BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

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

30/01/2025 | Página 2 de 2 | 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: 1126144195

Fecha nacimiento: 22 | 11 | 2021

Nombres: RUBY NELLY

Apellidos: ERAZO

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: 7 AGOSTO

Vereda:

Sector:

Dirección: CASA UBICADA AL COSTADO DEL ANCIANATO.

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: 1089904712

Nombres: RUBY NELLY

Apellidos: ERAZO - LOPEZ

Pais de nacimiento: COLOMBIA

Fecha nacimiento: 25 | 07 | 1988

Correo electrónico:

Número de celular: 3204214516

Número de fijo: 2.

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

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

Nombre y Firma del padre, madre y/o cuidador: Rubi Nelly

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
Fortaleciendo caminos de esperanza

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:

ERIK. FRANCESCO LONDOÑO ERAZO

N° DOCUMENTO: 1126144195 **TIPO DOCUMENTO:** RC X. CC___ OTRO ___

FECHA DE NACIMIENTO: 22-NOV-2021 **EDAD:** 3A-4M.

LUGAR DE NACIMIENTO: ECUADOR-SUCUMBIOS-NUEVA LOJA.

NOMBRE DE LA UDS: CDI FRONTERAS DE PAZ.
CODIGO UDS: 8671126972. **BARRIO/VEREDA:** 7 DE AGOSTO.
FECHA DE INGRESO: 01-04-2025 **FECHA DE RETIRO:** _____

SISBEN: A-2 **EPS:** EMSSANAR **RÉGIMEN (C)**__ **(S)** X.

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

GRUPO ETNICO: SI___ NO X ¿CUAL? _____

GRUPO AFROCOLOMBIANO: SI___ NO X ¿CUAL? _____

NOMBRE DE LA MADRE: RUBY NELLY ERAZO LOPEZ

N° CÉDULA: 1089904712. **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** IGUA-NARIÑO

NOMBRE DEL PADRE: NORBER LONDOÑO VILLEGAS

N° CÉDULA: 9802165 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** GUACHUCAL-NARIÑO

N° DE CELULAR: 320 4214516 - 3133745351

NOMBRE DEL ACUDIENTE: _____

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

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

NUMERO DE CELULAR _____

Rubi Nelly Erazo
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Liliana Tutistar
NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO

3

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1126144195

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 57310773

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
			X			Y 4 Z

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
ECUADOR , SUCUMBIOS , NUEVA LOJA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
LONDOÑO	ERAZO

Nombre(s)
ERIK FRANCESCO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2021 Mes NOV Día 22	MASCULINO	B	+

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
ECUADOR , SUCUMBIOS , NUEVA LOJA

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
REGISTRO DE NACIMIENTO EXTRANJERO	2150713408

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
LONDOÑO VILLEGAS NODIER

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 9802165	COLOMBIANA

Datos del padre o madre (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
ERAZO LOPEZ RUBY NELLY

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1089904712	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
ERAZO LOPEZ RUBY NELLY

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1089904712	Ruby Nelly Erazo

Datos Primer testigo

Apellidos y nombres completos
XXXXXXXXXXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
XXXXXXXXXXXXXXX	SIN FIRMA

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos
XXXXXXXXXXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
XXXXXXXXXXXXXXX	SIN FIRMA

Fecha de inscripción	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2022 Mes MAY Día 16	MAURA MERCEDES CAMACHO TORRES Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.089.904.712**
ERAZO LOPEZ
APELLIDOS
RUBY NELLY
NOMBRES

Rubi Nelly Erazo.
FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **25-JUL-1988**
LEIVA
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.56 ESTATURA **O+** G.S. RH **F** SEXO
26-FEB-2007 PUERTO CAICEDO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-2308000-01237589-F-1089904712-20210609 **00745**76597G 1 9915139774

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **9.802.165**
LONDOÑO VILLEGAS

APELLIDOS
NODIER

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **20-NOV-1983**
GENOVA
(QUINDIO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

11-FEB-2003 GENOVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-6401800-00652875-M-0009802165-20141222 0042013503A 1 43311671

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

A2

GRUPO SISBÉN IV
Pobreza extrema

Fecha de consulta:	25/03/2025
Ficha:	86757023477900000114

DATOS PERSONALES

Nombres:	ERIK FRANCESCO
Apellidos:	LONDOÑO ERAZO
Tipo de documento:	Registro civil
Número de documento:	1126144195
Municipio:	San Miguel
Departamento:	Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:	09/08/2018
Última actualización ciudadano:	08/06/2022
Última actualización via registros administrativos:	

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

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:	MARIA ZORAYDA LINARES MONTE
Dirección:	Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libert
Teléfono:	4210537 - 32131387
Correo Electrónico:	sisben@sanmiguel-putumayo.gov

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	1126144195
NOMBRES	ERIK FRANCESCO
APELLIDOS	LONDOÑO ERAZO
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	14/06/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/10/2025 11:37:29	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS EMSSANAR EPS SAS
Régimen Subsidiado

EMSSANAR EPS SAS, CERTIFICA que el afiliado relacionado a continuación, presenta la siguiente información a la fecha de su expedición:

Tipo y Número de identificación:	RC 1126144195
Apellidos:	LONDOÑO ERAZO
Nombres:	ERIK FRANCESCO
Ficha Sisben:	86757023477900000114
Nivel Sisben:	Nivel I
Grupo Sisben	A02
Tipo de discapacidad:	Ninguna
Plan de salud:	Régimen Subsidiado
Estado de servicio:	Vigente
Fecha de Afiliación:	14/06/2022
Departamento de Afiliación:	PUTUMAYO
Municipio de Afiliación:	SAN MIGUEL
Zona:	Urbana - Cabecera Municipal

IV - Afiliado cumple con metodología IV SISBEN.

IPS de atención de primer nivel

IPS	Direccion	Servicio
ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA - SAN MIGUEL (PUTUMAYO)	KR 7 # 1 - 36	MEDICINA GENERAL

Tiene derecho a recibir los servicios contemplados en el Plan de Beneficios en Salud.
Válida únicamente para comprobación de derechos de la red prestadora, en la fecha de expedición. No es válido para aclarar multiafiliación ni para traslados (Decreto 806 Artículo 55 y 56).

Señores Prestadores: Esta certificación es válida únicamente para corroborar el estado del afiliado en el momento de la prestación del servicio, de la población contratada y remitida periódicamente por la institución según normatividad. En ningún momento esta certificación puede ser empleada para reemplazar las autorizaciones necesarias para la prestación de servicios en los niveles superiores de complejidad

En constancia se firma el 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: ERIK FRANCISCO	Apellidos: IGNACIO ERAZO
Fecha de nacimiento: 22 DÍA / 11 MES / 21 AÑO	Historia Clínica: 1126144195
Barrio/Vereda: B/ 9 DE ABRIL	Responsable del niño:
Teléfono:	EPS: 118

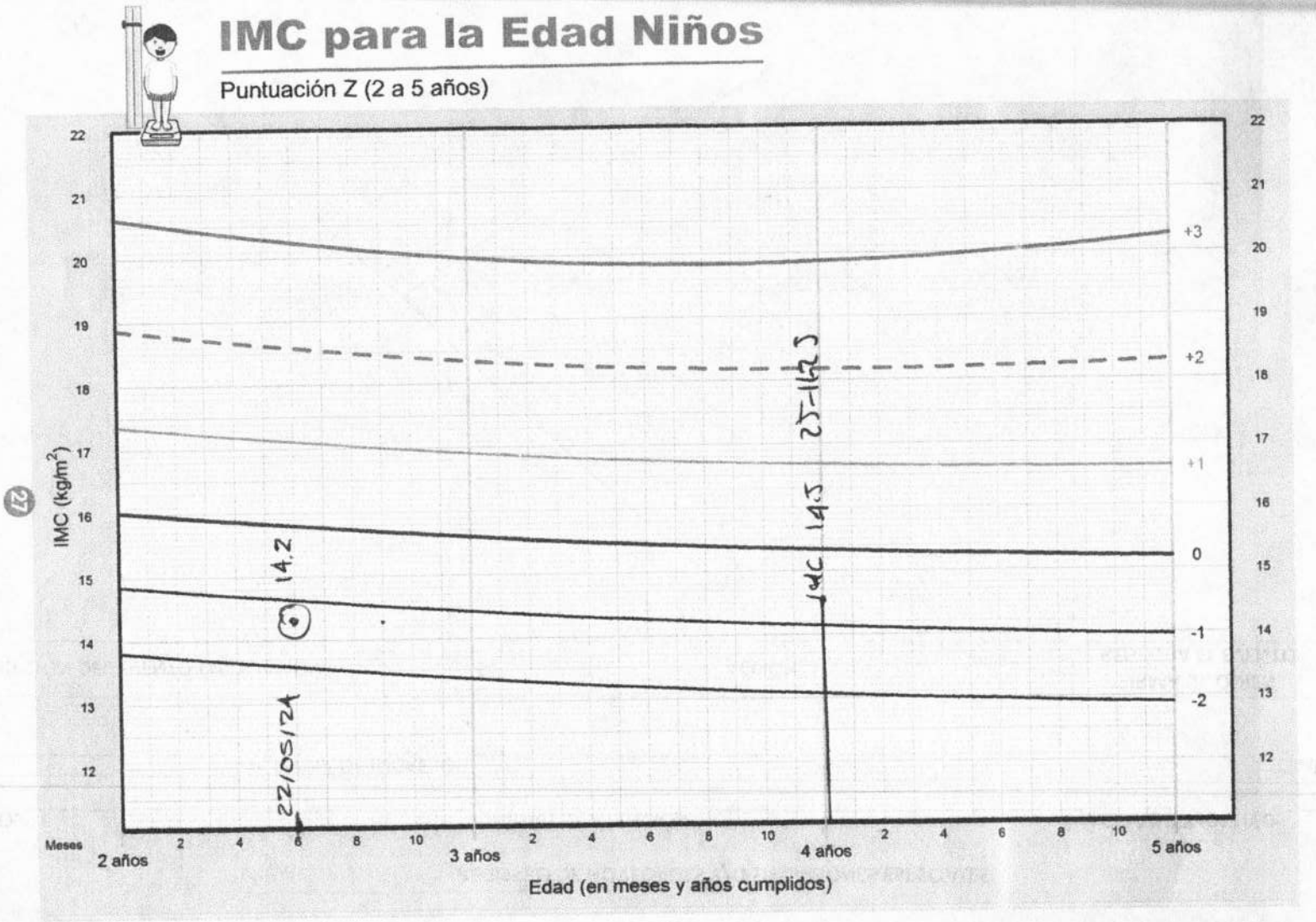
CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
24	07	2022	enfer		
02	Sep	2022	enfermera	Si ✓	
22	Noviembre	2022	Medico	Si ✓	
22	05	23	Enf	Si 02-06-23	
22	11	23	MED	Si	
22	05	24	Enf.	Si ✓	
11	12	24	Med.	✓	
25	11	25	Jefe.	✓ Dyanatasmbe.	
25	11	26	Medico		

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
24-06-22	7,4	71	45	15		24-07-22	JCHO
22-08-22	7925	73	45	15	17,5	22-11-22	Victor Chacón
22/11/22	8,3	76	47	14	14,4	22-05-22	Dra. Magaly Cabrera Médico General R.M. 67027189-Univalle
08-06-23	9,6	80	49	15	15.0	22-11-23	
22-11-23	10	83	49	12	14.5	22-05-24	
22-05-24	91.8	91	49	15.5	14.2	22-11-24	
11-02-2024	13	93	49.5	13	15	-2025	
25-11-2015	14.2	99	47	15	14.2	25-11-2016	

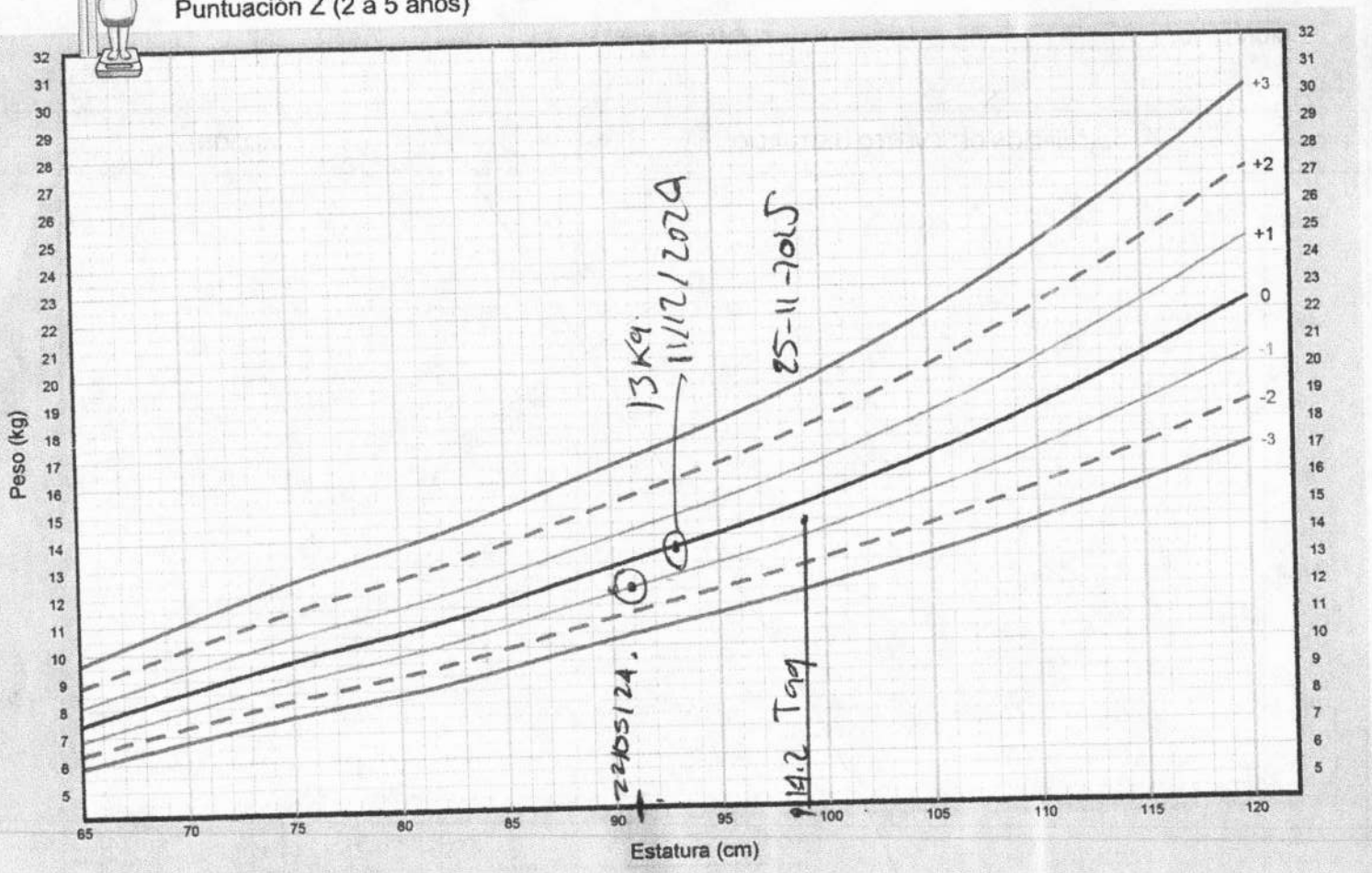
IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)

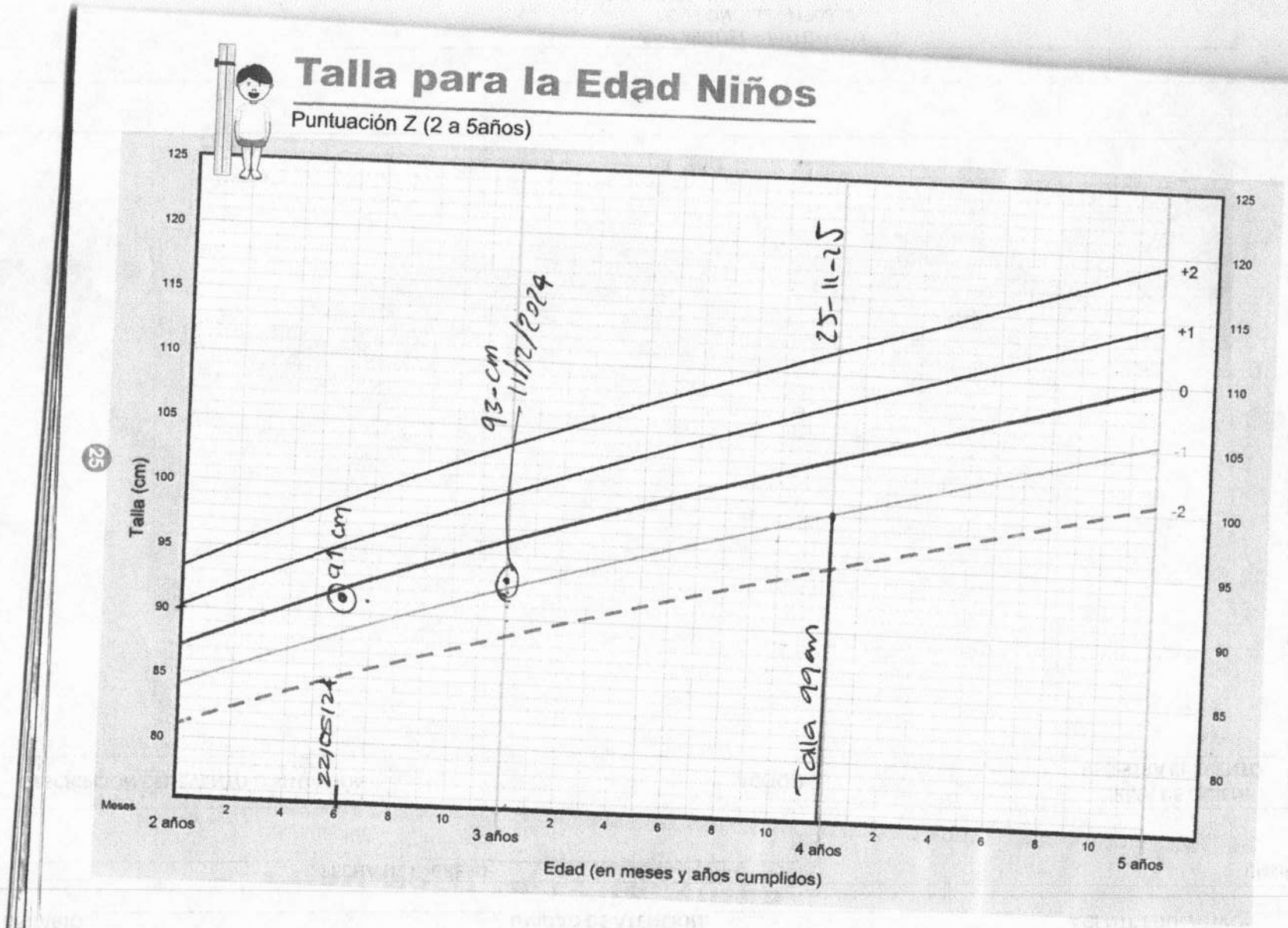


Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



26


Talla para la Edad Niños
Puntuación Z (2 a 5años)
Talla (cm)
Meses
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)
+2
+1
0
-1
-2
91 cm
22/05/24
93 cm
11/12/2024
25-11-25
Talla 99cm

LIBRETA INTEGRAL DE SALUD



- Salud infantil/crecimiento y desarrollo niños menores de cinco años
- Esquema de vacunas

HCU: 2 1 5 0 7 1 3 3 9 0

C.C.:

Nombres: RN. ERIK FRANCESCO

Apellidos: Londoño Erazo

Fecha de nacimiento: 22 | 11 | 2021

Teléfono domicilio: 3733745357

Teléfono celular: 1126144195

Dirección domicilio:

Nombre de la madre/padre: Nelly Erazo lopez.

CC 1089904772

Zona: 1

Distrito: 21D02

Cantón: Lago Agrio

Provincia: Sucumbios

Establecimiento de salud: HGHU1

Unicódigo:

Seguro de salud:

Seguro de la Policía: ☐ Otro: ☐

Seguro de las Fuerzas Armadas: ☐

IESS: ☐

Seguro Social Campesino: ☐ Ninguno: ☐

ES UN DERECHO RECIBIRLA Y SU DEBER CUIDARLA

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Toda una Vida

EL GOBIERNO DE TODOS

Vacunar oportunamente a los niños y niñas con todas las dosis, **disminuye el riesgo** de padecer enfermedades.

Protégelos contra:

Tuberculosis meníngea (BCG), **H**epatitis B, **P**oliomielitis (VIP), **M**eningitis y otras enfermedades causadas por **H**aemophilus **I**nfluenzae tipo b, **D**ifteria, **T**osferina, **T**étanos (Pentavalente), diarrea por **R**otavirus; neumonía, otitis, meningitis bacteriemia causada por **N**eumococo, enfermedad respiratoria causada por el virus de la **I**nfluenza, **S**arampión, **R**ubéola, **P**arotiditis (Triple Viral), **V**aricela, **H**epatitis A, **F**iebre Amarilla, **C**áncer causado por **V**irus de **P**apiloma **H**umano (VPH) y **C**ovid-19.



Las vacunas son seguras y salvan vidas

¡Ponte al Día!

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)

www.**minsalud**.gov.co @MinSaludCol

ATENCIONES DEFINIDAS MEDIANTE RESOLUCIÓN 3280 DEL 2018 PARA LA PRIMERA INFANCIA

Seguimiento al Recién Nacido						D	M	A
Resultado Tamizaje Neonatal	TSH neonatal	Normal		Alterado				
	Auditivo OEA/PEAA	Normal		Alterado				
	Cardiopatía Congénita Compleja	Normal		Alterado				
	Visual	Normal		Alterado				
Atención en salud para la promoción y apoyo a la lactancia materna						D	M	A
Seguimiento a la atención en salud para la promoción y apoyo a la lactancia materna						D	M	A

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

Edad	Fecha (D M A)	Valoración Nutricional				Valoración del Desarrollo												Profesional que atendió perfil
		Peso	Talla	PC	Punt. Z	Motor Grueso			Motor Fino			Audición y Lenguaje			Personal Social			
						A	R	SP	A	R	SP	A	R	SP	A	R	SP	
3 a 5 días																		
Al mes																		
2 a 3 m.																		
4 a 5 m.																		
6 a 8 m.																		
9 a 11 m.																		
12 a 17 m.																		
18 a 23 m.																		
24 a 29 m.																		
30 a 35 m.																		
3 años																		
4 años																		
5 años																		

A Desarrollo adecuado para la edad R Riesgo de problema en el desarrollo SP Sospecha de problema en el desarrollo

Atención en Salud Bucal								
A partir de los 6 meses	D	M	A	Un año	D	M	A
Dos años	D	M	A	Tres años	D	M	A
Cuatro años	D	M	A	Cinco años	D	M	A

Valoración de la Salud Visual - Agudeza Visual							
Tres años	D	M	A	Menor o igual a 20 normal	SI		NO
Cuatro años	D	M	A	Menor o igual a 20 normal	SI		NO
Cinco años	D	M	A	Menor o igual a 20 normal	SI		NO

Suplementación con hierro (Menores de 6 meses con riesgo)			
1 mes	D	M	A
2 a 3 meses	D	M	A
4 a 6 meses	D	M	A

Fortificación casera con micronutrientes en polvo 6 a 23 meses			
6 a 8 meses	D	M	A
12 a 17 meses	D	M	A
18 a 23 meses	D	M	A

Suplementación con micronutrientes (Hierro y Vitamina A)							
2 años	D	M	A	D	M	A
3 años	D	M	A	D	M	A
4 años	D	M	A	D	M	A
5 años	D	M	A	D	M	A

Desparasitación			
1 año	D	M	A
2 años	D	M	A
3 años	D	M	A
4 años	D	M	A
5 años	D	M	A

Tamizaje para Anemia - Hemoglobina (Según criterios de riesgo)				
D	M	A	Resultado	

Educación para la Salud en la Primera Infancia			
Edad	Fecha	Tema	Observaciones

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Salud



Carné de Vacunación

Nombres y Apellidos: Erik Francesco Londoño Erazo

Tipo de Documento: R.C ✓ | T.I | OTRO — No. de Documento: 1.726.144.795.

Fecha de Nacimiento: 22 DIA | 11 MES | 2021 AÑO

Sexo: masculino

Grupo sanguíneo: Rh:

Peso al nacer: Talla:

Dirección:

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Responsable: Ruby Nelly Erazo lopez

Municipio de residencia: San Miguel

Departamento: putumayo

1.089.909.712.

Nombres y Apellidos: _____ Tipo de Indentificación _____ No. ID: _____

Edad	Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellido del vacunador
						Lactancia materna exclusiva Si☐ No☐						
Recién Nacido	BCG	Única	23	11	21	Serum	037796209	HGMU				Hilary C.
	Hepatitis B	Recién nacido				Serum						
						Lactancia materna exclusiva Si☐ No☐						
2 meses	Poliomielitis	1ª	28	07	22	Biologicals	2105007					
	*Pentavalente	1ª	28	07	22	Serum	2850X035B					
	Rotavirus	1ª	28	07	22	GSK	AROLC77AF	HFUD				Karen A.
	Neumococo PCV 10☐ PCV 13☐	1ª	28	07	22	pfizer	ADPNB301EA					
						Lactancia materna exclusiva Si☐ No☐						
4 meses	Poliomielitis	2ª	04	04	22	Biologicals	2105007					
	Pentavalente	2ª	04	04	22	Serum	2850X035B					
	Neumococo PCV 10☐ PCV 13☐	2ª	04	04	22	pfizer	ADPNB315BA	HFUD				Karen A.
	Rotavirus	2ª	04	04	22	GSK	AROLC838AL					
						Lactancia materna exclusiva Si☐ No☐						
6 meses	Poliomielitis	3ª	08	06	22	Biologicals	2115006	HFUD				Karen A.
	Pentavalente	3ª	08	06	22	Serum	2850X038	HFUD				Karen A.
	Influenza estacional	1ª	08	06	22	Butantan	V502222008					
7 meses	Influenza estacional	2ª	12	07	22	Butantan	V502222008	HFUD				Karen A.
12 meses	Sarampión, Rubéola , Paperas	1ª	24	11	22	Serum	0130N0131A					
	Neumococo PCV 10☐ PCV 13☐	Refuerzo	08	06	22	GSK	ADPNB342AA					
	Varicela	1ª	24	11	22	Merck	W022082.	HFUD				Talya Guevara
	Hepatitis A	Única	24	11	22	Merck	W004802.	HFUD				
	**Influenza estacional	Anual	12	06	23	Green Cross	V508230G1					
18 meses	Poliomielitis	1er Refuerzo	12	06	23	Biologicals	220W16A					
	Pentavalente	1er Refuerzo	12	06	23	Serum	2851X040C	HFUD				Talya G.
	Sarampión, Rubéola , Paperas	Refuerzo	12	06	23	Serum	0131NU71A	HFUD				Talya G.
	***Fiebre Amarilla	Única	24	11	22	Sanofi	V3E37					
5 años	Poliomielitis	2do Refuerzo										
	Difteria, Tétanos, Tosferina	2do Refuerzo										
	Varicela	Refuerzo										
A partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH) Tetra☐ Nona☐											
Sin rango de edad	Covid-19											
Vacunas complementarias y otras dosis	S.R.		22	11	23	Serum	0122W108	HFUD				Sculy M

Cita: 5 años

*Difteria-Tétanos-Tosferina-Hepatitis B-Haemophilus influenzae tipo b **De acuerdo al antecedente de primovacunación ***A los 12 meses en municipios priorizados de acuerdo a la normatividad vigente

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 nutr

Esquema de vacunación niños menores de un año

Tipo vacunas	Dosis	Edad óptima de vacunación	Fecha de aplicación día	mes	año	Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de salud
*BCG (Meningitis)	1 dosis	dentro de las 24 horas	23	11	21	12h	03796 209	IRE Hilary Compoc	HGMVI
Hepatitis B (HB cero)	1 dosis	dentro de las 24 horas							
**Rotavirus (Diarrea)	1ra. dosis	2 meses	28	1	2022	2m	APOIC988AF	E.SE HFID	Karen A
	2ra. dosis	4 meses	4	4	2022	4M	APOIC888AK	HFID	Karen A
Pentavalente (Difteria, Tosferina, Tétanos, Hepatitis B, Meningitis, Neumonía)	1ra. dosis	2 meses	28	1	2022	2m	28504035B	E.SE HFID	Karen A.
	2da. dosis	4 meses	4	4	2022	4M	28504035B	HFID	Karen A
	3ra. dosis	6 meses	8	6	2022	6M	28504035B	HFID	Karen A
***fIPV (Poliomielitis)	1ra. dosis	2 meses	28	1	2022	2m	2105001	E.SE HFID	Karen A
	2da. dosis	4 meses	4	4	2022	4M	2105001	HFID	Karen A
**bOPV (Poliomielitis)	3ra. dosis	6 meses	8	6	2022	6M	2115006	HFID	Karen A
Neumococo conjugada (Neumonía, Meningitis, Otitis)	1ra. dosis	2 meses	28	1	2022	2m	ASPNB 301EA	E.SE HFID	Karen A.
	2da. dosis	4 meses	4	4	2022	4M	ASPN B315BA	HFID	Karen A
	3ra. dosis	6 meses	08	06	22	6mes		HFID	Karen A.

* BCG dosis única: se administraría hasta los 11 meses 29 días.
** Rotavirus. La segunda dosis podrá administrarse hasta los 7 meses de edad (7 meses 29 días).
*** El intervalo entre fIPV (1) y fIPV (2) debe ser de 8 semanas.
**** DT solo ante casos de reacción anafiláctica al componente pertusis de la vacuna pentavalente que incluye componente DPT.
***** El uso de vacuna HB pediátrica en niños que tuvieron reacción anafiláctica a la vacuna pentavalente. Se administrará HB pediátrica más DT pediátrica.

Esquema de vacunación niños de 12 a 23 meses

Tipo vacunas	Dosis	Edad óptima de vacunación	Fecha de aplicación día	mes	año	Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de salud
SRP (Sarampión, Rubeola, Parotiditis)	1a. dosis	12 meses	24	11	22	1A	0130N033B	Karen A	HFID
TV SR	2a. dosis	18 meses	12	6	23	1y6M	0131N071A	Eduar I	HFID
Fiebre amarilla	1a. dosis	12 meses	24	11	22	1A	U016461	Karen A	HFID
Varicela	1a. dosis	15 meses	24	11	22	1A	T036268	Karen A.	HFID
DPT (Difteria, Tosferina, Tétanos)	1er. refuerzo (4a. dosis componente DPT)	18 meses	12	06	23	1y6M	Serum	28504038D	HFID
bOPV (Poliomielitis)	1er. refuerzo (4a. dosis)	18 meses	12	06	23	1y6M	Serum	220608	HFID

ERIK

Esquema de vacunación niños de 5 a 15 años

Tipo vacunas	Dosis	Edad óptima de vacunación	Fecha de aplicación día	mes	año	Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de salud
bOPV	5ta. dosis	5 años							
*DPT	*5ta. dosis	5 años							
dT adulto	3er. refuerzo	15 años							

* DPT 5ta dosis o 2do refuerzo, se aplica y se registra siempre y cuando se verifique en el carnet que se ha recibido las 3 dosis de pentavalente y la 4a dosis con DPT; caso contrario proceder con la aplicación de, 1a dosis al primer contacto; 2a. dosis al mes de la primera dosis; 3a. dosis a los 6 meses después de las segundas dosis; 4a. dosis al año de la 3a dosis; 5a dosis al año de la cuarta dosis en otras vacunas.

Otras vacunas (de 0 a 15 años)

Tipo vacunas	Dosis	Edad óptima de vacunación	Fecha de aplicación día	mes	año	Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de salud
Influenza H1A	1d	Unica	8	6	2022	6M	V802222008	Karen A	HFID
Influenza H1A	2d	Unica	12	7	2022	7M	V802212008	Karen A	HFID
Neumococo	Unica	1A	24	11	2022	1A	T036268	Tanya G	HFID
Influenza	Ref	1y6M	24	11	2022	1A	ASPNB338K	Tanya G	HFID
SR	Ref	2A	Serum				V2023001	Eduar I	HFID
			22	11	23	Serum	220608	HFID	Kenny

Observaciones: CMA: 5 AÑOS.

0216123



Salud Infantil

RECIÉN NACIDO

PESO AL NACER: 2900 g

<2500 g ○ >4000 g ○

P. CEFÁLICO cm: 34,7

LONGITUD cm: 49,

EDAD GESTACIONAL: sem. 37 días. FUM ○ ECO ○ ○ ESTIMADA

PESO E.G.: adec. ⊗ peq. ○ gde. ○

APGAR (min): 1er 9 — 5to 10 — 10mo n/a ○

REANIMACIÓN

	no	si		no	si
estimulac.	○	⊗	tubo endotraq.	⊗	○
aspiración	○	⊗	masaje c.	⊗	○
máscara	⊗	○	medicación	⊗	○
bolsa	⊗	○			

ATENDIÓ: médico obst. enf. auxil. estud. empir. otro

PARTO ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

NEONATO ⊗ ○ ○ ○ ○ ○ ○

LUGAR DE PARTO: Establecimiento de salud ⊗ Domicilio ○ Otro ○

MÉTODO CANGURO: Amerita no ⊗ si ○ — Se aplica si ○ no ○

EXAMEN FÍSICO NORMAL: no ○ si ⊗

DEFECTOS CONGÉNITOS: no ⊗ menor ○ mayor ○

CIE 10:

Tipificación R.N. .....

Vitamina K: no ○ si ⊗

Profilaxis Ocular: no ○ si ⊗

ENFERMEDADES

ninguna ⊗ 1 ó más ○

CIE 10: 2380

TAMIZAJE METABÓLICO: Se realiza ○ No se realiza ○ n/a ○

TAMIZAJE AUDITIVO: Pasa OI ○ OD ○ — No pasa OI ○ OD ○ — No se hace ○

Apego inmediato: no ○ si ⊗

Ligadura de cordón al cesar pulsaciones: no ○ si ⊗

EGRESO RN

PESO AL EGRESO: ____ g

FECHA AL ALTA: ____

Meconio 1er. día: no ○ si ○

Lactancia inmediata: no ○ si ⊗

ALIMENTO AL ALTA: lactancia exclusiva ⊗ parcial ○ artificial ○ leche humana ○

Responsable egreso materno / nombres completos / sello .....

○ Alerta

19
R/V

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: 2.47 p.m

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Erick Francesco APELLIDOS Londoño Erazo.

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1.126.142.195.

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 22 MES: 11 AÑO: 2021 EDAD: 3 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Emssanar Tel. 3133745357

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

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

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

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

Miedo a la reacción

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

EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD

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

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

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

Firma de la persona: Rubi Nelly Erazo

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

Nombres Rubi Nelly Apellidos Erazo

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 1089904712

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 Anos Erazo

Firma Isabel Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1004695978

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFLD

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.

RECOMENDACIONES

- Cepillate los dientes despues de cada comida
- mantenga una dieta balanceada baja en azucares y carbohidratos
- Cambia tu cepillo de dientes cada 2 meses si tiene gripa o tos, cambialo inmediatamente

Tu sonrisa refleja lo que tu eres

I.A.M.I. INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y DE LA INFANCIA

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

MI CARNET DE HIGIENE ORAL

E.P.S. Emssanar
Nombres: Erik francesco
Apellidos: Londoño Erazo

Sexo: X | Fecha de Nacimiento: 22 | 11 | 21
Identificación: 1126194195
Dirección: N.H.C.

Servimos con amor

FECHA	PROCEDIMIENTO CP	S	F	D	PRÓXIMA CITA
20-02-23	X		X	20-8-23	
22-05-23	X		X	22-02-24	
19-03-24	X		X	19-Sep-24	
26-09-24	X		X	26-03-25	
26-03-25	X	X	X	26-Sep-25	
01-10-25	X	X	X	01-Abril-2026	

Stephanny Ortega
ODONTOLOGA
Reg. 52-570

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 ERICK FRANCESCO LONDOÑO ERAZO, identificado (a) con documento de identidad número 1126 144 195, 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, RUBY ERAZO, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1089904712, 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: Rubi Nelly Erazo
Nombre: Rubi Nelly Erazo
Calidad - Titular: X Representante legal: ____
Teléfono de contacto: 320 4214516 - 3133745351
Fecha: 04-04-2025
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

Rubi Nelly Erazo
Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Agente educativa

Huella del niño/niña

Erik Londoño

con daño

25

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 43235-1	Pago oportuno hasta:	02/04/2025	Mes Facturado
Factura Nro	2037043329	Suspensión a partir de:	03/04/2025	MARZO 2025

1.Información Genera

Nombre:	RIGO BERTO TORO GUERRA									Último pago	$ 230,430
Dirección:	BR 7 AGOSTO									Tuve servicio de energía entre:	20-FEB-2025 - 19-MAR-2025 (27)
Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Área	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Código Tarifa	División Geopolítica
SM1	S105	233	1	RESIDENCIAL	URBANA	1	2	AEREA	EMPRESA	105	SAN MIGUEL - 7 DE AGOSTO

Tipo de Documento	Fecha y hora de Emisión	Fecha y hora de Generación	Medio de Pago	Forma de Pago	Factura Electrónica de Venta
FACTURA DE VENTA	22/03/25	22-MAR-25	PAGO EN EFECTIVO	CONTADO	EEBP - 168697

2.Información Consumo Energía

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

2A.Información Medidor

Marca	Serial	Factor Multiplo
APP	4604498465	1

2B.Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	11168	10954
Reactiva:		

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

2C.Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	214		
Consumo Reactiva KVarh:	0		
Costo del consumo $	222153.4		
Tarifa (hasta 173 Kwh):	415.24		
Subsidio: %	60	$	-107754.78
Contribución: %	0	$	0
Sub Total $	114398.62		

Meses en deuda: 1 — % Tasa Interés Moratorio: 0.5

2D.Consumo Últimos 6 Meses

	Mes	Activa	Reactiva
2024	SEPTIEMBRE	421	0
2024	OCTUBRE	353	0
2024	NOVIEMBRE	398	0
2024	DICIEMBRE	370	0
2025	ENERO	399	0
2025	FEBRERO	318	0
	PROMEDIO	377	0

2E.Información Calidad del Servicio

Tel. O.R EEBP: 01 8000 942415
Transformador: SDP004 Grupo: 22
DIUG: 30.24 FIUG: 19 Circuito: C14
Cargo D: 249.0104 Dscto %t:20
CEC: 0
DIU: 81.94 FIU: 96
HC: 0 VC: 0
Valor a Compensar: 0

3.Información de Créditos EEBP

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

Gerente General

4.Detalle Conceptos del Servicio de Energí

Conceptos EEBP	Valor Liquidado	Saldo Anterior	Saldo a Favor o Anticipado	Total
ACTIVA SENCILLA MONOMIA	222,153.40	.00	.00	222,153.40
SUBSIDIO	-107,754.78	.00	.00	-107,754.78
AJUSTE A SUBSIDIO	3,224.79	.00	.00	3,224.79
AJUSTE A LA DECENA	2.59	.00	.00	2.59

5.Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP 117,626

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	26.844	0	26,844

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
117,626	26,844	6,000	0	$ 150,470

CUFE: a6f210cba05fe303f819b15e090ed549f8a4b0f9a0518017a664284faf7324b13e52433468a350a7d16ec92a19f159

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

(415)7709998005532(8020)1000203704332944(3900)0000150470(96)20250402

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

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

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad La Dorada San Miguel

Nombre completo de la niña o niño ERICK FRANCESCO LONDOÑO ERAZO

Fecha de nacimiento 22 Mes 2021 **N° Documento de Identidad** 1126144195

Sexo Masculino ⊗ Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** 01 04 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Liliana Tutistar

Fecha de registro cualitativo Día 2 Mes 07 Año 2025

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

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

Observaciones generales
ERICK SE ENCUENTRA EN UN RANGO ESPERADO DE DESARROLLO DE ACUERDO A SU EDAD, EVIDENCIANDO UN PROGRESO Y HABILIDADES PROPIAS A SU EDAD, POR LO TANTO SE SEGUIRA FORTALECIENDO DIA A DIA CON ACTIVIDADES PRACTICAS.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador LILIANA TUTISTAR ROJ.

Fecha de registro cualitativo Día 1 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
ERICK PRESENTA UN DESARROLLO INTEGRAL ESPERADO YA QUE MUESTRA HABILIDADES MOTRICES, FINAS Y GRUESAS DE ACUERDO A SU RANGO DE EDAD, ES UN NIÑO QUE SE RELACIONA POSITIVAMENTE CON SUS PARES, OBSERVA CON ATENCION SU ENTORNO, DA A CONOCER DIFERENTES EMOCIONES POR MEDIO DE LENGUAJE VERBAL Y NO VERBAL.

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)***

PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL

ración 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: ERICK FRANCISCO LONDOÑO UNIDAD DE ATENCIÓN: PREJARDIN 1 AGENTE EDUCATIVO: Wendy Tobar

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)
24-6-25	A LAS 7:33 LA MADRE DE FAMILIA REALIZA LLAMADA TELEFONICA A LA DOCENTE SOLICITANDO PERMISO POR EL DIA DE HOY YA QUE POR LA FUERTE LLUVIA NO PUEDE VENIR A DEJAR AL NIÑO, PREFIERE EVITAR QUE SE MOJE Y SE ENFERME.	X LA DOCENTE REGISTRA LA NOVEDAD.		Recibido

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
40-23	EL NIÑO ASISTE EL DIA DE HOY EN BUEN ESTADO DE SALUD, EMOCIONALMENTE TAMBIEN Tatiana R

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: ERICK FRANCESCO LONDOÑO UNIDAD DE ATENCIÓN: PREJARDIN 1 AGENTE EDUCATIVO: LILIANA 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 SE COMUNICA CON LA DOCENTE QUIEN MANIFIESTA QUE EL DIA DE AYER ACCIDENTALMENTE SE QUEMO CON EL ESCAPE DE LA MOTO CAUSANDO UNA LESION MAS ARRIBA DEL TOBILLO, RAZON POR LA CUAL SOLICITA PERMISO YA QUE LE ESTA BRINDANDO LOS CUIDADOS NECESARIOS EN EL HOGAR Y LLEVARA AL CENTRO DE SALUD A REALIZAR CURACIONES.	* LA DOCENTE RECOMIENDA ESTAR ATENTA A LA EVOLUCION DE LA LESION HERIDA. * EVITAR QUE EL NIÑO REALICE ACTIVIDADES QUE PUEDA AFECTAR O AGRAVAR LA LESION. * LA DOCENTE REPORTA ESTE CASO A COORDINACION Y APOYO PSICOSOCIAL, PARA REALIZAR SU RESPECTIVO SEGUIMIENTO.		Rubi Nelly

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
28-10-25	LA DOCENTE SE COMUNICA CON LA MADRE DE FAMILIA PARA SOLICITAR INFORMACION SOBRE LA EVOLUCION DE LA LESION, PARA LO SIGUIENTE MANIFIESTA QUE LO ESTA BRINDANDO LOS CUIDADOS NECESARIOS EN EL HOGAR, TAMBIEN REFIERE QUE LO ESTA APLICANDO UNA CREMA QUE LO RECOMENDARON EN LA FARMACIA Y YA LO ESTA SECANDO LA QUEMADURA. Rubi Nelly
28/10 2025	Se realiza seguimiento a vía llamada de voz a las 2.10pm. (el padre) se presenta y se procede a preguntar como va el estado de salud del menor, con la herida en el pie de la quemadura con el exosto de la moto, el padre refiere "que lo llevaron a la drogueria y que le dieron unas cremas para aplicarle y ya se le esta secando ya le he mandado foto de como va la herida dra profe y apenas este completamente sano ya lo mandamos" se recomienda llevarlo al Hospital para que le continuen con un tratamiento acorde al diagnostico y se recomienda hacer llegar los soportes de la orden del tratamiento y fotos de los medicamentos que se le estan aplicando. Estefany Blandón
29/10 2025	Se realiza seguimiento al estado de salud del menor, la madre refiere que ya esta mejorando la quemadura y hoy no la trajo por la lluvia porque el caño y no se puede pasar, procedo a retomar y continuar con los tratamientos y cuidados en casa. se procede a despedir
30/10 2025	Se realiza seguimiento al estado de salud del menor, la padre refiere "el niño ha estado mas seguito, le cuento que han no lo hemos llevado al CPI, porque aun no le ha cerrado la herida, para evitar que se lastime ella, o asi jugando con los demas" procedo a recomendarle seguir con el tratamiento en casa y los cuidados pertinentes. y llevarlo al medico para que continue con un diagnostico adecuado. Rubi Nelly

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
31/10/2025	Se realiza seguimiento al estado de salud del menor, se pregunta como sigue el niño con la quemadura, el padre de familia refiere "ya se le está secando bien" se procede a realizar las recomendaciones de cuidado en casa y seguir con el tratamiento. Si no se muestra mejoría llevarlo al hospital Stefany Blandón Linares

Fundación Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: ERICK FRANCESC LONDOÑO UNIDAD DE ATENCIÓN: PREJARDIN 1 AGENTE EDUCATIVO: LILIANA 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)
07-03-25	LA MADRE DE FAMILIA SOLICITA PERMISO MEDIANTE MENSAJE DE TEXTO, DANDO A CONOCER QUE EL DIA DE HOY, TOSE UN POCO POR LO TANTO NO TRAERA AL NIÑO, PERO EL DIA DE MAÑANA ASISTIRA NORMALMENTE REFIERE TAMBIEN QUE LA LESION YA ESTA SANA. CON LOS CUIDADOS BRINDANDO LOS CUIDADOS NECESARIOS.	VIA DOCENTE SE DA A CONOCER LA IMPORTANCIA DE LA ASISTENCIA.	DOCENTE.	Rubi Nelly

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
30-10-25	LA MADRE DE FAMILIA REFIERE QUE HOY CUIDARA AL NIÑO EN EL HOGAR YA QUE NO ALCANZA A VENIR A DEJARLO POR MOTIVOS DE TRABAJO, REFIERE TAMBIEN QUE YA SE ENCUENTRA MUCHO MEJOR DE LA LESION EN LA PIERNA.

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: ERICK LONDOÑO **UNIDAD DE ATENCIÓN:** PREJARDIN 1 **AGENTE EDUCATIVO:** GLADYS TOTASAR

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	SE REALIZA REVISION DE CARPETA EVIDENCIANDO QUE EN EL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO NO SE ENCUENTRA DILIGENCIADO, LOS DATOS DE PERIMETRO BRAQUIAL Y IMC. EN LA REGILLA Y EN LA HOJA DE CONTROL.	*LA DOCENTE LE DA A CONOCER A LA MADRE DE FAMILIA, LO ANTERIORMENTE ESTABLECIDO; POR LO TANTO LE RECOMIENDA ASISTIR AL HOSPITAL, PARA QUE LO ESTABLEZCAN EN LA ROJILLAS Y CONTROL LOS DATOS. FALTADOS COMO IMC Y PERIMETRO BRAQUIAL.	DOCENTE.	RUBI NELLY ERAZO

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: ERICK LONDOÑO UNIDAD DE ATENCIÓN: PREJARDIN 1 AGENTE EDUCATIVO: SAN MIGUEL

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)
29-05-2025	EL NIÑO LLEGA EL DIA DE HOY CON SUS PADRES A LAS 7:58 a.m. Y SE EVIDENCIA UN GOLPE Y ROSPON EN LA CEJA IZQUIERDA, LA MADRE REFIERE QUE ANOCHE SE CAYO DE LA CAMA EL ESTABA JUGANDO. ELLA DICE QUE NO LE HIZO CORACIONES PORQUE NO SE DEJA Y LLORA.	- LA DOCENTE REGISTRA LA NOVEDAD YA QUE EVIDENCIÓ EL GOLPE EN LA CEJA DEL NIÑO. - SE RECOMIENDA HACER CORACION EN EL GOLPE Y LLEVARLO AL HOSPITAL PARA VALORACION MEDICA	- EL CASO ANTERIOR SE LO REPORTA AL APOYO EN NUTRICION Y PSICOSOCIAL PARA SU RESPECTIVO SEGUIMIENTO		RUBI Nelly
		-A LA 9:15 A.M SE LLEVA LLAMADO DE TELEFONICO, SOLICITANDO RECOGER AL NIÑO, CON EL OBJETIVO DE QUE REALICE EL CORDADO DEL Y LLEVAR AL HOSPITAL, TENIENDO EN CUENTA QUE SE EVIDENCIA UN HEMATOMA EN SU FRENTE LADO IZQUIERDO.	-9:40 A.M EL PADRE DE FAMILIA VIENE A RECOGER AL NIÑO AL CDI, REFIRIENDO QUE LE HARA CORACION Y CUIDADO EN CASA.		

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
30-05-2025	EL DIA DE HOY EL NIÑO NO ASISTE AL CDI, LA DOCENTE DIALOGA CON EL PADRE DE FAMILIA, QUIEN REFIERE QUE HOY EL NIÑO NO ASISTIRA, POR QUE DESDE EL DIA DE AYER LE ESTAN REALIZANDO CORACIONES EN EL HOSPITAL Y EL DIA DE HOY TIENE CITA A LAS 9:00 A.M. Y DE ALLI LO LLEVARAN A LA CASA PARA CUIDARLO Y QUE REPOSE, ASI EVITAR QUE DE PRONTO SE LASTIME EN EL CDI JUGANDO. Ruby Nelly
3-06-2025.	EL DIA DE HOY EL NIÑO ASISTE AL CDI. EN BUENAS CONDICIONES DE SALUD, Y EL RASPON QUE PRESENTO, POR CAIDA EN LA CASA, YA SE EVIDENCIA SECO Y SANO. Ruby Nelly

Fundación Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Erik Francisco Londoño **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Pre-jardín 1 **AGENTE EDUCATIVO:** Liliana Tutistar

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 1-04-2025

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
29-05-2025	El niño asiste a la unidad, donde se evidencia que tiene un golpe y rospon en la ceja.	Se realiza acompañamiento en horas de la mañana al niño, para que asista por el area de urgencias para que sea atendido donde la enfermera le realiza un lavado y refiere que el golpe no es de gravedad y por este motivo le dan salida. Por parte del equipo interdisciplinario se recomienda realizarle los cuidados pertinentes en casa. y se presenta signos de alarma dirigirse nuevamente al hospital.	Nutricionista Apoyo Psicosocial	Andrea Torres

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
30/05/2026	Se realiza llamada telefonica al Padre de Familia, para conocer como sigue el niño del accidente que sufrio en su frente, donde el refiere que el niño se encuentra mejor, que le esta haciendo Curaciones en casa y que por este motivo no lo lleva hoy a la unidad de atencion. Para los dias 31 de mayo y 1, 2 de junio se realiza llamada telefonica al Padre de Familia, donde refiere que el niño esta bien y que los lavados realizados en casa han dado resultado.
3-06-2026	Para este dia el niño asiste a la unidad de atención, a simple vista el niño se observa bien de su golpe, se encuentra interactuando con los demás niños y su alimentación es adecuada. Apoyo Psicosocial Antropologa.