BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO DE INSCRIPCIÓN FÍSICA PARA LA PRE - MATRÍCULA EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA F

F2.MT1.PP	30/01/2025
Versión 2	Página 2 de 2
Clasificación de la Información: Pública	



Fecha de diligenciamiento: 04 | 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: 1122243942.

Fecha nacimiento: 13 | 03 | 2022.

Nombres: EILYN SALOME.

Apellidos: MOSQUERA.

Presenta discapacidad? ( ) Si (●) No

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

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

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

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

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

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

Departamento residencia: PUTUMAYO

Municipio de residencia: SAN MIGUEL.

Zona: URBANA

Barrio: 9 DE ABRIL

Vereda:

Sector:

Dirección: Frente a los canchas de BOLA

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: 1006.788.506.

Nombres: NAYELY

Apellidos: ANZASOY

País de nacimiento: COLOMBIA

Fecha nacimiento: 24 | 07 | 1999

Correo electrónico:

Número de celular: 3225702213.

Número de fijo:

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

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

Nombre y Firma del padre, madre y/o cuidador: Nayely Anzasoy

Nombre y Firma del profesional que diligencia:

Observaciones:

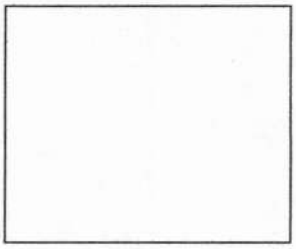
Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

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

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:

EILYN SALOME MENESES ANZASOY

N° DOCUMENTO: 1122343942. **TIPO DOCUMENTO:** RC X. CC___ OTRO ___

FECHA DE NACIMIENTO: 18-MARZO-2022. **EDAD:** 3A.

LUGAR DE NACIMIENTO: SAN MIGUEL.

NOMBRE DE LA UDS: CDI FRONTERAS DE PAZ.
CODIGO UDS: 86.757112.972. **BARRIO/VEREDA:** SIETE DE AGOSTO.
FECHA DE INGRESO: 01-04-2025 **FECHA DE RETIRO:** _____

SISBEN: A4 **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: NAYELY ANZASOY

N° CÉDULA: 1066788506 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San miguel

NOMBRE DEL PADRE: Jhon Meneses

N° CÉDULA: 1010149027 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San miguel

N° DE CELULAR: 3228702213.

NOMBRE DEL ACUDIENTE: _____

N° CÉDULA: _____ **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** _____

DIRECCIÓN VIVIENDA: _____ **ZONA POBLACIONAL: (R)**___ **(U)**___

NUMERO DE CELULAR _____

NAYELY ANZASOY

FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

LILIANA TOTIBAR ROJAS.

NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

61322469

NUIP 1.122.343.942

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 61322469

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** X 6 Z

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE SAN MIGUEL(LA DORADA) - COLOMBIA - PUTUMAYO - SAN M

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MENESES	ANZASOY

Nombre(s): EILYN SALOMÉ

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes MAR Día 13	FEMENINO	O	NEGATIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA PUTUMAYO SAN MIGUEL(LA DORADA)

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	169593066

Datos de la madre o padre *(Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos: ANZASOY MELO NAYELY PATRICIA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.006.788.506	COLOMBIA

Datos de la madre o padre *(Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos: MENESES HERRERA JHON JAIRO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.010.144.027	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: MENESES HERRERA JHON JAIRO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.010.144.027	JHON JAIRO MENESES

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2022 Mes MAR Día 17	MONICA YENY LOPEZ GOMEZ - REGISTR Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
JHON JAIRO MENESES Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

dispapeles 76312

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL — Adhesivo Copia Registro Civil 35415944-3

San Miguel (La Dorada) - Putumayo, 16 de noviembre de 2023
VALIDO PARA TRAMITES LEGALES Y CIVILES.

ROY EDISON CALLE QUIRAMA
Registrador Municipal del Estado Civil

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.006.788.506**

ANZASOY MELO

APELLIDOS

NAYELY PATRICIA

NOMBRES

FIRMA



B/ 7 agosto
cel's - 3228702213
- 3104332381
Cordra valley
entrada portón negro



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **24-JUL-1999**

SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.53	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

02-AGO-2017 SAN MIGUEL(LA DORADA)

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-6401800-00945815-F-1006788506-20171011 **0058**073068A 1 48776224

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.010.144.027**

MENESES HERRERA

APELLIDOS

JHON JAIRO

NOMBRES

JHON JAIRO MENESES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-SEP-1998**

FLORIDA
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

18-OCT-2016 SAN MIGUEL(LA DORADA)

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-6401800-00867887-M-1010144027-20161124 **0052**86657A 1 47066514

Sisbén
Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta:	25/03/2025
Ficha:	86757674952700002771

A4

GRUPO SISBÉN IV

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: EILYN SALOME

Apellidos: MENESES ANZASOY

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122343942

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:	06/05/2022
Última actualización ciudadano:	06/05/2022
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 Pobreza extrema | B1→B7 Pobreza moderada | C1→C18 Vulnerabilidad | D1→D21 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	1122343942
NOMBRES	EILYN SALOME
APELLIDOS	MENESES ANZASOY
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	23/05/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	09/11/2025 07:27:33	**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

8

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 1122343942
Apellidos:	MENESES ANZASOY
Nombres:	EILYN SALOME
Tipo de discapacidad:	Ninguna
Plan de salud:	Régimen Subsidiado
Estado de servicio:	Vigente
Fecha de Afiliación:	01/03/2023
Departamento de Afiliación:	PUTUMAYO
Municipio de Afiliación:	SAN MIGUEL
Zona:	Urbana - Cabecera Municipal

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 20 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: EIYN SAIOMA	Apellidos: MENESES ANZASOY
Fecha de nacimiento: 13 (DÍA) 08 (MES) 2022 (AÑO)	Historia Clínica: 1122343942
Barrio/Vereda:	Responsable del niño:
Teléfono:	EPS: 118

CITAS PROGRAMADAS

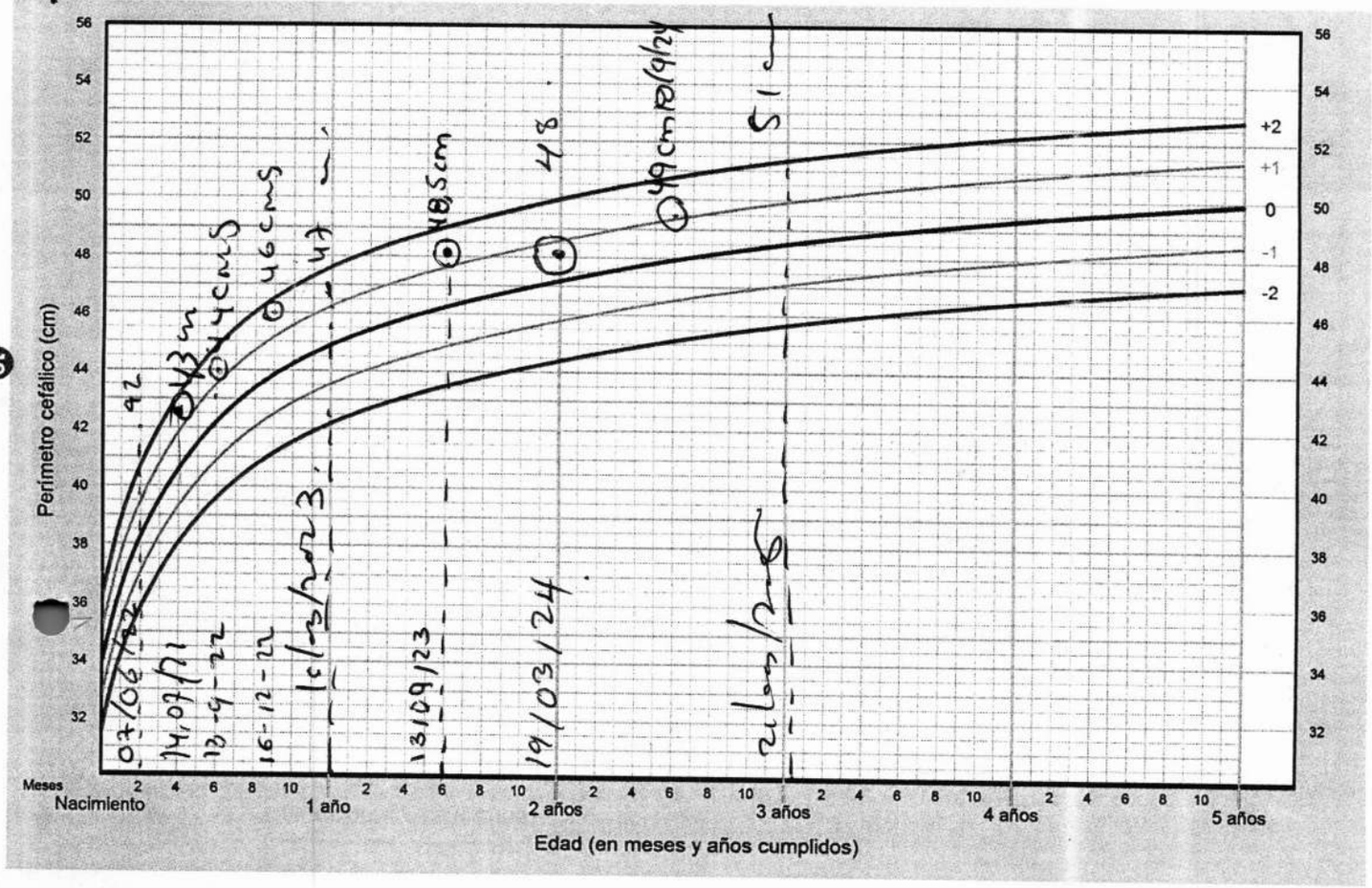
DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
13	07	2022	Medico		
13	09	2022	Enfermera	OSV	
13	12	2022	Medico	Oi-	
13	MARZO	2023.	Medico		
13	09	2023.	Enf	✓	
19	03	2024	Medico	✓ Si	
13	Sept	2024	Enf		
10	Sep	2024	Enfer	Si✓	
13	03	2025	Medico		X
21	03	2025		✓	
13	03	2026.			

Dra. Magaly Cabrera
Médico General
R.M. 67027189-Univalle

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
06/06/22	5.7	56	42	13	15.9	13/07/2022	
14/07/22	6.5kg	63cm	43cm	15	18,1	13/09/2022	Yudith Zeballos
13/09/22	7.450gr	63cm	45cm	15cm	16,6	13-12-22	Vicente Cuellar
18-12-22	8480	69cm.	46 cm	16c	17,8	16-Hasta 23	
16/03/2023	9,3	70.	47.	16.	19.	13/09/2023	Vicente Cuellar
13/09/23	9.320	74	48,5 cm	15	17.	13/03/2024	Dra. Magaly Cabrera Médico General R.M. 67027189-Univalle
19/03/24	10,5	82	48	15	15	13/09/24	
18/09/24	12,0	85	49	14	16,6	13/03/24	Hilgan C.
21/03/2025	13	89	51	15	16,4	13/03/2026	

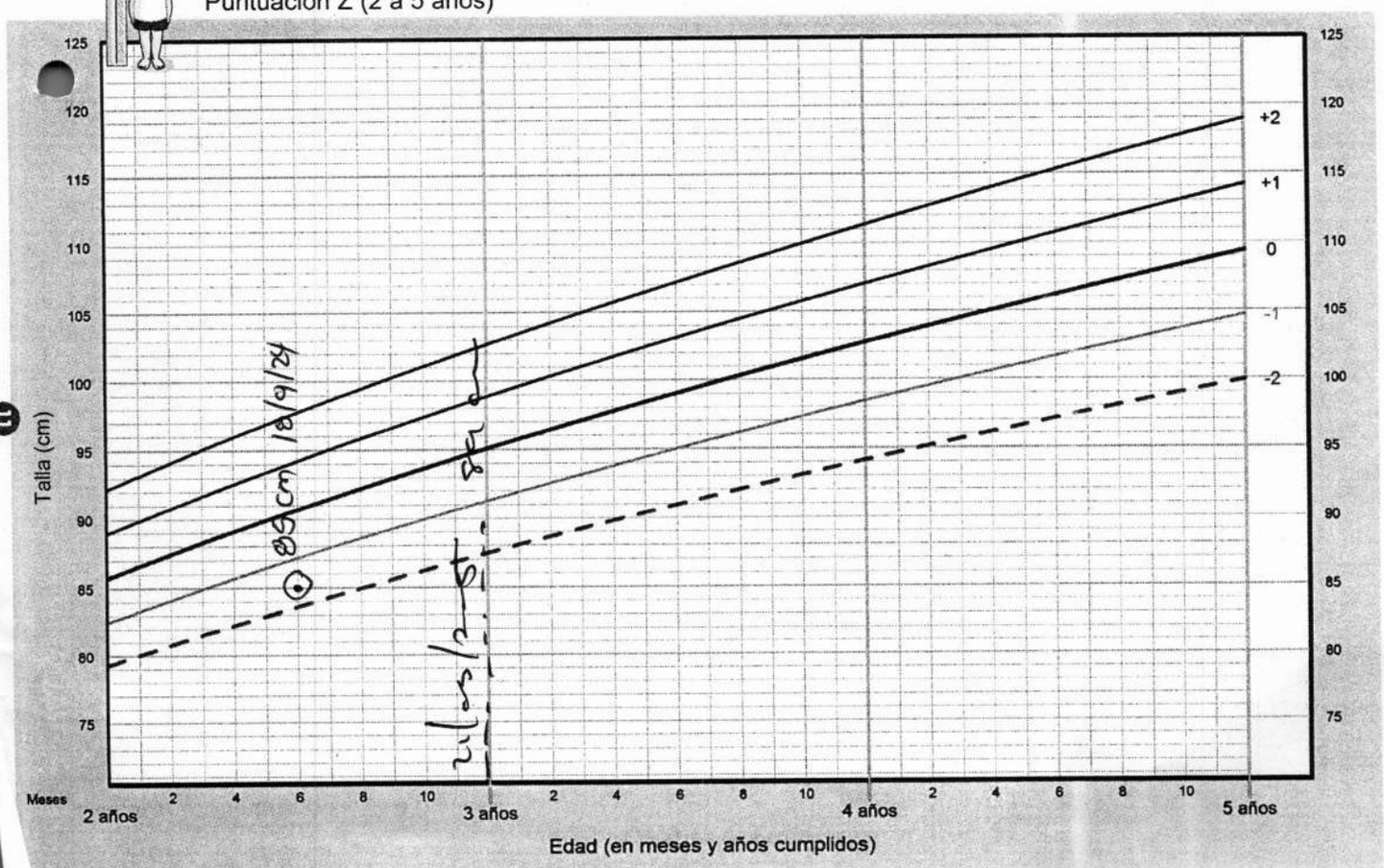
Perímetro Cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)



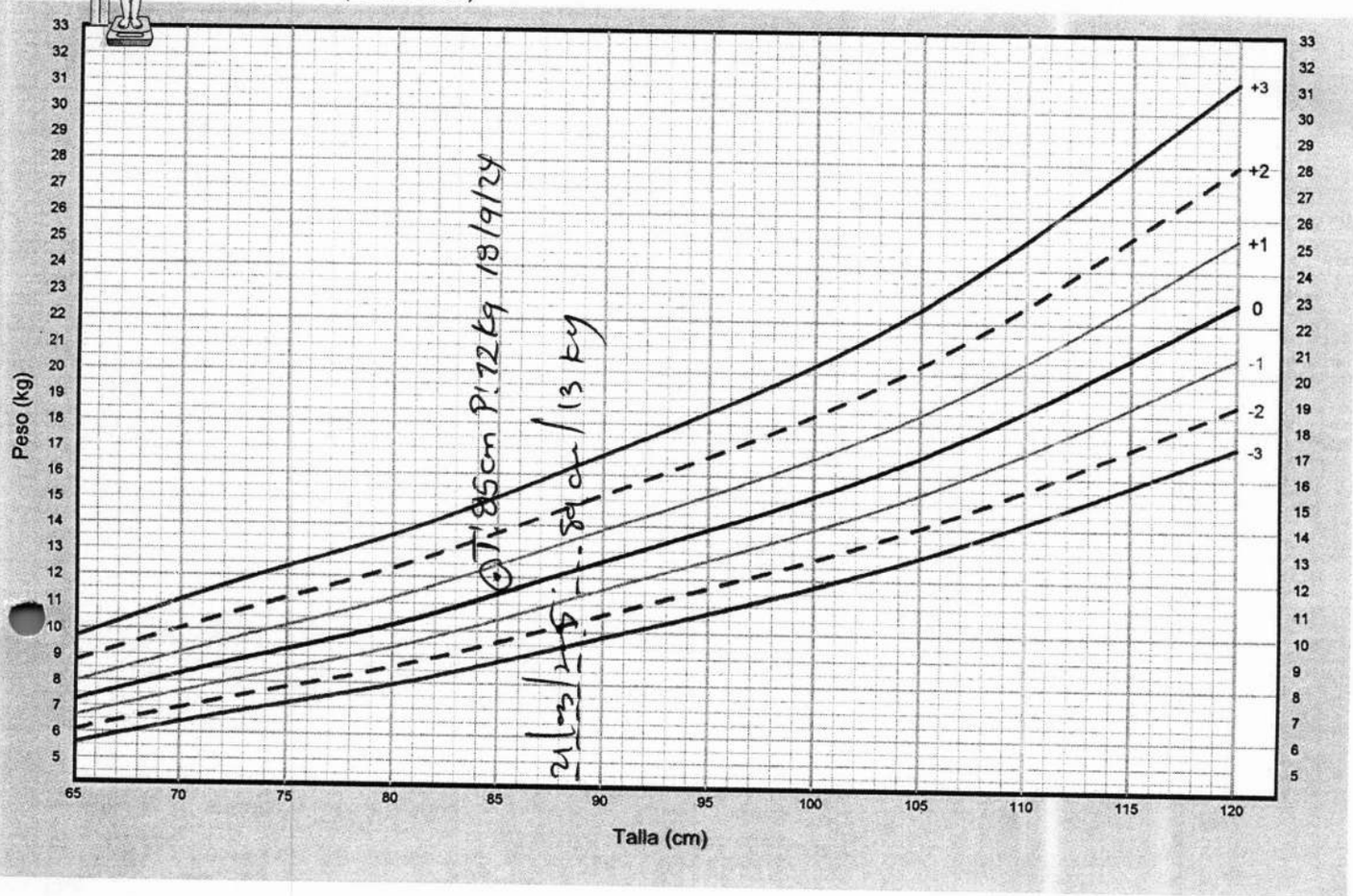
Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



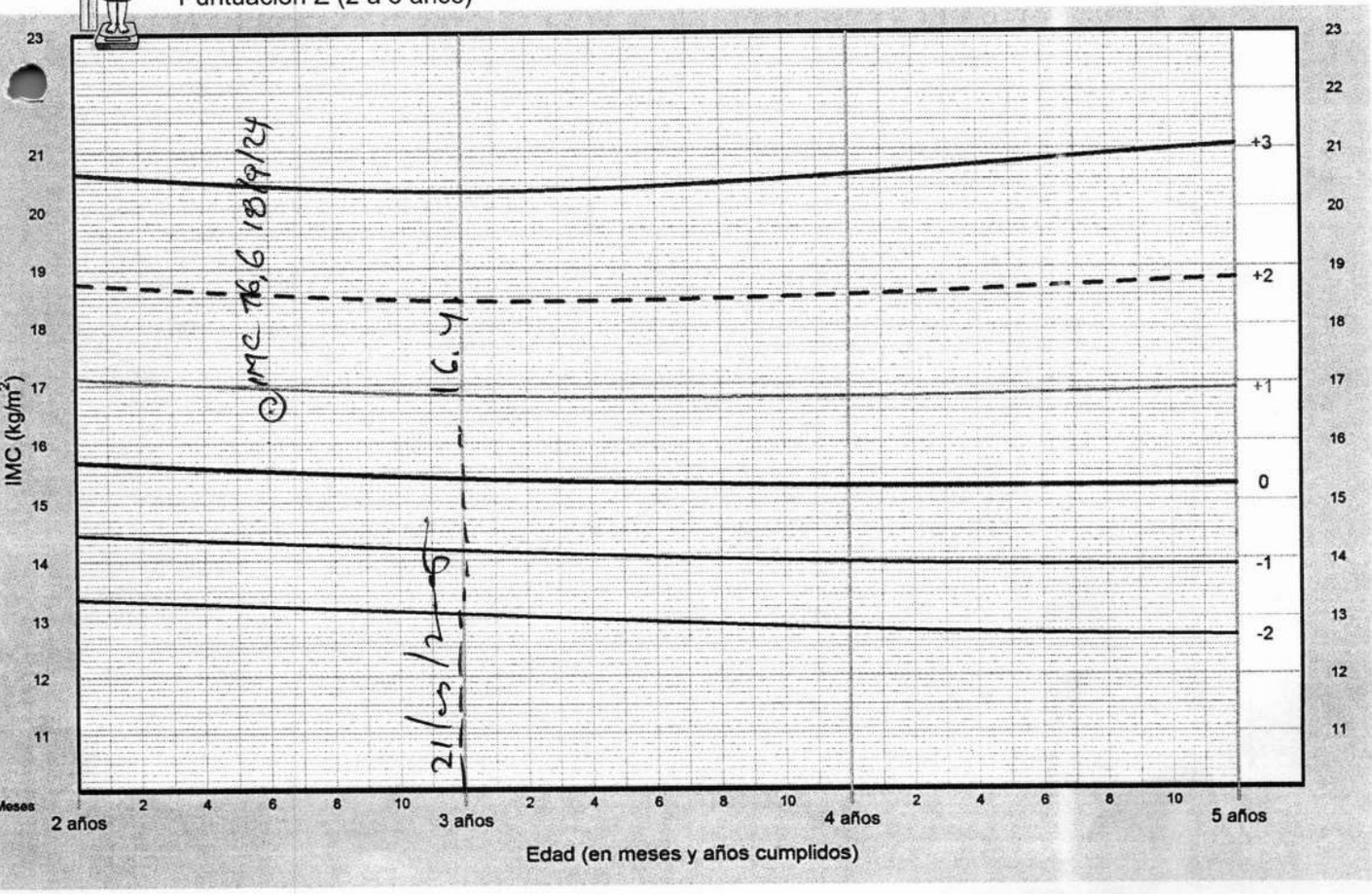
Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



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

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

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

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

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

3 años					
4 años					
5 años					

*Menor o igual a 20 normal

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

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

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



Ministerio de Salud y Protección Social

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

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Eilyn Meneses.
Fecha de nacimiento: 13-03-22.
Nº de certificado de nacido vivo:
Registro civil: 1122343942.
Sexo: Femenino.
Grupo sanguíneo: EAPB= 114
Peso al nacer: 2900 Talla:
Dirección: B. 7 agosto
Teléfono 1: 3104332381.
Teléfono 2:
Responsable: Nayely Melo. APSaSoy
Municipio de residencia: San miguel.
Departamento: Putumayo.
CC. 1006788506.

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

14

Nombres y Apellidos: **Tipo Identificación:** **No. ID:**

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién nacido						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Tuberculosis meníngea (BCG)	Única	13	03	22	Serum	03720MA0900	HFID				Karen A
	Hepatitis B	Recién nacido	13	03	22	Serum	03201X0178C	HFID	cita: 13-06-22			Karen A
2 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Poliomielitis (VIP)	1.ª	19	5	22	Serum	211SO01	HFID				Paya Guerrero
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	19	5	22	Serum	28S0Y038D	HFID				
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª	19	5	22	Serum	28S0Y038D	HFID				
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.ª	19	5	22	Serum	28S0Y038D	HFID				
	Diarrea por rotavirus	1.ª	19	5	22	GSK	AR0IC8922AF	HFID				
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	19	5	22	GSK	ASPNB3382A	HFID				
4 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Poliomielitis (VIP)	2.ª	22	07	22	Serum	212150 04	ESE Hospital Frontera 20 la Dorada				Karen A.
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	22	07	22	Serum	28S0Y038D					
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª	22	07	22	Serum	28S0Y038D					
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.ª	22	07	22	Serum	28S0Y038D					
	Diarrea por rotavirus	2.ª	22	7	22	GSK	AR0IC8922AF					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	22	07	22	GSK	ASPNB3422AA					
6 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Poliomielitis (VIP)	3.ª	10	10	2022	Serum	211SO04	Hospital Fronteriza la Dorada HFLD				Karen A
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	10	10	2022	Serum	28S0Y038D					Karen A
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª	10	10	2022	Serum	28S0Y038D					
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.ª	10	10	2022	Serum	28S0Y038D					
	Influenza estacional	1.ª	07	07	23	Green	V5052300 1					Karen A
7 meses	Influenza estacional	2.ª	07	08	23	Green	V5052300 1					Cabezas
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	25	3	23	Serum	01314N18SA					
12 meses	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	25	3	23	Serum	FR4897A					
	Varicela	2.ª	25	3	23	Serum	U0164677					
	Hepatitis A	Única	25	3	23	MSD	I0362658	HFID				Karen A
	Influenza estacional	Anual	16	05	2024	Biotulan	24009971/00	HFLD				Jeniffer C.
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.er refuerzo	24	10	23	Biologicals	2231900 1	HFLD				Jeniffer C.
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.er refuerzo	24	10	23	Serum	2851403 3C	HFID				Karen A
	Fiebre amarilla	Única	25	3	23	Serum	T34694					
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª	24	10	23	Serum	0132N0188B	HFLD	cita. 10/10/2023			Jeniffer 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												

CITA:
5 años
Cumplidos.

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.

Pendiente SR

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 18 MES 06 AÑO 2025 HORA: 2.40 p.m

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Eilyn Salome APELLIDOS Meneses Andagoy

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1.722.343.942.

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 13 MES: 04 AÑO: 2022 EDAD: 3 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Emssanar Tel: 3228702213

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 [illegible]cia la aplicación de esta vacuna, se han reconocido beneficios y riesgos, que es importante que usted conozca antes de dar el consentimiento para su aplicación.

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

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

Miedo a la reacción

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

EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD

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

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

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

Firma de la persona: _____

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

Nombres Nayeli Patricia Apellidos Anzasoy Melo

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 1006788506

Firma: _____

En caso de requerirse firma a ruego:

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

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

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

de _____

Huella dactilar o plantar del Rogante

Firma del Rogado

C.C. N° _____

C.C. N° _____

Nombres y apellidos del vacunador: Isabel Arcos Erazo

Firma Isabel Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1006788506

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): AIEPI

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.

17

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA
NIT. 846.002.309-9

MI CARNET DE HIGIENE ORAL

E.P.S. Emssanar
Nombres: Ellyn Salome
Apellidos: Meneses Anzaldy

Sexo: M [X] Fecha de Nacimiento: 13 03 2022
Identificación: RC 1122343942
Dirección: N.H.C.

Servimos con amor

FECHA	PROCEDIMIENTO CP	S	F	D	PRÓXIMA CITA
17-3-23	x		x	17sep-2023	
19-09-23	x		x	19/11/20-24	
19-03-24	x		x	19-09-24	
19-09-24	x		x	19-03-25	
20.03.25	x	x	x	20 SEP-2025	
23-09-25	x	x	x	23-NOV-26	

Liliana Maribel Córdoba
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 EILYN SALOME MENESES ANZASOY, identificado (a) con documento de identidad número 1122343942, 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, Nayeli Anzasoy, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1006789506, 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 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 CDI FRONTERAS DE PAZ.

Suscriben:

Firma: Nayeli Anzasoy
Nombre: Nayeli Anzasoy
Calidad - Titular: 1. Representante legal:
Teléfono de contacto: 3228702213
Fecha: 04-04-2025.
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

Mayerly Anzoscu
Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Agente educativa

Huella del niño/niña

Eylin meneses

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 10607-3	Pago oportuno hasta:	02/04/2025	Mes Facturado
Factura Nro	2037042584	Suspensión a partir de:	03/04/2025	MARZO 2025

1.Información Genera

Nombre: MARIA CLAUDINA MENESES DE ANDRADE											Último pago	$ 118,690
Dirección: 9 DE ABRIL									Tuve servicio de energía entre:		18-FEB-2025 - 18-MAR-2025 (28)	
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	114	1	RESIDENCIAL	URBANA	1	.6	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	0
FACTURA DE VENTA	22/03/25	22-MAR-25	PAGO EN EFECTIVO	CONTADO	EEBP - 168094	

2.Información Consumo Energía

Componentes de Costo (CU)*	Generación	+ Transmisión	+ Distribución	+ Comercialización	+ Pérdidas	+ Restricción	= CU	
	527.6	49.85	253.23	121.95	70.79	14.68	1038.1	($/KwH)

2A.Información Medidor

Marca	Serial	Factor Multiplo
HIK	16380283	1

2B.Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	11864	11708
Reactiva:		

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

2C.Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	156	
Consumo Reactiva KVarh:	0	
Costo del consumo $	161943.6	
Tarifa (hasta 173 Kwh):	415.24	
Subsidio: % 60	$	-97166.16
Contribución: % 0	$	0
Sub Total $	64777.44	

Meses en deuda: 1 % Tasa Interés Moratorio: 0.5

2D.Consumo Últimos 6 Meses

	Mes	Activa	Reactiva
2024	SEPTIEMBRE	195	0
2024	OCTUBRE	163	0
2024	NOVIEMBRE	149	0
2024	DICIEMBRE	142	0
2025	ENERO	157	0
2025	FEBRERO	211	0
	PROMEDIO	170	0

2E.Información Calidad del Servicio

Tel. O.R EEBP: 01 8000 942415
Transformador: SLD114 Grupo: 22
DIUG: 30.24 FIUG: 19 Circuito: C14
Cargo D: 249.0104 Dscto %t: 20
CEC: 213.28
DIU: 98.62 FIU: 97
HC: 5.23 VC: 2
Valor a Compensar: 21243.44

3.Información de Créditos EEBP

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

Gerente General

4.Detalle Conceptos del Servicio de Energía

Conceptos EEBP	Valor Liquidado	Saldo Anterior	Saldo a Favor o Anticipado	Total
ACTIVA SENCILLA MONOMIA	161,943.60	.00	.00	161,943.60
SUBSIDIO	-97,166.16	.00	.00	-97,166.16
AJUSTE A SUBSIDIO	2,481.53	.00	.00	2,481.53
COMPENSACION RES.CREG_015/2018	-21,243.44	.00	.00	-21,243.44
AJUSTE A LA DECENA	2.47	.00	.00	2.47

5.Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP

46,018

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	10,562	0	10,562

7.Información Facturación Convenio Aseo y Alcantarillad

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

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

8.Información Facturación Otros Convenios

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

Total EEBP	+ Total Impuesto Alumbrado público	+ Total Aseo y/o Alcantarillado	+ Total Otros Convenios	= Debo pagar en Total
46,018	10,562	6,000	0	$ 62,580

CUFE: 6ee800019852bc6b78b6789110f2b5df63a93de36278246335bcb22badb5d4530c25affe6e2a5560d865bc9640ef655e

(415)7709998005532(8020)1000203704258400(3900)0000062580(96)20250402

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

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

Proveedor Tecnologico: dispapeles S.A.S. NIT: 860028580-2 Software: fact-e

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad San Miguel la Morada.

Nombre completo de la niña o niño EILYN SALOME MENESES ANZASOY

Fecha de nacimiento 13 03 2022 **N° Documento de Identidad** 1.122.343.942

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador LILIANA TOTISTAR

Fecha de registro cualitativo Día 27 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

SALOME DEMUESTRA UN DESARROLLO CRONOLOGICO ACORDE A SU EDAD POR LO TANTO SE ENCUENTRA EN PERFIL ESPERADO, YA QUE SE EVIDENCIA HABILIDADES MOTRICES EN ACTIVIDADES QUE EMPLICAN JUEGOS AL AIRE LIBRE, AGILIDAD Y CAPACIDAD. DE DESPLAZAMIENTO SEGURO, CON EXPERIENCIAS. LUDICAS COMO LECTURA DE CUENTOS Y JUEGOS DE ROLES SE EVIDENCIA EL VOCABULARIO.

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

●

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador LILIANA TOTISTAR ROIZ.

Fecha de registro cualitativo Día 3 Mes 10 Año 2025

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

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

Observaciones generales

SALOME SE ENCUENTRA EN UN PERFIL DE DESARROLLO ESPERADO YA QUE CUMPLE CON TODOS LOS ITEM PROPUESTOS DE A ACUERDO A SU EDAD. DEMUESTRA HABILIDADES MOTRICES FINAS Y GRUESAS ACORDES A SU EDAD, OBSERVA CON CURIOSIDAD COSAS, OBJETOS O SITUACIONES QUE LLAMAN SU ATENCIÓN, IDENTIFICA ALGUNAS PROFESIONES Y LAS RELACIONA CON SU HERRAMIENTA DE TRABAJO.

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

oración litativa ⇨	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: Eilyn Salome Mendoza UNIDAD DE ATENCIÓN: Prejardin 1. AGENTE EDUCATIVO: Llinda Totistar

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 01-03-2025

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)
1-12-25	LA NIÑA NO ASISTIÓ AL CDI EL DIA DE HOY, SE DESCONOCE EL MOTIVO	* LA DOCENTE ENVIA MENSAJE DE VOZ A LA MADRE DE FAMILIA SOLICITANDO INFORMACION. POR LA AUSENCIA.		Nayelin Anzoy

Fundación Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Eilyn Saiomc Mendoza UNIDAD DE ATENCIÓN: Prejardin 1 AGENTE EDUCATIVO: Gliana Tofiscar

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 01-03-2025

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)
25-11-25	LA MADRE DE FAMILIA INFORMA QUE EL DIA DE HOY LA NIÑA NO ASISTIRA AL CDI PORQUE AMANECIO INDISPUESTA.	* LA DOCENTE RECOMIENDA LOS CUIDADOS NECESARIOS EN CASA		

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Eilyn Salome Meneses UNIDAD DE ATENCIÓN: Prejardin 1 AGENTE EDUCATIVO: Linda Tulcan

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 01-03-2025.

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)
10-11-25	A LAS 7:25 AM LA MADRE DE FAMILIA ENVIA MENSAJE DE VOZ A LA DOCENTE DANDO A CONOCER QUE LA NIÑA EL DIA DE HOY NO ASISTIRA YA QUE AMANECIO CON DOLOR DE ESTÓMAGO.	X LA DOCENTE ESTABLECE LA NOVEDAD. Y RECOMIENDA LLEVAR ALMEDICO SI EL DOLOR PERSISTE, NO AUTO-MEDICAR		-Vargas Anzoa

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
14-2025	LA NIÑA LLEGA PUNTUALMENTE AL CDI CON SUS PADRES. SE OBSERVA EN BUEN ESTADO DE SALUD, LA MADRE DE FAMILIA REFIERE QUE LA NIÑA ESTA BIEN, YA NO HA PRESENTADO DOLOR DE ESTOMAGO, NI TAMPOCO SOLTORA.

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Eylin Salome. Mendoza UNIDAD DE ATENCIÓN: Pizejadon 1 AGENTE EDUCATIVO: Yolinda Tolistar

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 01-03-2025

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)
24-10-25	LA MADRE DE FAMILIA ENVIA MENSAJE DE TEXTO A LAS 7:50 A.M. SOLICITANDO PERMISO YA QUE LA NIÑA HA ESTADO CON GRIPA POR LO TANTO PREFIERE CUIDAR EN CASA PARA EVITAR QUE POR LA LLUVIA SE MOJE Y DECAIGA	X LA DOCENTE RECOMIENDA LOS CUIDADOS NECESARIOS PARA QUE NO DECAIGA Y EL LUNES ASISTA PUNTUAL AL CDI.		Mayerly Anzoátegui

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
27-10-25	LA MADRE DE FAMILIA: LLEGA A DEJAR A LA NIÑA PUNTUALMENTE AL CDI., REFIERE QUE DURANTE EL FIN DE SEMANA NO PRESENTO FIEBRE, NI MALESTAR,. SE OBSERVA EN BUEN ESTADO DE SALUD Y ESTADO EMOCIONAL POSITIVO.

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Eilyd Daiana Agudelo UNIDAD DE ATENCIÓN: PREJARDIN 1 AGENTE EDUCATIVO: Lilada Totistar

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 01-03-2025.

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
29/04/25	A las 7:20 A.M del dia de hoy la madre de familia envia mensaje de wsz a la docente, dando a conocer que el dia de hoy la niña, no asistira al CDI, por que se siente un poco indispuesta, ya que el fin de semana presentó fiebre y gripa, el dia de hoy no presenta fiebre pero prefiere cuidad en casa. el malestar.	* la docente recomienda cuidados necesarios en casa, para que pueda asistir al CDI. * lo anterior se da a conocer a coordinacion.		Nataly Anzoategui

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
30-9-25	LA MADRE DE FAMILIA MEDIANTE MENSAJE ESCRITO (WHATSAPP) DA A CONOCER QUE LA NIÑA SE ENCUENTRA MEJOR PERO POR CUESTIONES DEL CAMBIO DE CLIMA PREFIERE SEGUIR CUIDANDO EN CASA, PARA QUE DESCANSE. ACCION: LA DOCENTE RECOMIENDA LOS CUIDADOS NECESARIOS EN CASA, PARA QUE PUEDA ASISTIR AL CDI Y NO FALTAR PUESTO QUE LA ASISTENCIA ES IMPORTANTE PARA CONSERVAR EL CUPO. ASÍ MISMO LA NOVEDAD SE LLEVA A CONOCER A COORDINACION. Nayeli Anzasoy
1-10-25	LA MADRE DE FAMILIA TRAE A LA NIÑA PUNTUALMENTE EL DIA DE HOY, REFIRIENDO QUE YA ESTA MUCHO MEJOR, NO HA PRESENTADO FIEBRE ESTOS DIAS, PERO QUE AUN SIGUE SUMINISTRANDO MEDICAMENTO PARA LA INFECCIÓN (AMOXACILINA) SE OBSERVA A LA NIÑO CON BUEN ESTADO FISICO Y EMOCIONAL. DOCENTE. Nayeli Anzasoy MADRE FLIA

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Eily Salome Meneses. **UNIDAD DE ATENCIÓN:** PREJARDIN 1 **AGENTE EDUCATIVO:** Liliana Totistar

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 01-03-2025

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)
25-04-25	EL DIA DE AYER AL RECOGER A LA NIÑA, LA MADRE DE FAMILIA SOLICITA PERMISO PARA EL DIA DE HOY, REFIRIENDO QUE LA LLEVARÁ AL LAGO - ECUADOR A REALIZARLE EXAMENES MEDICOS Y CONTROL CON PEDIATRIA.	LA DOCENTE ESTABLECE LA NOVEDAD DANDO A CONOCER EL MOTIVO POR EL CUAL LA NIÑA, NO ASISTIÓ EL DIA DE HOY.		Noheily Anzoy

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: EILYN SALOME MENESES UNIDAD DE ATENCIÓN: PREJARDIN 1 AGENTE EDUCATIVO: LILIANA TOTISTAN.

MUNICIPIO: SAN MIGUEL FECHA DE INGRESO: 01-03-2025.

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
04-25	A LAS 6:43 A.M DEL DIA DE HOY LA MADRE DE FAMILIA ENVIA MENSAJE ESCRITO (WHATSAPP) A LA DOCENTE, REFIRIENDO QUE LA NIÑA TIENE CONTROL DE HIGIENE ORAL, EN EL HOSPITAL. A LAS 9:45 A.M. POR, LO TANTO SOLICITA PERMISO Y SOLICITA TAMBIEN LA REIBAN DESPUÈS DE LA ATENCION A CONTROL.	*LA DOCENTE REGISTRA LA NOVEDAD Y RECOMIENDA TRAER A LA NIÑA INMEDIATAMENTE DESPUÈS DE LA ATENCION.		NAYELY ANZOLOY

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	A LAS 10:07 AM LA MADRE DE FAMILIA, LLEGA AL COL A DEJAD A LA NIÑA, SE OBSERVA EN BUEN ESTADO DE SALUD Y BUEN ANIMO.

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: SALOME HERRERA ANZASOY UNIDAD DE ATENCIÓN: PREJARDIN 1 AGENTE EDUCATIVO: LILIANA TOTISTAR

MUNICIPIO: SAN MIGUEL FECHA DE INGRESO: 01-03-2025

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)
18-09-25	A LAS 8:03 A.M EL PADRE DE FAMILIA ENVIA UN MENSAJE DE VOZ A LA DOCENTE DANDO A CONOCER QUE ANOCHE PRESENTÓ VOMITO Y FIEBRE, POR LO TANTO HOY NO ASISTIRA AL CDI, POR QUE PRE FIERE CUIDAR EN CASA Y ESTAR PENDIENTE DE LA NIÑA. POR SI LOS SINTOMAS ANTERIORES PERSISTEN LA LLEVARAN AL MEDICO.	* LA DOCENTE RECOMIENDA LLEVAR AL MEDICO. SI EL VOMITO Y LA FIEBRE PERSISTEN, SE RECOMIENDA OFRECER LIQUIDOS.		Nataly Anzasoy

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

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
19-09-25	EL DIA DE HOY LA NIÑA TAMPOCO ASISTE AL CDI, LA MADRE DE FAMILIA ENVIA UN AUDIO A LA DOCENTE REFIRIENDO QUE LA NIÑA EL DIA DE AYER VOLVIÓ A PRESENTAR VOMITO POR LO TANTO LE ESTA SUMINISTRANDO SUERO Y LOS CUIDADOS NECESARIOS EN CASA YA QUE HOY LE DIO LECHE CON AJO PARA DESPARASITAR.. LA MADRE DE FAMILIA ACLARA QUE NO TIENE FIEBRE, NI DAÑO DE ESTÓMAGO, SOLO EL VOMITO PERO NO ES FRECUENTE. ACCION: *LA DOCENTE RECOMIENDA A LA MADRE DE FAMILIA LLEVAR AL MÉDICO SI VUELVE A PRESENTAR VOMITO, PESE AL MEDICAMENTO CASERO OFRECIDO, PARA VALORACION MEDICA. *LA ANTERIOR NOVEDAD SE REPORTA A COORDINACION Y APOYO EN NUTRICION PARA SU RESPECTIVO SEGUIMIENTO. Nayeiy Anzasoy DOCENTE.
19/09/2025	Se realiza seguimiento a novedad reportada por agente educativa. Responde a la llamada comentando que la niña se encuentra en mejores condiciones de salud. Se recomienda no automedica. ni suministrar medicamentos ni remedios caseros sin autorización medica. Asi mismo informa cualquier novedad. Nayeiy Anzasoy
22-09-25	EL DIA DE HOY LA MADRE DE FAMILIA TRAE A LA NIÑA PORTOAL AL CDI, REFIERE QUE ESTA MEJOR. EL FIN DE SEMANA NO PRESENTO FIEBRE, NI VOMITO. SE OBSERVA A LA NIÑA CON BUEN ANIMO, NO PRESENTA MALESTAR ALGUNO.

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: SALOME MENESES UNIDAD DE ATENCIÓN: PREJARDIN 1 AGENTE EDUCATIVO: LILIANA TOLOSA

MUNICIPIO: SAN MIGUEL FECHA DE INGRESO: 01-03-2025

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)
8-09-25	LA MADRE DE FAMILIA RECOGE A LA NIÑA A LAS 2:40 PM, PARA LLEVAR A CITA MEDICA AL HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA.	X LA DOCENTE ESTABLECE LA NOVEDAD Y HACE FIRMAR, COMO SOPORTE DEL RETIRO DEL CDI DE LA NIÑA		Mayeli Anzaldy

BIENESTAR FAMILIAR

SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO

09-09-25 EL DIA DE HOY LA NIÑA NO ASISTIÓ AL CDI, LA MADRE DE FAMILIA ENVIA MENSAJE DE VOZ A LA DOCENTE. REFIRIENDO. QUE EL DIA DE HOY LA NIÑA NO ASISTIRA YA QUE ANOCHE PRESENTÓ FIEBRE Y PREFIERE ESTAR PENDIENTE POR EL DIA DE HOY. ADEMAS DEBERA SUMINISTRAR MEDICAMENTOS QUE LE RECOMENDO EL DIA DE AYER EL MEDICO. YA QUE SE OBSERVO UNAS PLACAS EN LA GARGANTA QUE LE PRODUCEN DOLOR, ADEMAS DE PRESENTAR UNA PEQUEÑA INFECCION VAGINAL.

DOCENTE

10-09-25 EL DIA DE HOY LA MADRE DE FAMILIA SE COMUNICA CON LA DOCENTE, DANDO A CONOCER QUE LA NIÑA NO ASISTIRA EL DIA DE HOY, POR QUE TIENE FIEBRE DEBIDO A LA INFECCION EN LA GARGANTA, POR LO TANTO PREFIERE CUIDAR EN CASA Y SUMINISTRAR EL MEDICAMENTO A LA HORA INDICADA.

ACCIÓN: POR LA NOVEDAD ANTERIORMENTE ESTABLECIDA LA DOCENTE REMITE A SALUD Y NUTRICION PARA SU RESPECTIVO SEGUIMIENTO, TAMBIEN DA A CONOCER A COORDINACION Y APOYO PSICOSOCIAL.

DOCENTE.

10/09/25 Desde el componente de salud y nutrición se estableció comunicación con la madre para conocer el estado de salud de la menor. Ella informa que la niña continua con fiebre, por tal motivo decidio cuidarla desde casa. Ante esta situación se informa a la madre de realizar la solicitud de permiso y enviar el comprobante del tratamiento referido por el médico para el diagnóstico de la infección de garganta y la vaginosis aguda detectadas el 08 de septiembre.

Se realiza la recomendación de continuar el tratamiento y que se continuará con el seguimiento al estado de salud de la menor.

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
11-09-25	EL DIA DE HOY LA MADRE DE FAMILIA TRAE PUNTUALMENTE A LA NIÑA AL CDI. LE DA A CONOCER A LA DOCENTE QUE DESDE EL DIA AYER YA NO HA PRESENTADO FIEBRE Y SE SIENTE MUCHO MEJOR, REFIERE ADEMAS QUE AÚN SIGUE SUMINISTRANDO LOS MEDICAMENTOS RECOMENDADOS POR EL MEDICO. (TRATAMIENTO POR (7) SIETE DIAS, EL CUAL LE SUMINISTRO ANTES DE VENIR AL CDI.

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

Fundación Almas de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Eilyn Salome Mendoza UNIDAD DE ATENCIÓN: Prejardin 1 AGENTE EDUCATIVO: Liliana Tofiño

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 01-03-2025.

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)
3-9-25	A las 7:28 a.m. la madre de familia envia un mensaje de voz a la docente, informando que la niña la traera después de la hora indicada por que debe llevar a realizar examenes medicos. y en cuanto terminen la traera al CDI.	* la docente recomienda a la madre traer a la niña en cuanto terminen de realizar los examenes medicos * Así mismo informa a la coordinadora el motivo por el cual la niña llegará después de la hora de entrada.		Nataly Anzoat

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Eilyn Salome Mendoza **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Prejardin 1 **AGENTE EDUCATIVO:** Liliana Totoral

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 01-03-2025

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)
20-03-2025	A la 1:00 P.M la madre de familia y el padre recogen a la niña manifestando que tiene cita medica en el hospital fronterizo la dorada	* la docente registra la novedad y hace firmar a la madre de familia.		Nayeli Anzoátegui

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Eilyn Salome Melgoes UNIDAD DE ATENCIÓN: Prejardin 1 AGENTE EDUCATIVO: Liana Tolistar

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 01-03-2025

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)
25-08-25	El día de hoy la madre de familia trajo la niña al CDI puntualmente en donde se evidencia buen estado de ánimo y de salud.	* Resaltar en la madre de familia la importancia de la asistencia al CDI. * Se hara firmar en la tarde ya que la madre de familia debe estudiar y manifiesta que la tarde.		Nayeli Anzasoy

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
21/08/2025.	Posteriormente al reporte realizado por agente educativo se realiza llamada telefonica con madre de familia de la niña, manifestando que la niña se encuentra en adecuadas condiciones. Comenta que aun se encuentran en Nariño en calamidad familiar. Nayely Anzasuy Apoyo Psicosocial.
22/08/2025.	El dia Viernes 22 de agosto se realiza llamado telefonica a madre de familia con el fin de indagar estado de salud fisico y emocional de la niña, comentando la madre que la niña se encuentra muy bien en compañia de familiares. Asi mismo comenta que en la tarde del dia de hoy se ha tomado la decisión de retornar al Putumayo y que el dia lunes la niña regresara al CDI normalmente. Nayely Anzasuy Apoyo Psicosocial.

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Eilyn Salome Meneses UNIDAD DE ATENCIÓN: Prejardin 1 AGENTE EDUCATIVO: Liliana Tutistar

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 01-03-2023

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
20-08-25	El dia de ayer en horas de la tarde el padre de familia se comunica con la docente manifestando que tenian que viajar para el departamento de Nariño, por que fallecio la abuela paterna. Por lo anterior solicita permiso por los dias miercoles, jueves y viernes.	*la docente registra la novedad y remite a la psicosocial. para que realice el respectivo seguimiento teniendo en cuenta que la niña se encuentra fuera del departamento.		

Fundación Alma de Vida
Fortaleciendo vínculos de confianza
Salud mental, pedagogía y desarrollo social

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Eilyd Salome Mendez. **UNIDAD DE ATENCIÓN:** PREJARDIN 1 **AGENTE EDUCATIVO:** Liliana Totistar.

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 01-03-2025

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
6-08-25	A LAS 8:03 AM. LA MADRE DE FAMILIA ED VIA MENSAJE DE VOZ A LA DOCENTE DANDO A CONOCER QUE LA NIÑA TE. DIO TOS. Y LE CAUSO VOMITO; POR LO TANTO LE REALIZARA REMEDIO CASERO PARA CALMAR LA TOS.	* LA DOCENTE RECOMIENDA LLEVAR AL MEDICO SI LA TOS PERSISTE PARA SER VALORADA. Y NO DOSIFICAR * EN HORAS DE LA TARDE LA DOCENTE SE COMUNICARÁ CON LA MADRE DE FA- MILIA PARA SABER COMO SE ENCUEN- TRA LA NIÑA.	DOCENTE.	Nayomy Amado

Fundación Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Eilyn Salome Mendoza UNIDAD DE ATENCIÓN: Prejardin 1 AGENTE EDUCATIVO: Wilmar Torres

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 01-03-2025

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)
28-02-25	A LAS 7:28 A.M DEL DIA DE HOY LA MA PRE DE FAMILIA ENVIA UN MENSAJE DE VOZ SOLICITANDO PERMISO, REFIRIEN DO QUE LA NIÑA HOY A LA MADRUGADA PRESENTÓ FIEBRE, POR LO TANTO PREFIERE CUIDARLA EN CASA Y ESTAR ATENTA SI VUELVE A PRESENTAR FIE BRE, LA LLEVARÁ AL MEDICO.	* LA DOCENTE LE RECOMIENDA CUIDA DOS EN CASA Y SI LA FIEBRE PER SISTE LLEVAR AL MEDICO, DO DOSI FICAR.		Nayeli Amaso4

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
29-07-25	A LAS 6:56 A.M. LA MADRE DE FAMILIA SE COMUNICA VIA TELEFONICA. DANDO A CONOCER QUE EL DIA DE HOY LA NIÑA, TAMPOCO ASISTIRA AL CDI. PORQUE LA LLEVARÁ AL MEDICO. YA QUE SOLICITO CITA TENIENDO EN CUENTA QUE AYER PRESENTÓ FIEBRE. ACCIÓN: LA DOCENTE EN HORAS DE LA TARDE SE COMUNICARA CON LA MADRE DE FAMILIA. PARA SABER QUE DIAGNOSTICO LE DIO EL MEDICO. Y SI LE RECOMENDÓ ALGUN MEDICAMENTO. DOCENTE NAYELY ANZASOY
30-07-25	EL DIA DE HOY LA MADRE DE FAMILIA LLEGA PUNTUAL A DEJAR A LA NIÑA AL CDI, EN BUENAS CONDICIONES DE SALUD, TAMBIEN REFIERE LA MADRE DE FAMILIA QUE DESDE AYER NO HA PRESENTADO FIEBRE, NI MALESTAR. DOCENTE. NAYELY ANZASOY

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: EYLIN SALOME MENESES. **UNIDAD DE ATENCIÓN:** PREJARDIN 1 **AGENTE EDUCATIVO:** LLANA TOTISIAR

MUNICIPIO: SAN MIGUEL **FECHA DE INGRESO:** 01-03-2025

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)
2-07-25	LA MADRE DE FAMILIA DA A CONOCER QUE LLEGARON HOY A LA MADRUGADA DE PITALITO, POR QUE HABIA MUCHO TRANCON EL LA VIA. Y LA NIÑA LLEGO CANSADA Y TRASNOCHADA, POR ESTE MOTIVO EL DIA DE HOY NO ASISTIRA AL CDI, PERO EL DIA DE MAÑANA PORTOALMENTE ESTARA EN EL CDI.	* LA DOCENTE LE DA A CONOCER LA IMPORTANCIA DE LA ASISTENCIA PARA CONSERVAR EL CUPO.	DOCENTE.	MAYELY ANZOATEGUI

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: EYLIN SAIONE MENESES UNIDAD DE ATENCIÓN: PREJARDIN 1 AGENTE EDUCATIVO: LILIANA TOTISTAR.

MUNICIPIO: SAN MIGUEL. FECHA DE INGRESO: 01-03-2025

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)
1-9-2025	A LAS 7:35 A.M LA MADRE DE FAMILIA ENVIA PERMISO ESCRITO AL WHATSAPP. REFIRIENDO QUE SE VIO EN LA NECESIDAD DE VIAJAR A LA CIUDAD DE PITALITO POR UNA CALAMIDAD FAMILIAR. POR LO TANTO SOLICITA PERMISO. POR LOS 4 DIAS DE LA SEMANA YA QUE EL DIA VIERNES VIAJA PARA LA DORADA. COMPROMETIENDOSE A TRAERLO PUNTUAL EL DIA LUNES A LA NIÑA AL CDI.	* LA DOCENTE REGISTRA LA NOVEDAD Y LO DA A CONOCER, QUE INFORMA. DA SOBRE LA NOVEDAD A LA COORDINADORA. YA QUE LOS PERMISOS POR VARIOS DIAS NO ESTAN PERMITIDO H NO SER QUE SEA: REMISION MEDICA, INCAPACIDAD, HOSPITALIZACION. O EL NIÑO (A) SE ENCUENTRE CONFERMO. * LA DOCENTE HARA FIRMAR LA NOVEDAD EL DIA LUNES.	DOCENTE.	NAYELY ANZOATEGUI

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
02-07-2025	LA DOCENTE SE COMUNICA CON LA MADRE DE FAMILIA, SOLICITANDO INFORMACION SOBRE LA NIÑA. LA MADRE DE FAMILIA REFIERE QUE SE ENCUENTRA BIEN DE SALUD Y NO SE HA PRESENTADO NINGUN INCONVENIENTE CON RESPECTO A LA NIÑA. Nayely Anzasoy
03-07-25	LA DOCENTE EL DIA DE HOY, SE COMUNICA NUEVAMENTE CON LA MADRE DE FAMILIA PARA SABER COMO SE ENCUENTRA LA NIÑA, PERO NO RESPONDE AL MENSAJE DE VOZ QUE LE ENVIO. Nayely Anzasoy *LA DOCENTE SE COMUNICA CON LA MADRE DE FAMILIA, MEDIANTE MENSAJE WHATSAPP, PREGUNTANDO CÓMO SE ENCUENTRA LA NIÑA, LA MADRE DE FAMILIA REFIERE QUE SE ENCUENTRA BIEN DE SALUD Y QUE ESTE FIN DE SEMANA YA VIAJAN AL DEPARTAMENTO. Y EL LUNES YA ASISTIRA LA NIÑA

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Eilyn Salome Hoyos. **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Pre Jardin 1 **AGENTE EDUCATIVO:** Liana Tobistar.

MUNICIPIO: San Miguel. **FECHA DE INGRESO:** 01-03-2025

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)
06-06-2025	siendo las 8:00 a.m la madre de familia llega a dejar la niña al CDI y le da a conocer a la docente que hoy en horas de la tarde ella y el esposo tienen que ir a la finca por que hacen temprano tienen que trabajar, por lo anterior solicita permiso para retirar a la niña a las 2:00 pm del CDI	-la docente registra la novedad y le da a conocer a la coordinadora lo anteriormente establecido.	Docente	Noyeli Anzoátegui

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Eilyn Salome Mendez **UNIDAD DE ATENCIÓN:** PRE JARDIN 1 **AGENTE EDUCATIVO:** Liliana T.

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 01-03-2025.

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)
06-2025	A LAS 10:24 A.M. LA MADRE DE FAMILIA ENVIA MENSAJE DE VOZ, DANDO A CONOCER A LA DOCENTE QUE LA NIÑA TIENE UNA CITA MEDICA EN LA CLINICA DE LA HORMIGA, POR LO TANTO DA A CONOCER QUE A LA 1:00 P.M. VIENE A RETIRAR A LA NIÑA AL CDI. SALIDA DE LA NIÑA A LAS 12:59 M.	* LA DOCENTE ESTABLECE LA NOVEDAD Y HACE FIRMAR LA NOVEDAD.	Docente	Nayely Anzoy

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: EILYN SALOME MENESES UNIDAD DE ATENCIÓN: PRE JARDIN 1 AGENTE EDUCATIVO: LILIANA TUTISTAR

MUNICIPIO: SAN MIGUEL FECHA DE INGRESO: 01-03-2025.

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)
09-06-2025	A LAS 7:36 A.M LA MADRE DE FAMILIA MEDIANTE UN MENSAJE DE VOZ MANIFIESTA QUE LA NIÑA AMANECIO CON DAÑO DE ESTOMAGO, PERO NO HA PRESENTADO FIEBRE. POR EL DIA DE HOY MANIFIESTA QUE PREFIERE CUIDARLA EN CASA.	* LA DOCENTE LE RECOMIENDA NO AUTOMEDICAR Y SI LA SOLTORA PERSISTE LLEVAR AL MEDICO PARA SER VALORADA.	LILIANA TUTISTAR. DOCENTE	Nayeli Ancasoy

Fundación Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: ELLYN SALOME MENESES **UNIDAD DE ATENCIÓN:** PREJARDIN 1 **AGENTE EDUCATIVO:** LILIANA TORISTAR

MUNICIPIO: SAN MIGUEL. **FECHA DE INGRESO:** 01-03-2025

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	SEGUIMIENTO	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
23-05-2025	A LAS 8:25 AM LA MADRE DE FAMILIA SE COMUNICA CON LA DOCENTE MEDIANTE UN MENSAJE DE VOZ MANIFESTANDO QUE LA NIÑA DESDE ANOCHE EMPEZO CON MALESTAR Y PRESENTÓ FIEBRE. POR LO TANTO SOLICITA PERMISO PARA CUIDARLA EN CASA.	- RECOMENDAR A LA MADRE DE FAMILIA POR PARTE DE LA DOCENTE ASISTIR AL MEDICO SI VUELVE A PRESENTAR FIEBRE.	- EN HORAS DE LA TARDE LA DOCENTE SE COMUNICA CON LA MADRE DE FAMILIA QUIEN REFIERE QUE NO HA PRESENTADO FIEBRE, PERO TIENE TOS Y UN POCO DE CONGESTION.	DOCENTE	Ruth Espin
27-05-2025	EL DIA DE HOY LA NIÑO NO ASISTIO, LA MADRE DE FAMILIA EN HORAS DE LA MAÑANA 8:17 A.M. SOLICITA PERMISO TAMBIEN POR EL DIA DE HOY REFIRIENDO QUE LA NIÑA SIGUE CON CONGESTION NASAL Y POR EL MAL ESTADO DEL CLIMA NO LA TRAERA, PREFIERE CUIDARLA EN CASA.	- LA DOCENTE RECOMIENDA LLEVAR AL MEDICO SI SIGUE PRESENTANDO SINTOMAS DE RESFRIADO.	-27-05-2025. EL DIA DE HOY LOS PADRES DE FAMILIA VIENEN A DEJAR LA NIÑA EN BUENAS CONDICIONES DE SALUD, NO PRESENTA SINTOMAS DE RESFRIADO.	DOCENTE	Patricio Anzasoy

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Tilyo Meneses UNIDAD DE ATENCIÓN: Prejardin 1 AGENTE EDUCATIVO: Liliana Totistar.

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 01-03-2025

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	SEGUIMIENTO	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
16-05-2025	A las 7:31 a.m. la madre de familia envia un mensaje de voz refiriendo que el dia de ayer en la tarde se fueron para la finca y no alcanzaron a bajar, por lo anterior solicita permiso por el dia de hoy.	- La docente establece la novedad. y recomienda a la madre de familia firmar el dia luego.	-	Docente	Patricia Anzoay
19-05-2025	La madre de familia solicita permiso el dia de hoy. ya que se encuentran en la finca, pero en la tarde ya salen para el pueblo y mañana ya traera a la niño puntualmente	- Registrar la novedad. y recomendar por parte de la docente no hacer faltar mucho la niño al CDI.		Docente	Patricia Anzoay

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: EILYN SALOME HERESES. UNIDAD DE ATENCIÓN: PREJARDIN 1 AGENTE EDUCATIVO: LILIANA TOTISTAR.

MUNICIPIO: SAN MIGUEL. FECHA DE INGRESO: 01-04-2024

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	SEGUIMIENTO	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
11-04-2025	LA MADRE DE FAMILIA SOLICITA PERMISO POR MEDIO DE MENSAJE ESCRITO, QUE LA NIÑA NO ASISTIRA POR CAUSA DE LA LLUVIA Y POR QUE NO.	- REGISTRAR LA NOVEDAD DANDO A CONOCER EL MOTIVO DE INASISTENCIA	- 12-04-2025 ESTE DIA LA NIÑA ASISTE AL CDI EN BUENAS CONDICIONES DE SALUD.		
	TIENE TRANSPORTE PARA VENIR A DEJARLA, REFIERE TAMBIEN QUE SE ENCUENTRA BIEN DE SALUD.				