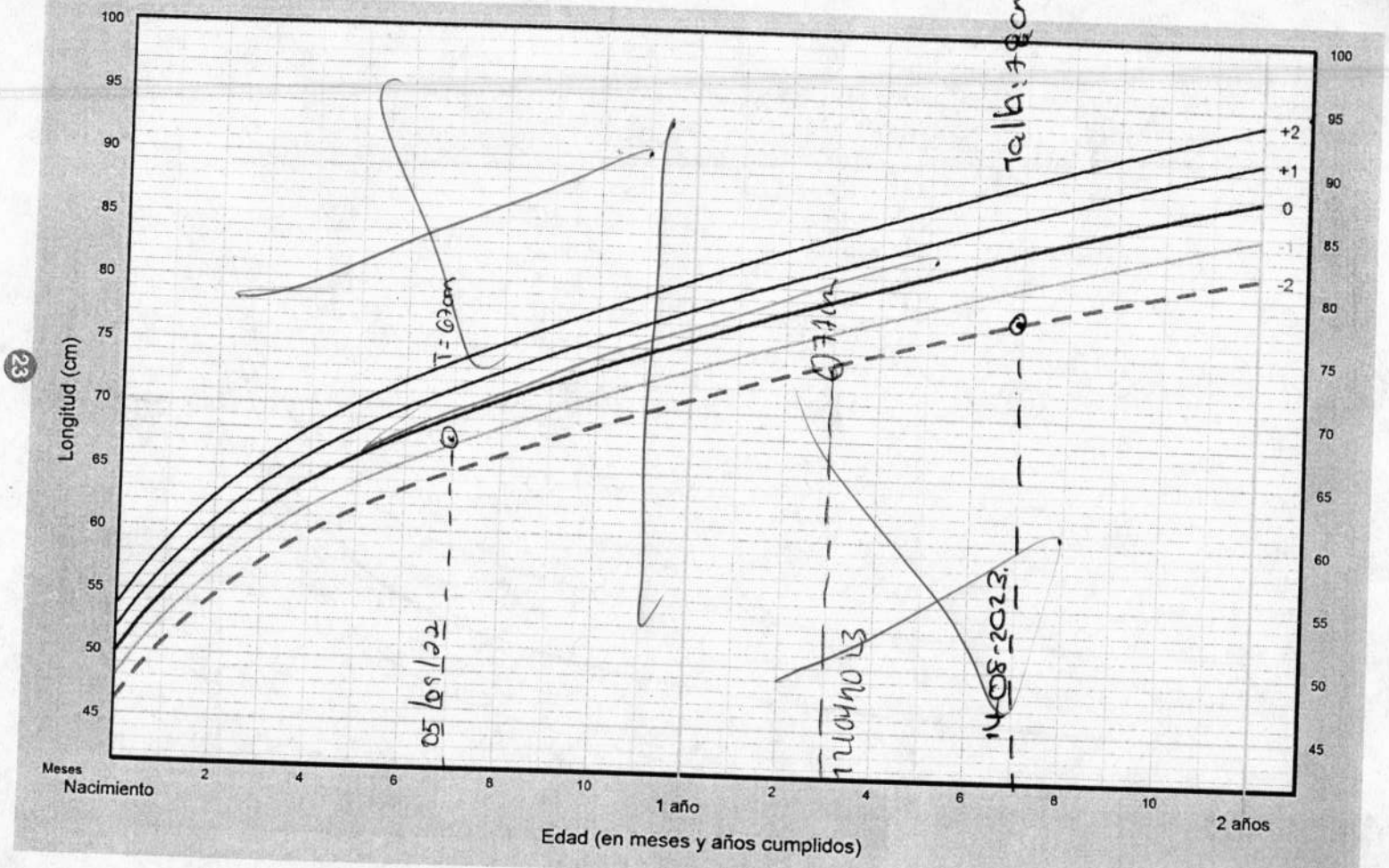
Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)



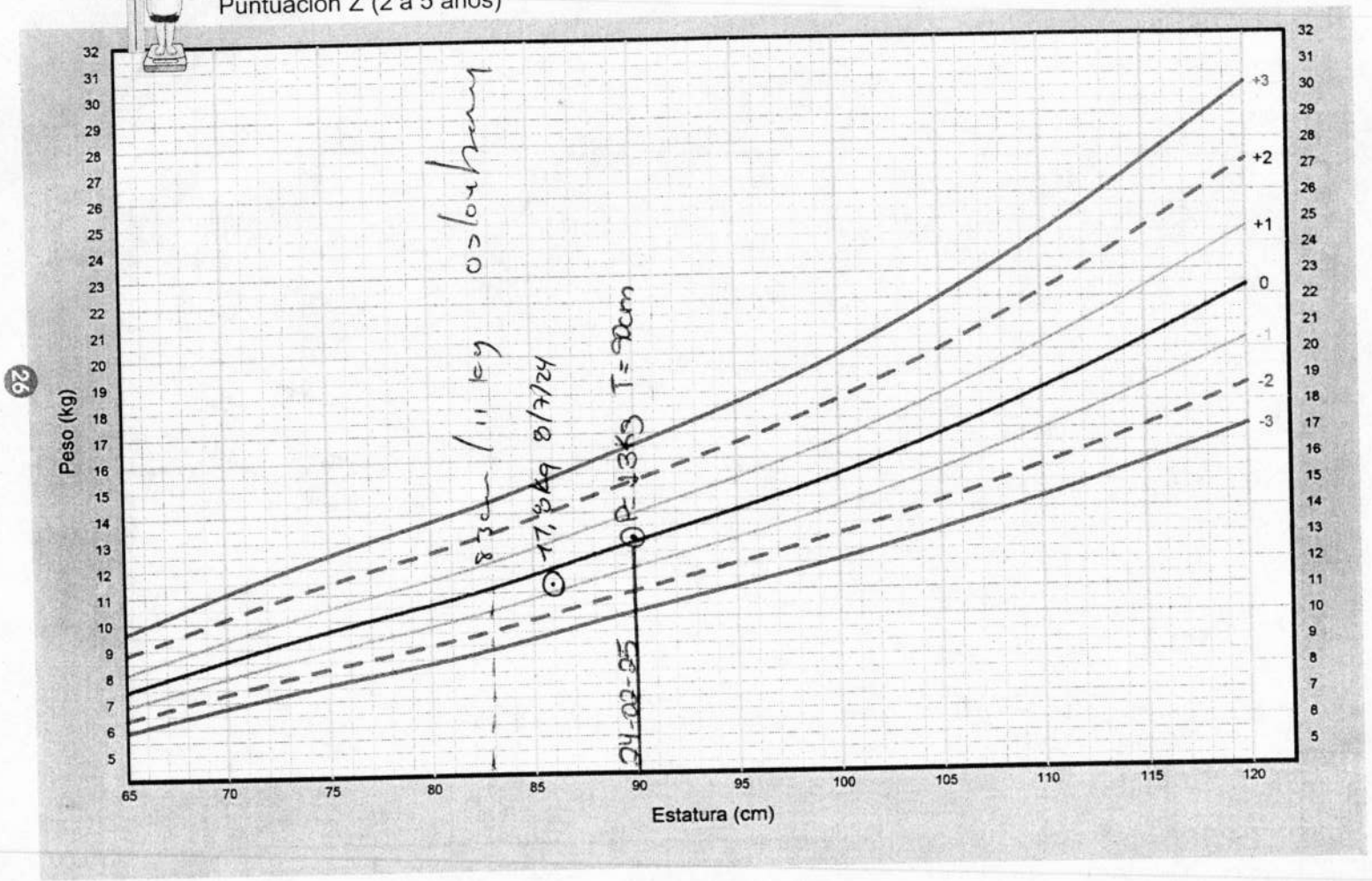
Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



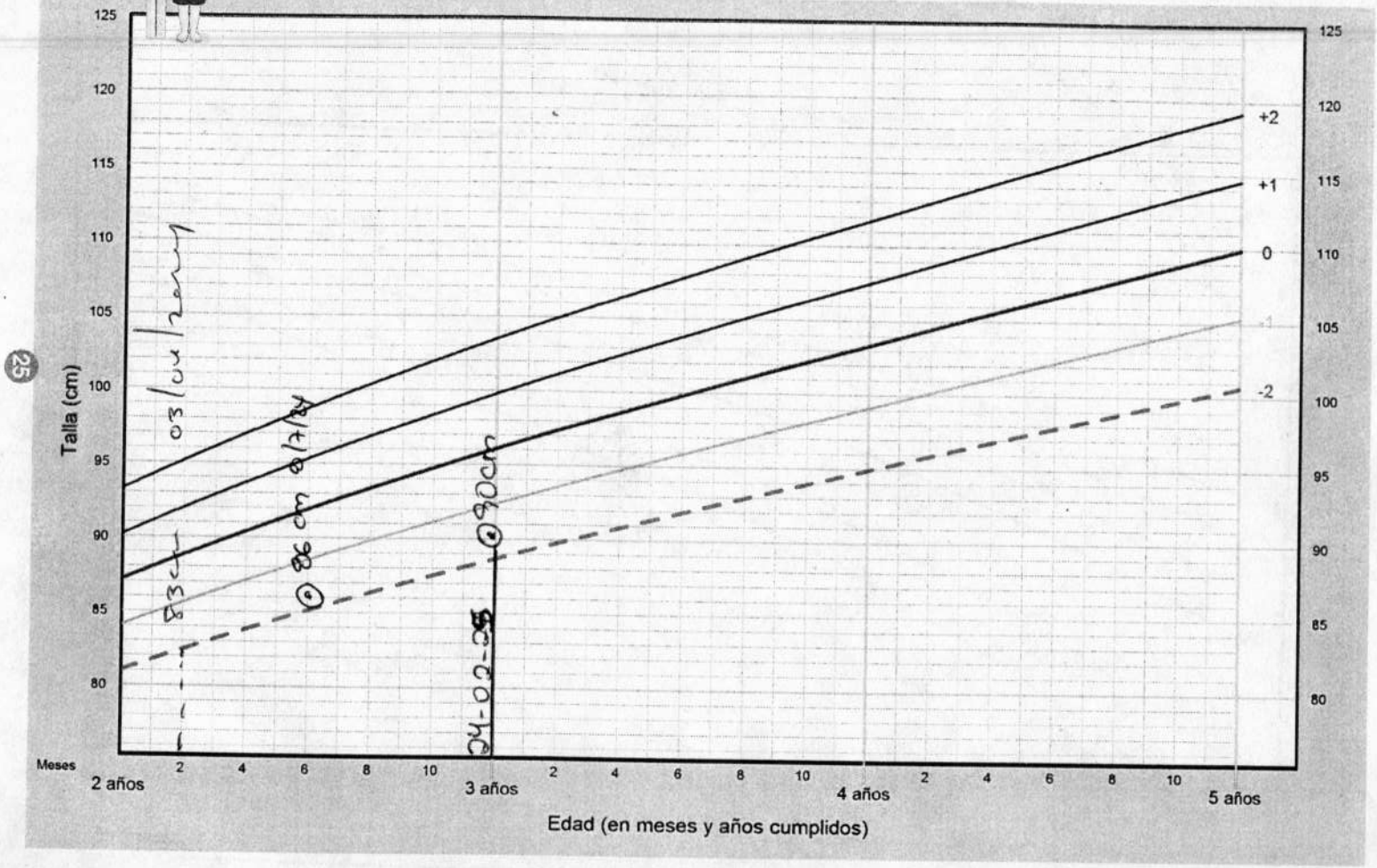
Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5años)



VACUNAS	ENFERMEDAD QUE PROTEGE
B.C.G.	Tuberculosis
POLIO INACTIVA POLIO ORAL	Poliomielitis
PENTAVALENTE	Difteria Tétanos Tosferina Meningitis y neumonías por Hib Hepatitis B
ROTAVIRUS	Diarreas graves por rotavirus
NEUMOCOCO CONJUGADA	Neumonías por neumococos
HEPATITIS B	Hepatitis B
SRP	Sarampión, rubeola y parotiditis
FIEBRE AMARILLA	Fiebre amarilla
MENINGOCÓCICA BC	Meningitis meningocócica
TOXOIDE TETÁNICO DÍFTERICO	Difteria y tétanos
NEUMOCOCO POLISACÁRIDA	Enfermedad neumocócica
INFLUENZA ESTACIONAL	Complicaciones graves de la gripe estacional
12 Vacunas	16 Enfermedades

Gobierno Bolivariano de Venezuela | Ministerio del Poder Popular para la Salud

OPS

Organización Panamericana de la Salud | Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para las Américas

Misión BARRIO ADENTRO

TARJETA DE VACUNACIÓN

Dirección de INMUNIZACIONES
Dirección General de Epidemiología

CÓDIGO DEL CENTRO DE VACUNACIÓN: 35

FECHA DE EXPEDICIÓN: 21/03/22.

ESTE DOCUMENTO SE EXPIDE A NOMBRE DE:
Thiago Urdaneta

Nº DE CÉDULA: _____

NACIONALIDAD: Venezolana

SELLO DEL ORGANISMO QUE EXPIDE

NOMBRE DEL USUARIO: Thiago Urdaneta SEXO: M FECHA DE NACIMIENTO: 7/01/22 PUEBLO INDÍGENA/ETNIA: _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____ DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Caño Blanco.

	BIOLÓGICOS		DOSIS ÚNICA	1ª DOSIS	2ª DOSIS	3ª DOSIS	4ª DOSIS	5ª DOSIS	1º REFUERZO	2º REFUERZO
1	BCG	FECHA VACUNACIÓN	02/02/22							
		NÚMERO LOTE	0370C099							
2	HEPATITIS B	FECHA VACUNACIÓN								
		NÚMERO LOTE								
3	ROTAVIRUS	FECHA VACUNACIÓN								
		NÚMERO LOTE								
4	NEUMOCOCO CONJUGADA	FECHA VACUNACIÓN								
		NÚMERO LOTE								
5	POLIO INACTIVADA	FECHA VACUNACIÓN		21/3/22	27/5/22	21/7/2022			11/7/23	
		NÚMERO LOTE				215004			282100128	
6	POLIO ORAL	FECHA VACUNACIÓN								
		NÚMERO LOTE							Pentavalente	
7	PENTAVALENTE	FECHA VACUNACIÓN		21/3/22	27/5/22	21/7/2022			21/07/23	
		NÚMERO LOTE				28804038D			28800040C	
8	SARAMPIÓN/RUBÉOLA/ PAROTIDITIS	FECHA VACUNACIÓN		23/1/2023						
		NÚMERO LOTE		0130N13B					TV	
9	FIEBRE AMARILLA	FECHA VACUNACIÓN	23/1/2023						12/7/23	
		NÚMERO LOTE	R3642	1D	2D	REF			0131N071A	
10	INFLUENZA ESTACIONAL	FECHA VACUNACIÓN		21/7/2022	22-08-22	12-06-23				
		NÚMERO LOTE		V50222008	V50222008	V25023001				
11	TOXOIDE TETÁNICO DIFTÉRICO	FECHA VACUNACIÓN								
		NÚMERO LOTE								
12	NEUMOCOCO POLISACÁRIDA	FECHA VACUNACIÓN	23/1/2023							
		NÚMERO LOTE	ASPNB338KA							
13	MENINGOCÓCICA B-C	FECHA VACUNACIÓN								
		NÚMERO LOTE								
14	OTRA: Varicela.	FECHA VACUNACIÓN	23/1/2023							
		NÚMERO LOTE	U016461							
15	OTRA: HA.	FECHA VACUNACIÓN	23/1/2023			Sarampion y Rubeola:				
		NÚMERO LOTE	T086268			14/3/2023 Seum 0121W122 HFID Karen A.				

PESQUISA NEONATAL (PRUEBA DEL TALÓN): ☐SI ☐NO FECHA DE LA PESQUISA: _____ PESO AL NACER: _____ TALLA AL NACER: CASAÑOS

OBSERVACIÓN:

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

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 22 MES 05 AÑO 25 HORA: 8:37

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES: Thiago Gael APELLIDOS ordoñeta marquez

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☒ NÚMERO: 77742811

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 7 MES: 01 AÑO: 22 / EDAD: 3 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE ninguna

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 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 términ
con mi condición, así como las explicaciones adecuadas, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e imp
aplicación de la vacuna que se me ofrece. De la misma manera, se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, d
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 tien
responsabilidad a las autoridades sanitarias o gubernamentales ni a las entidades que participaron en la aplicación de la
CoV-2/COVID-19 de brindar la atención en salud que sea necesaria por la aparición de posibles reacciones adversas no

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

Firma de la persona: Marely Marquez

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

Nombres marelí marquez Apellidos Perez

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 27433972

Firma: Marely Marquez

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

C.C. N°

C.C. N°

Huella dactilar o
plantar del Rogante

Nombres y apellidos del vacunador: Kerly Jiménez Zárate

Kerly-JZ Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 1075682

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

DORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): H. E. L D

Nota: CO: Ritumayo MUNICIPIO: San Miguel

s 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: Thiago Gael Cidaneta

Doc. de identidad: 7742811 EPS:

Teléfono: 3238639254 Domicilio: San juan bajo

		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									23-04-24	21-10-24	30-05-2025		
		Profilaxis y remoción de placa bacteriana									23-10-24	21-10-25	30 NOV 2025		
		Aplicación de sellantes (según criterio)											01-12-2025		
	V	Vacunación											01-08-2026		

María Villacorta
ODONTÓLOGA
Res.: 81 - 801

[illegible] CORDOBA
AUX. EN SALUD ORAL
RES. 8600493-2011

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA	F2.P2.CE	15/07/2021
	FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN	Versión 4	Página 1 de 1

Autorización – Uso de la imagen de menor de edad:

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad THIAGO GAEL ORDANETA. MARQUEZ., identificado (a) con documento de identidad número 77428 11, 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, Marely Marquez, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 27133972, 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 FUNDACION AIMA 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 CDI FRONTERAS DE PAZ.

Suscriben:

Firma: Marely Marquez
Nombre: Marely
Calidad - Titular: X Representante legal:
Teléfono de contacto: 323 8639254
Fecha: 11-06-2025
Municipio: SAN MIGUEL.

¡Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

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

Harely Marquez
Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Agente educativa

Huella del niño/niña



25
12/x

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 12012	Pago oportuno hasta:	22-JUN-2025	Mes Facturado
Factura Nro.	2037148102	Suspensión a partir de:	23-JUN-2025	MAYO 2025

1. Información General

Nombre:	SEGUNDO AGAPITO PASCAL ORTIZ	18-MAY-2025	Último pago	$	78,590
Dirección:	SAN JUAN BOSCO	Tuve servicio de energía entre:	11-ABR-2025 - 14-MAY-2025 (33)		26-MAY-2025

Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Área	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Tarifa	División Geopolítica
SM4	S402	48	1	RESIDENCIAL	RURAL	1	.6	AEREA	EMPRESA	105	SAN MIGUEL - VEREDA SAN JUAN BOSCO

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\0025	26\05\0025	PAGO EN EFECTIVO	CONTADO	EEBP 258679

2.Información Consumo Energía

Componentes del Costo (CU)*: Generación 408.27 + Transmisión 62.20 + Distribución 269.61 + Comercialización 126.87 + Pérdidas 59.16 + Restricción 43.58 = CU 969.7 ($/KwH)

2A.Información Medidor

Marca	Serial	Factor Múltiplo
HOL	00040104987	1

2B.Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	22345	22180
Reactiva:		

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

2C.Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	165	0
Consumo Reactiva KVarh:		160000.5
Costo del consumo $		444.53
Tarifa (hasta 173 Kwh):	54.158 $	-86653.07
Subsidio: %	0 $	0
Contribución: %		
Sub Total $		73347.43

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

2D.Consumo Ultimos 6 Meses

Mes	Consumo
2025/Abr	149
2025/Mar	150
2025/Feb	173
2025/Ene	168
2024/Dic	151
2024/Nov	181

Promedio: 162

2E.Información Calidad del Servicio

Tel O.R. EEPP 01 8000 942415
Transformador SSJ160 Grupo 32
DIUG 95.56 FIUG 36 Circuito C14
Cargo D 265.83 Dscto %t 20
CEC 149.82
DIU 143.12 FIU 103.00
HC 0.00 VC 2.00
Valor a compensar 7,965.49

3.Información de Créditos EEBP

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

22968

Gerente General

4.Detalle Conceptos del Servicio de Energía

Conceptos EEBP	Valor Liquidado	Saldo Anterior	Saldo a Favor o Anticipado		TOTAL
ACTIVA SENCILLA MONOMIA	100,000.50	0	0.00	0.00	100,001
SUBSIDIO	-86,653.07	0	0.00		86,653
AJUSTE A SUBSIDIO	3,515.81	0	0.00		3,516
COMPENSACION RES CREG 015/2018	7,965.49	0	0.00		7,965
AJUSTE A LA DECENA	2.25	0	0.00		2
					68,900

5.Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP

6.Información Facturación Convenio Impuesto Alumbrado Público

Sujeto Activo	Operador A.P.	Convenio No.	Dirección PQR	Valor Periodo	Saldo Ant.	Valor Total
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL	MUNICIPIO SAN MIGUEL	ACUERDO 008 31/08/2023	Cra 4 Cll 7 Esquina	11,530	0	11,530

7.Información Facturación Convenio Aseo y Alcantarillado

Concepto	Empresa	Dirección PQR	USO	Valor Tarifa	Subsidio o Factor Solidario	Cargo Consumo o Variable	Valor Tasa Ambiental	Saldo Anterior	Ajustes/Otros	Valor Total
Alcantarillado				0	0	0	0	0	0	0
Aseo*	Alcaldia San Mi	Cra 4 Cll 7 Esq B/La Liberta		6,000	0	0	0	0	0	6,000

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

8.Información Facturación Otros Convenios

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

Total EEBP	+	Total Impuesto Alumbrado público	+	Total Aseo y/o Alcantarillado	+	Total Otros Convenios	=	Debo pagar en Total
68,900		11,530		6,000		0		86,430

(415)7709998005532(8020)1000203714810273(3900)0000086430(96)20250622

CUFE:
5b4d3c19013a19ba6117610c5537b44b5e743fb380967bdd91070105e8a4
5cd5a5f2a6bfd9f7ecb4b91ea8b7f7e0c937

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

www.eebpsa.com.co @eebpsaesp /eebpsa

Fac. Electronica: EEBP 258679

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

Esta Factura presta Mérito Ejecutivo de acuerdo a las Normas del Derecho Civil y Comercial Ley 142 Art. 130

Proveedor Tecnologico: dispapeles S.A.S. NIT: 860026580-2 Software: fact-e

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

27 P/4

Ciudad SAN MIGUEL - DORADA

Nombre completo de la niña o niño THIAGO GAEL ORDAMETA MARQUEZ

Fecha de nacimiento Día 07 Mes 01 Año 2022 **N° Documento de Identidad** 7742811

Sexo Masculino ⊗ Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** Día 10 Mes 06 Año 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de registro cualitativo Día 08 Mes 09 Año 2025

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

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

Observaciones generales
EL NIÑO SE ENCUENTRA EN PERFIL ESPERADO YA QUE CUMPLE CON TODOS LOS ITEM DE ACUERDO A SU EDAD, MUESTRA HABILIDADES MOTRICES FINAS Y GRUESAS, EXPLORA SU ENTORNO CON CON CURIOSIDAD Y SEÑALA LAS COSAS QUE MAS HAN LLAMADO SU ATENCION, FORMA CON HABILIDAD OBJETOS CON BLOQUES DE MADERA FICHAS ARMOTODO.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de registro 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)***

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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

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

Observaciones generales

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

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

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: THIAGO GAGI URDANETA UNIDAD DE ATENCIÓN: PREJARDIN 1 AGENTE EDUCATIVO: CLARA TOTISTAR

MUNICIPIO: SAN MIGUEL FECHA DE INGRESO: 2025.

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
24-11-25	A LAS 8:22 A.M LA MADRE DE FAMILIA ENVIA MENSAJE POR WHATSAPP A LA DOCENTE. DANDO A CONOCER QUE ESTE DIA NO TRAERÀ AL NIÑO PORQUE ESTÀ LLOVIENDO Y NO TIENE ALGUIEN QUIEN LO TRAIGA.	* LA DOCENTE REGISTRA LA NOVEDAD. Y LO ESPERA PARA EL DIA DE MAÑANA CON PUNTUALIDAD		Mady Marquez

Fundación Alma de Vida
Psicología, pedagogía y desarrollo social

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: THIAGO GAGI ORDOÑEZ UNIDAD DE ATENCIÓN: PREJARDIN 1 AGENTE EDUCATIVO: LILIANA TOLOSA

MUNICIPIO: SAN MIGUEL FECHA DE INGRESO: 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)
11-20-25	LA MADRE DE FAMILIA MEDIANTE UN MENSAJE DE VOZ DA A CONOCER QUE EL PEQUEÑO NO ASISTIRÁ EL DIA DE HOY PORQUE AMANECIO CON GRIPA Y UN POCO DE TOS, REFIERE QUE YA LE COMPRO MEDICAMENTO Y POR EL DIA DE HOY PREFIERE CUIDARLO EN CASA, PERO MAÑANA YA ASISTIRÁ PUNTUAL	X-LA DOCENTE ESTABLECE LA NOVEDAD. Y RECOMIENDA BRINDAR LOS CUIDADOS EN CASA.		Mayely Marquez

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
11-2023	EL DIA DE HOY EL NIÑO ASISTE PUNTUALMENTE AL CDI, SE OBSERVA EN BUEN ESTADO DE SALUD. NO PRESENTA NINGUN MALESTAR, SE EVIDENCIA TAMBIEN BUEN ESTADO EMOCIONAL Mayely Marquez

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: TIAGO GAEL ORDOÑEZ UNIDAD DE ATENCIÓN: PREJARDIN 1 AGENTE EDUCATIVO: LILIANA TOTISTAR

MUNICIPIO: SAN MIGUEL FECHA DE INGRESO: 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)
26-11-25	LA MADRE DE FAMILIA SE COMUNICA CON LA DOCENTE, REFIRIENDO QUE POR MOTIVO DE LLUVIA NO TRAERÁ AL NIÑO, PUESTO QUE VIVE EN UNA VEREDA Y EL UNICO TRANSPORTE ES SU BICICLETA Y DE LA CASA AL CDI SE MOJAN.	* LA DOCENTE REGISTRA LA NOVEDAD Y RECOMIENDA PUNTUAL ASISTENCIA AL DIA SIGUIENTE.		- Madre

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: THIAGO GAGI URDANETA UNIDAD DE ATENCIÓN: PREJARDIN 1 AGENTE EDUCATIVO: LILIANA TORRADO

MUNICIPIO: SAN MIGUEL FECHA DE INGRESO: 05-2025

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)
08/05/25	A LAS 8:03 A.M DEL DIA DE HOY LA MADRE DE FAMILIA ENVIA MENSAJE DE VOZ REFIRIENDO A LA DOCENTE, QUE HOY NO TRAERA AL NIÑO, PORQUE NO LO PRENDIO LA MOTO Y ELLA VIVE EN LA VEREDA SAN JUAN BOSCO. QUEDA UN POCO RETIRADO DEL CDI.	* LA DOCENTE RESALTA A LA MADRE DE FAMILIA LA IMPORTANCIA DE LA ASISTENCIA AL CDI.		

Fundación Almas de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: THIAGO GAGI URDANETA UNIDAD DE ATENCIÓN: PREJARDIN 1 AGENTE EDUCATIVO: LILIANA TUTISTAR

MUNICIPIO: SAN MIGUEL FECHA DE INGRESO: 01-05-2025

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)
15-09-25	EL DIA DE HOY EL NIÑO NO ASISTIÓ AL CDI, LA MADRE DE FAMILIA NO SE HA COMUNICADO CON LA DOCENTE, POR LO TANTO SE DESCONOCE EL MOTIVO POR EL CUAL NO ASISTIÓ AL CDI.	* LA DOCENTE ENVIA MENSAJE DE VOZ. A LA MADRE DE FAMILIA SOLICITANDO INFORMACION DEL MOTIVO POR EL CUAL NO ASISTIO.		

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: THIAGO GAEL URDANETA UNIDAD DE ATENCIÓN: PREJARDIN 1 AGENTE EDUCATIVO: LILIANA TOTISTAR

MUNICIPIO: SAN MIGUEL FECHA DE INGRESO: 01-05-2025

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)
5.08.25	A LAS 6:30 A.M DEL DIA DE HOY LA MADRE DE FAMILIA SE COMUNICA CON LA DOCENTE, MEDIANTE MENSAJE DE WHATSAP SOLICITANDO PERMISO POR EL DIA DE HOY, YA QUE AMANECIO CON TOS Y PREFIERE CUIDARLO EN CASA.	* LA DOCENTE RECOMIENDA LLEVAR AL MEDICO, SI LA TOS ES CADA VEZ MAS FUERTE, NO AUTOMEDICAR * EN HORAS DE LA TARDE LA DOCENTE SE COMUNICARA, PARA SABER CÓMO SE ENCUENTRA EL NIÑO.		Yorbis Urdaneta

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
6-08-25	EL DIA DE HOY EL PADRE DE FAMILIA VIENE A DEJAR AL NIÑO, REFIERE QUE AUN TIENE UN POCO DE TOS PERO NO HA PRESENTADO FIEBRE HASTA EL MOMENTO.

Yorbis urdenta

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