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: 1126.144653

Fecha nacimiento: 27 | 12 | 2021

Nombres: JOHO YAMIR.

Apellidos: ARTEAGA

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: BARRIO

Barrio: Paraiso

Vereda:

Sector:

Dirección: Frente del Hospital Por urgencias

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: 1004673511

Nombres: MELISA

Apellidos: YANDUN.

Pais de nacimiento: COLOMBIA.

Fecha nacimiento: 20 | 03 | 1998

Correo electrónico:

Número de celular: 317.582.5809

Número de fijo:

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:

Nombre y Firma del profesional que diligencia:

Observaciones:

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:

JEICO YAMIR ARTEAGA YANDUN

N° DOCUMENTO: 1126.144653 **TIPO DOCUMENTO: RC** X **CC** ___ **OTRO** ___

FECHA DE NACIMIENTO: 27-DICIEMBRE-2021 **EDAD:** 3A - 3M.

LUGAR DE NACIMIENTO: LAGO AGRIO – ECUADOR, SUCUMBIOS

NOMBRE DE LA UDS: CDI. FRONTERAS DE PAZ.
CODIGO UDS: BG7571126972. **BARRIO/VEREDA:** SIETE DE AGOSTO.
FECHA DE INGRESO: 01-04-2025 **FECHA DE RETIRO:** _____

SISBEN: A2. **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: Melisa Yandun

N° CÉDULA: 1004673511 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Miguel

NOMBRE DEL PADRE: LUIS ALBERTO ARTEAGA ARAUJO.

N° CÉDULA: 1123201098. **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** ANCUYA

N° DE CELULAR: 317.532.5809.

NOMBRE DEL ACUDIENTE: _____

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

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

NUMERO DE CELULAR _____

_____ LILIANA TOTISTAR ROJ.

FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE **NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO**

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1126144653

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 64355008

- 64355008 -

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

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

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

ECUADOR , SUCUMBIOS , NUEVA LOJA

Datos del inscrito

Primer Apellido: ARTEAGA

Segundo Apellido: YANDUN

Nombre(s): JEICO YAMIR

Fecha de nacimiento: Año 2021 Mes DIC Día 27

Sexo (en letras): MASCULINO

Grupo sanguíneo: B

Factor RH: +

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

ECUADOR , SUCUMBIOS , LAGO AGRIO, NUEVA LOJA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: REGISTRO DE NACIMIENTO EXTRANJERO

Número certificado de nacido vivo: 2150719488

Datos de la madre o padre (Para casos de parejas homosexuales con hijos mancomunados, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: ARTEAGA ARAUJO LUIS ALBERTO

Documento de identificación (Clase y número): CC 1123201098

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre o madre (Para casos de parejas homosexuales con hijos mancomunados, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: YANDUN RUIZ DAYAN MELISA

Documento de identificación (Clase y número): CC 1004673511

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: YANDUN RUIZ DAYAN MELISA

Documento de identificación (Clase y número): CC 1004673511

Firma:

Datos Primer testigo

Apellidos y nombres completos: XXXXXXXXXXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número): XXXXXXXXXXXXXXX

Firma: SIN FIRMA

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos: XXXXXXXXXXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número): XXXXXXXXXXXXXXX

Firma: SIN FIRMA

Fecha de inscripción: Año 2024 Mes MAR Día 01

Nombre y firma del funcionario que autoriza: MAURA MERCEDES CAMACHO TORRES

Nombre y firma

Reconocimiento paterno: LUIS ALBERTO ARTEAGA ARAUJO

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento: MAURA MERCEDES CAMACHO TORRES

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

Fiel copia del original expedido el 2024/03/01 por MAURA MERCEDES CAMACHO TORRES, CONSUL en el Consulado de Colombia

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Powered by CamScanner



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO 1.123.201.098

ARTEAGA ARAUJO
APELLIDOS

LUIS ALBERTO
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 08-MAR-1985

ANCUYA
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

07-MAY-2004 PUERTO ASIS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

A-6401800-01225930-M-1123201098-20210404 0073902493A 1

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.004.673.511

YANDUN RUIZ

APELLIDOS

DAYAN MELISA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-MAR-1998

IPIALES
(NARIÑO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.61 ESTATURA

B+ G.S. RH

F SEXO

14-ABR-2016 SAN MIGUEL(LA DORADA)

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-6401800-00824735-F-1004673511-20160511 0049716240A 1 46164482

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta:	26/03/2025
Ficha:	867576741052800008822

A2

GRUPO SISBÉN IV

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

- **Nombres:** JEICO YAMIR
- **Apellidos:** Arteaga Yandún
- **Tipo de documento:** Registro civil
- **Número de documento:** 1126144653
- **Municipio:** San Miguel
- **Departamento:** Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:	21/05/2024
Última actualización ciudadana:	21/05/2024
Última actualización vía 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 del administrador:	MARÍA 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	1126144653
NOMBRES	JEICO YAMIR
APELLIDOS	ARTEAGA YANDUN
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	27/03/2024	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/11/2025 08:39:47	**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.

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 1126144653
Apellidos:	ARTEAGA YANDUN
Nombres:	JEICO YAMIR
Ficha Sisben:	867576741052800008822
Nivel Sisben:	Nivel I
Grupo Sisben	A02
Tipo de discapacidad:	Ninguna
Plan de salud:	Régimen Subsidiado
Estado de servicio:	Vigente
Fecha de Afiliación:	27/03/2024
Departamento de Afiliación:	PUTUMAYO
Municipio de Afiliación:	SAN MIGUEL
Zona:	Urbana - Cabecera Municipal

IV - Afiliado cumple con metodología IV SISBEN.

IPS de atención de primer nivel

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

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

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

En constancia se firma el 26 de Marzo de 2025 a solicitud del interesado.

JEFE COMERCIAL
EMSSANAR EPS SAS

Toda certificación generada es almacenada en base de datos para su verificación, la modificación parcial o total de este documento puede incurrir en un delito.

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA ...Sanos



E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

Nombres: Jeico Yamir Arteaga Yandon	Apellidos: Arteaga Yandon
Fecha de nacimiento: 27 DÍA | 12 MES | 2021 AÑO	Historia Clínica:
Barrio/Vereda: Bl La Libertad.	Responsable del niño: Melisa Yandon.
Teléfono: 302 580 3483	EPS:

CONDICIONES DEL NIÑO(A) AL NACER

Necesidad de reanimación: SI ☐ NO ☐

APAGAR al minuto:_____ APAGAR a los 5 minutos:_____

Peso: 3.500 Talla: 50 Perímetro Cefálico: _____

Ictericia: _____ Antes de 24 horas: _____ Después de 72 horas: _____

¿Estuvo en fototerapia? SI ☐ NO ☐ ¿Dónde?_____

Grupo sanguíneo: B+

Perímetro braquial

¿Estuvo hospitalizado? SI NO

¿Dónde? *UCI **UCE CUNA

¿Cuánto tiempo?_____

Diagnostico: _____

TSH: _____ Resultado:_____

ANTES DE SALIR DE LA CLÍNICA

¿Le aplicaron las vacunas? SI NO

¿A qué tiempo de nacimiento comenzó la lactancia materna?

Antes de la hora SI NO

Después de la hora SI NO

Antes de salir de la clínica SI NO

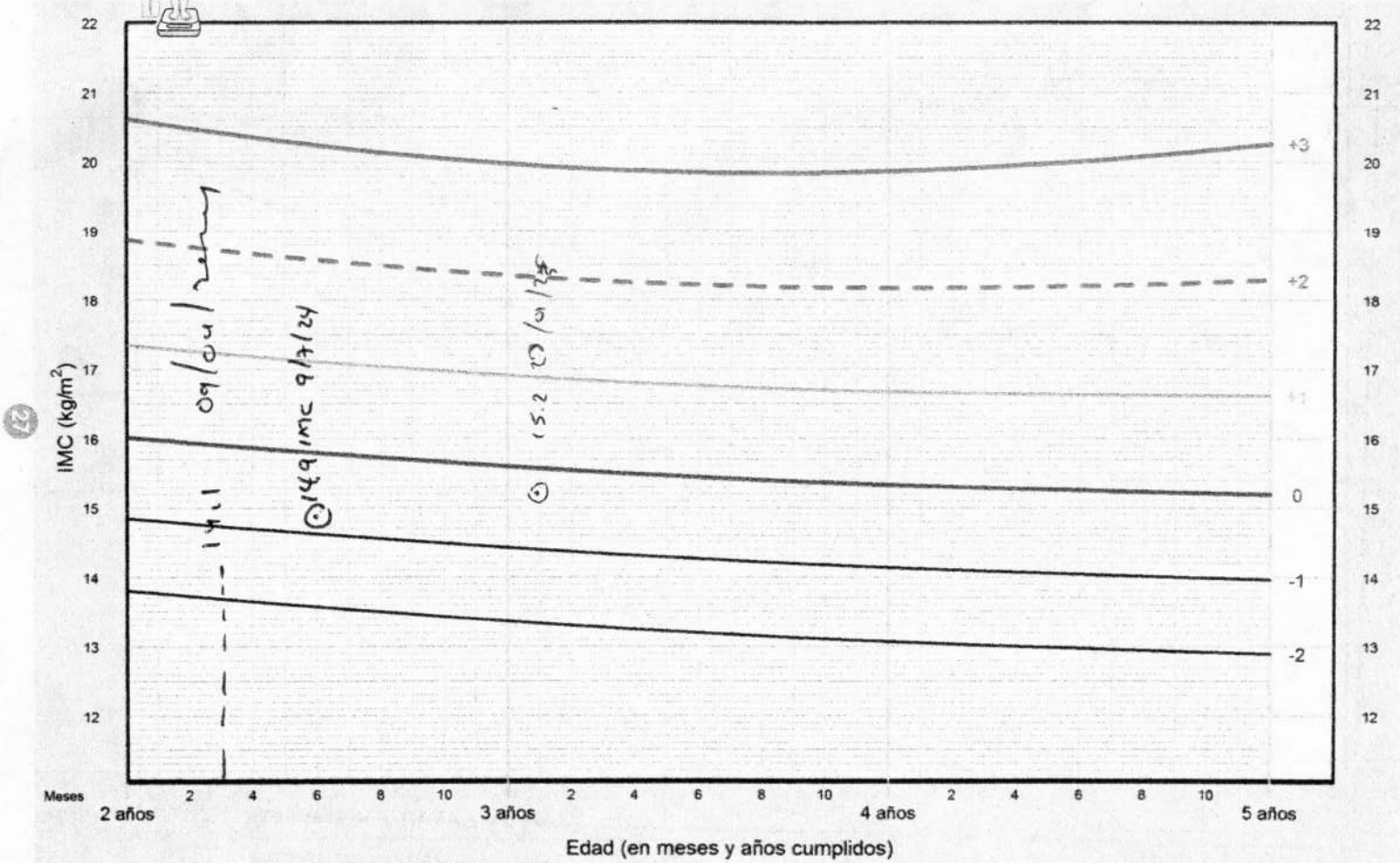
CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ	
				SI	NO
09	04	2023		✓	
27	06	2024.			
09	Julio	2024	Enferme	✓	
27	Diciem	2024	Medico		✓
28	Enero	2025	medico 10Am	✓	

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
09/04/2023	9,7	83	49	13	14,1	27/06/2023	
09/07/2024	10S	84	48	14	14,9	27/12/2024	H1 Enf C-
28/01/25	11.3	88	49	14	15.2	28/01/2026	Nuly

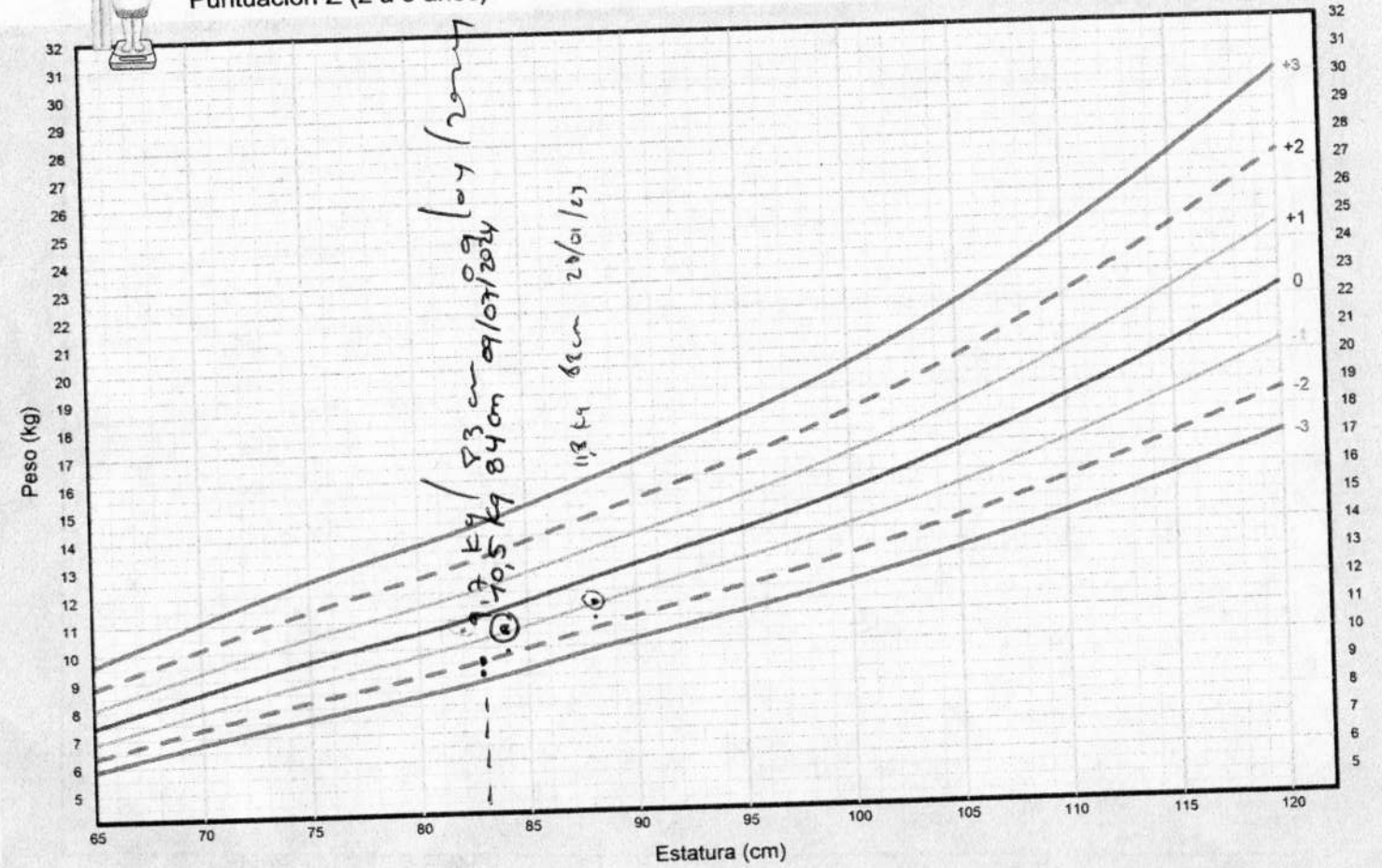
IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



Peso para la Talla Niños

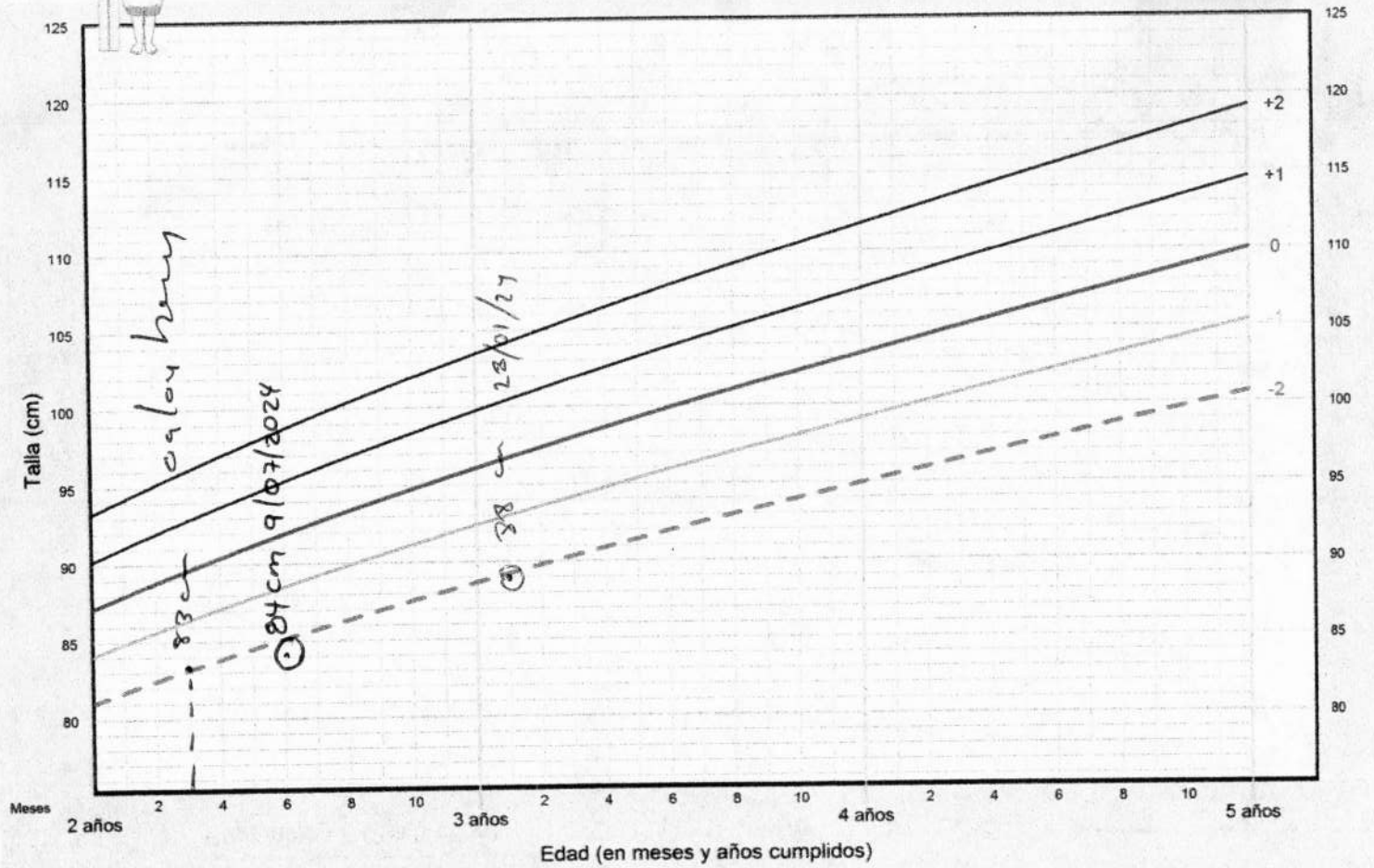
Puntuación Z (2 a 5 años)



26

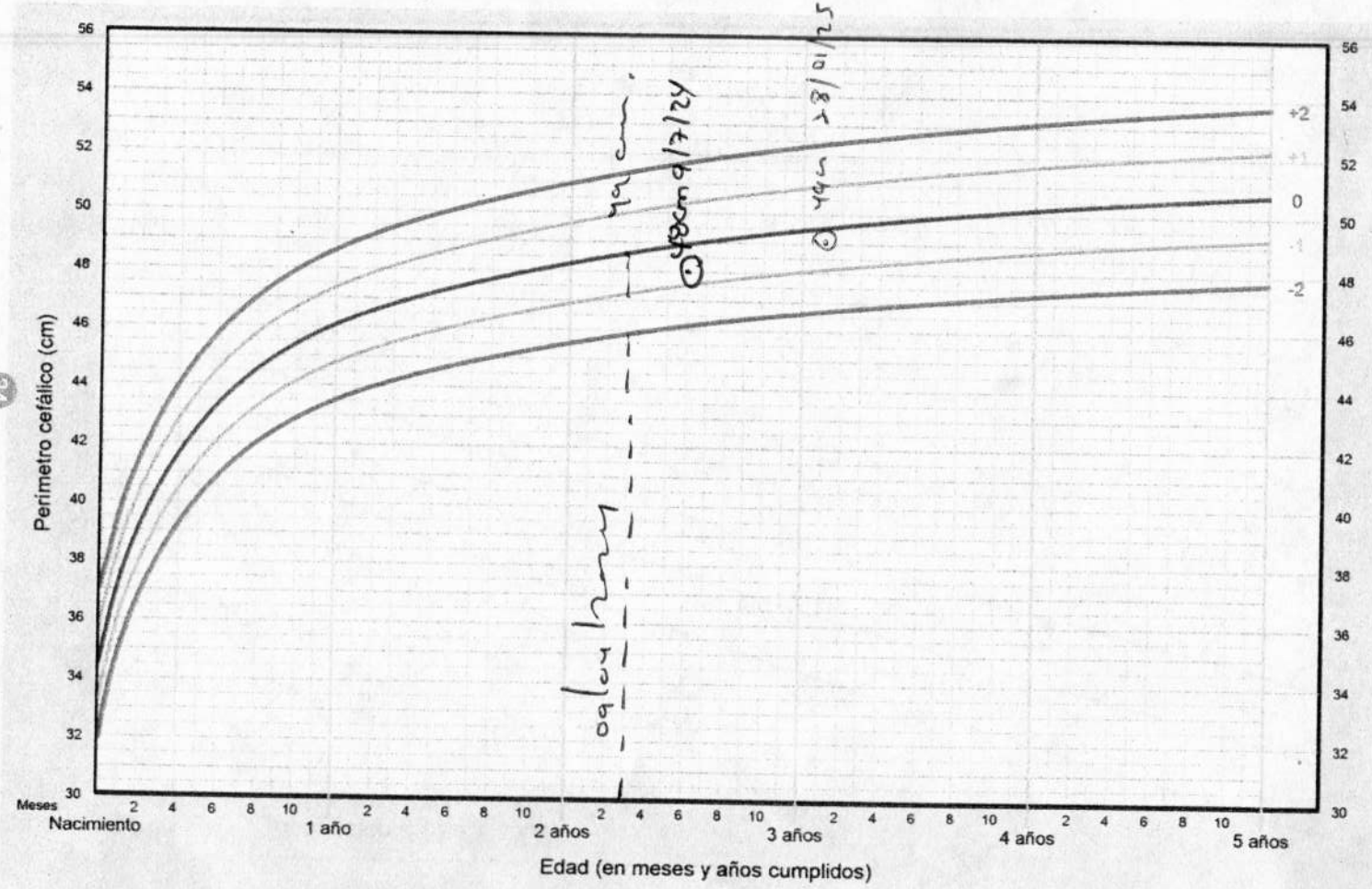
Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5años)



Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)



16
EN

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 97bb52ca-1d3d-4f49-bb0d-3e82c8e8836b

Nombres y apellidos / Full name: **JEICO YAMIR ARTEAGA YANDUN**

Tipo de identificación / ID Type: **REGISTRO CIVIL**

Número de identificación / ID Number: **1 1 2 6 1 4 4 6 5 3**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **27/12/2021**

País nacimiento / Country of birth: **COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3025803483**

Correo electrónico / e-mail: **NO REGISTRA**

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Edad / Age	Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
			Día / Day	Mes / Month	Año / Year				
2 meses	Pentavalente PAI	Primera	16	3	2022	Serum	2850X035A	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	TALYA GUERRERO ERAZO
2 meses	Antipolio Inactivo (VIP)	Primera	16	3	2022	Glaxo SmithKline	2115006A	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	TALYA GUERRERO ERAZO
2 meses	Neumococo Conjugado 10 valente	Primera	16	3	2022	Glaxo SmithKline	ASPANB315BA	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	TALYA GUERRERO ERAZO
2 meses	Rotavirus	Primera	16	3	2022	Glaxo SmithKline	AROLC858AC	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	TALYA GUERRERO ERAZO
4 meses	Neumococo Conjugado 10 valente	Segunda	17	5	2022	Glaxo SmithKline	ASPNB342AA	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	TALYA GUERRERO ERAZO
4 meses	Pentavalente PAI	Segunda	17	5	2022	Serum	2850Y038D	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	TALYA GUERRERO ERAZO
4 meses	Rotavirus	Segunda	17	5	2022	Glaxo SmithKline	AROLD041AD	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	TALYA GUERRERO ERAZO
4 meses	Antipolio Inactivo (VIP)	Segunda	17	5	2022	Glaxo SmithKline	2115006A	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	TALYA GUERRERO ERAZO
6 meses	Antipolio Inactivo (VIP)	Tercera	25	7	2022	Bilthoven Biologicals BV	2121004A	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	TALYA GUERRERO ERAZO
6 meses	Pentavalente PAI	Tercera	25	7	2022	Serum	2851X007D	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	TALYA GUERRERO ERAZO
6 meses	INFLUENZA TRIVALENTE PEDIÁTRICA	Primera	25	7	2022	Green Cross	V50222008	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	TALYA GUERRERO ERAZO
12 meses	Triple Viral	Primera	10	1	2023	Serum	0130N133B	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	TALYA GUERRERO ERAZO
12 meses	Neumococo Conjugado 10 valente	Refuerzo	10	1	2023	Glaxo SmithKline	ASPNB342AA	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	TALYA GUERRERO ERAZO
12 meses	Fiebre amarilla	Única	10	1	2023	Sanofi Pasteur	V3E37	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	TALYA GUERRERO ERAZO

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica quelos datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema deInformación **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedu-le as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

Nombres y apellidos / Full name	Tipo de identificación / ID Type
JEICO YAMIR ARTEAGA YANDUN	REGISTRO CIVIL
Número de identificación / ID Number	**Fecha de nacimiento / Date of birth**	**País nacimiento / Country of birth**
1 1 2 6 1 4 4 6 5 3	27/12/2021	COLOMBIA
Número de contacto (móvil) / Phone number	**Correo electrónico / e-mail**
3025803483	NO REGISTRA

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Edad / Age	Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination Día / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
12 meses	Hepatitis A Pediátrica	Única	10	1	2023	MERCK SHARP DOHME	W004802	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	TALYA GUERRERO ERAZO

Sandra Martínez
Tec. Auxiliar Enfermería
CC N°

NO SE APLICA VACUNA DE PRIMER REFUERZO DEBIDO A QUE EL MENOR SE ENCUENTRA EN ESTADO FEBRIL
CIE: 19-05-2025.
HPD.

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica quelos datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema deInformación **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

The Ministry of Health and Social ... certifiesthat the information in this document was extractedfrom **PAIWEB**, according to the Wide **Program ofInmunization - PAI** (by its acronym in spanish: ProgramaAmpliado Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder ofthis document has received the doses of the vaccination schedu-le as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

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 La Dorada FECHA: DÍA 20 MES Jun AÑO 2025 HORA: 1

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Jeico Yamid APELLIDOS Arteaga Yandun

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 6435508

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 27 MES: Dic AÑO: 2021 / EDAD: 3 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE

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) No accede a la vacuna. Por miedo a su 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: _____

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

Nombres Davan Melisa Apellidos Yandon Ruiz

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1004673511

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 _____

Firma del Rogado

Huella dactilar o plantar del Rogante

C.C. N° _____

C.C. N° _____

Nombres y apellidos del vacunador: Saoly Martinez Tec. Aux. en Enfermería CC. No. 1122336822

Firma Saoly Martinez Tec. Aux. en Enfermería CC. No. 1122336822 Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número Saoly Martinez Tec. Aux. en Enfermería CC. No. 1122336822

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): Hospital Fronterizo la Dorada

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Putumayo MUNICIPIO: San Migel

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.

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

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

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	D	M	A
2.ª entrega	D	M	A
3.ª entrega	D	M	A

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega	D	M	A	D	M	A
2.ª entrega	D	M	A	D	M	A
3.ª entrega	D	M	A	D	M	A
4.ª entrega	D	M	A	D	M	A
5.ª entrega	D	M	A	D	M	A

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

A partir de 6m	D	M	A
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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

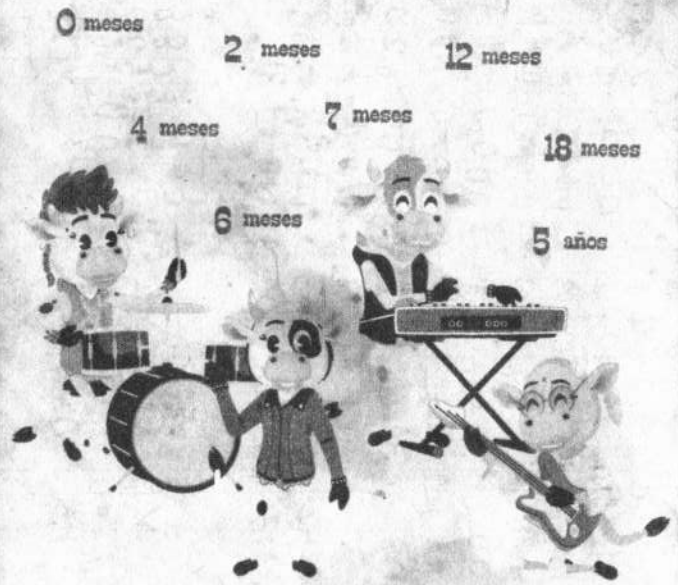
3 años	D	M	A	D	M	A
4 años	D	M	A	D	M	A
5 años	D	M	A	D	M	A

*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: Jerco Yamil Arteaga

Fecha de nacimiento: 27-12-2021

Nº de certificado de nacido vivo:

Registro civil: 2150719488 Ecuador / 1126144653 RC Colombia

Sexo: Masculino

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: Talla:

Dirección: V1 Jordan Ortiz

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Responsable: Dayan Melisa Yandun

Municipio de residencia: San Miguel

Departamento: Putumayo

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

3239776577 21

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 meningea (BCG)	Única	28	12	21	Serum	03796209	LFLY				HHUI
	Hepatitis B	Recién nacido	28	12	21	Serum	03200Q0011C	LFLY				4HUI
						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1.ª	16	3	22	Serum	2105001	HFID				
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	16	3	22	Serum	28504X035B	HFID				
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª	16	3	22	Serum	28504X035B	HFID				
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.ª	16	3	22	Serum	28504X035B	HFID				
	Diarrea por rotavirus	1.ª	16	3	22	GSK	AROICB55AC	HFID				
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	16	3	22	GSK	ASPNB301EA	HFID				
						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2.ª	17	5	22	Serum	2105001	HFID	cita 16/Mayo/2022			
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	17	5	22	Serum	28504038D	HFID				
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª	17	5	22	Serum	28504038D	HFID				
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.ª	17	5	22	Serum	28504038D	HFID				
	Diarrea por rotavirus	2.ª	17	5	22	GSK	AROIC892AF	HFID				
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	17	5	22	GSK	ASPNB338KA	HFID				
						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3.ª	25	7	22	Serum	2115006	HFID	cita 17/JULIO/2022			
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	25	7	22	Serum	28504038D	HFID				
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª	25	7	22	Serum	28504038D	HFID				
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.ª	25	7	22	Serum	28504038D	HFID				Karen A.
	Influenza estacional	1.ª	25	7	22	Sinergen	VS022200SD	HFID				
7 meses	Influenza estacional	2.ª	19	10	22	Sinergen	VS022200SD	HFID				Karen A.
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	10	1	23	Serum	0130N138B	HFID	cita 25/AGOSTO/2022			
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	10	1	23	Serum	ASPNB338KA	HFID				Karen A
	Varicela	2.ª	10	1	23	Serum	T03626768	HFID				
	Hepatitis A	Única	10	1	23	GSK	U016461	HFID	cita 28/12/2022			Eduardo Jeniffer C.
	Influenza estacional	Anual	01	10	25	Sequirus	P100702704	HFID				Eduardo
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.er refuerzo	19	05	25	Biologicals	23280006	HFID				Karen A
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.er refuerzo	19	05	25	Serum	28X230L3A	HFID				
	Fiebre amarilla	Única	10	1	23	Sanofi	L211UF					
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª	19	05	25	Serum	0132NO78B	HFID	cita 10/2/2023 SR.			Eduardo
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.ª										
		2.ª										
		3.ª										
Vacunas complementarias y otras dosis												

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir las niñas y los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan 2 años, se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.

Busca ya las vacunas

cita 5 AÑOS

25-07-2023
18 meses

CARNET RIAS PRIMERA INFANCIA

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

Servimos con amor



R.C 1126144653

Nombres y apellidos: Jaco Yamir Arteaga Yandun

Doc. de identidad: RC 1126144653 EPS: Emssanal

Teléfono: 3025803483 Domicilio: B/ Libertad

		PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) ó AÑOS (A)										
			5 DÍAS	1 M	2-3 M	4-5 M	6-8 M	9-11 M	12-17 M	18-23 M	24-29 M	30-35 M	3 A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico											
		Atención en salud por medicina general											
		Atención en salud por enfermería											
		Atención en salud bucal por odontología											
		Promoción y apoyo de la lactancia manterna											
PROTECCIÓN ESPECÍFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de fluor									04 octubre 24		21-04-2022
		Profilaxis y remoción de placa bacteriana									04 octubre 24		27-10-2022
		Aplicación de sellantes (según criterio)									04 octubre 24		23-04-2016
	V	Vacunación											

Liliana Maribel Cordoba
HIGIENISTA ORAL
Res 00493 de 2011

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

Autorización – Uso de la imagen de menor de edad:

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad JEICO YAMIR ARTEAGA YANDUN, identificado (a) con documento de identidad número 1126144653, 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, Melisa Yandun Ruiz, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1004673511, 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 COI FRONTERAS DE PAZ.

Suscriben:

Firma: [signature]
Nombre: Melisa Yandun
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3175325809
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

Heliga Yandún.
Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Agente educativa

Huella del niño/niña

Jeico

"Generamos Desarrollo con Energía"

Vigilado Superservicios

TRANSACCION EXITOSA

NUMERO TRANSACCION: 311536905
FECHA: 03/03/2025 HORA: 12:58:12
VENDEDOR: 1006997640
SUPERSERVICIOS DE NARIÑO S.A.
NIT: 800249355-1

CODIGO SEGURIDAD
>366553736>%$&

RECAUDO EMPRESA DE ENERGIA DEL BAJO PUTU MAYO EEBP
REFERENCIA: 2037006497
CLIENTE: %
VALOR PAGO: $47,610
FECHA PAGO: 03/03/2025 HORA:12:58:10
NRO SUSCRIPCION: 35012

TRANSACCION EXITOSA

Código de Suscripción	SM 35012	Pago oportuno hasta:	INMEDIATA
Factura Nro.	2037006497	Suspensión a partir de:	INMEDIATA

Mes Facturado: FEBRERO 2025

11-ENE-2025 — Último pago $ 25,000

Tuve servicio de energía entre: 18-ENE-2025 - 20-FEB-2025 (33) — 25-FEB-20

Área	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Tarifa	División Geopolítica
URBANA	1	1.5	AEREA	EMPRESA	105	SAN MIGUEL - METROPOLITANO

Medio de Pago	Forma de Pago	Factura Electrónica de Venta

ración + Transmisión + Distribución + Comercialización + Pérdidas + Restricción
502.93 56.03 249.01 113.93 69.3[illegible] 10[illegible] = CU ……($/KwH)

2C.Consumo del Periodo		2D.Consumo Ultimos 6 Meses		2E.Información Calidad del Servicio	
Kwh:	36	Mes	Consumo	Tel O.R. EEPB 01 8000 942415	
KVarh:	0	2025/Ene	34	Transformador SLD105	Grupo 22
$	38061.2	2024/Dic	48	DIUG 30.24	FMUG 19 Circuito G14
Kwh):	402.74	2024/Nov	104	Cargo D 257.19	Dcto 50.20
59./$44	-21562.58	2024/Oct	55	CEC 34.06	
$	0	2024/Sep	53	DIU 72.15	FIU 92.00
14498.62		2024/Ago	60	DIC 1.16	VC 3.00
% Tasa Interés Moratorio:	.5	Promedio:	59	Valor a compensar	3,503.91

4.Detalle Conceptos del Servicio de Energía

Conceptos EEBP	Valor Liquidado	Saldo Anterior	Saldo a Favor o Anticipado	TOTAL
ACTIVA SENCILLA MONOMIA	36,061.20	8,989	0.00	45,051
SUBSIDIO	-21,562.58	0	0.00	-21,563
AJUSTE A SUBSIDIO	1,439.51	1,439	0.00	2,879
RECARGO POR MORA	52.42	0	0.00	52
AJUSTE A LA DECENA	-2.55	0	0.00	-3

AVISO DE SUSPENSION

5.Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP

26,527

6.Información Facturación Convenio Impuesto Alumbrado Público

Sujeto Activo	Operador A.P.	Convenio No.	Dirección PQR	Valor Periodo	Saldo Ant.	Valor Total
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL	MUNICIPIO SAN MIGUEL	ACUERDO 008 31/08/2023	Cra 4 Cll 7 Esquina	2,287	6,796	9,083

7.Información Facturación Convenio Aseo y Alcantarillado

Concepto	Empresa	Dirección PQR	USO	Valor Tarifa	Subsidio o Factor Solidario	Cargo Consumo o Variable	Valor Tasa Ambiental	Saldo Anterior	Ajustes/Otros	Valor Total
Alcantarillado				0	0	0	0	0		0 0
Aseo*	Alcaldia San Mi	Cra 4 Cll 7 Esq B/La Liberta		6,000	0	0	0	6,000		0 12,000

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

8.Información Facturación Otros Convenios

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

Total EEBP	+	Total Impuesto Alumbrado público	+	Total Aseo y/o Alcantarillado	+	Total Otros Convenios	=	Debo pagar en Total
26,527		9,083		12,000		0		47,610

CUFE:

418ec6902b4c8cc666da1b793a0022cd3b42e26a6c152410b78ebadc48fa1c6524bfb8119a17f4be92c9864973cd138e

(415)7709998005532(8020)100020370064976(3900)000004761(96)20250306

Esta Factura presta Mérito Ejecutivo de acuerdo a las Normas del Derecho

Paga fácil por Internet en www.eebpsa.com.co

www.eebpsa.com.co @eebpsaesp /eebpsa

Fac. Electronica: EEBP 122003

Resolución de facturación electrónica DIAN No 18764083711901
de fecha 20/11/2024 desde No 1 hasta No 1000000
Vigencia: 20/11/2024

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre 29 P/V

Ciudad San Miguel la dorada

Nombre completo de la niña o niño JEICO YAMIR ARTEAGA YANDUN

Fecha de nacimiento 27 12 2021 **N° Documento de Identidad** 1.126.144.653

Sexo Masculino ⊗ Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** 01 09 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador LILIANA TUTISTAR

Fecha de registro cualitativo Día 3 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
JEICO - DE A CUERDO A SU DESARROLLO INTEGRAL SE ENCUENTRA EN PERFIL ESPERADO, CUMPLIENDO CON LOS ITEM PROPUESTOS, COMO EL HECHO DE EXPLORAR TODO AQUELLO QUE LLAMA SU ATENCION, HABILIDADES MOTRICES EN JUEGOS AL AIRE LIBRE O DIRIGIDOS, LOS ANTERIORES AVANCES SE SEGUIRAN FORTALECIENDO CON ACTIVIDADES LUDICAS ACORDES A SU EDAD.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador LILIANA TUTISTAR ROJAS.

Fecha de registro cualitativo Día 2 Mes 10 Año 2025.

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

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

Observaciones generales
JEICO MUESTRA UN DESARROLLO ESPERADO ACORDE A SU EDAD CRONOLOGICA EVIDENCIANDO AVANCES SATISFACTORIOS EN LOS PROCESOS FUNDAMENTALES DEL MODO QUE LO RODEA, EMITA SONIDOS DE OBJETOS, O DE ALGUNOS ANIMALES DE SU ENTORNO.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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

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

Observaciones generales

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

ración itativa ⇨	Relación con los demás															Relación consigo misma/o												Relación con el mundo								
	Comunicación						Interacción						Construcción de normas			Identidad						Autoestima			Manejo corporal			Conocimiento de los objetos			Relaciones de causalidad			Representación de la Realidad Social		
	Verbal			No verbal			Independencia			Cooperación			Autonomía			Personal			Social																	
	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a
0 a 6 meses	1 2 3	1 2 3	1 2 3	4 5	4 5	4 5	6 7	6 7	6 7	8 9	8 9	8 9	10	10	10	11 12 13	11 12 13	11 12 13	14 15	14 15	14 15	16 17 18	16 17 18	16 17 18	19 20 21 22	19 20 21 22	19 20 21 22	23	23	23	24	24	24	25	25	25
6 meses y 1 día a 12 meses	1 2	1 2	1 2	3 4	3 4	3 4	5 6 7 8	5 6 7 8	5 6 7 8	9 10	9 10	9 10	11 12 13 14	11 12 13 14	11 12 13 14	15 16 17 18	15 16 17 18	15 16 17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22	22	22	23 24 25 26	23 24 25 26	23 24 25 26	27 28	27 28	27 28	29 30 31	29 30 31	29 30 31	32 33	32 33	32 33
1 año y 1 día a 2 años	1 2	1 2	1 2	3 4 5	3 4 5	3 4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9 10	9 10	9 10	11 12	11 12	11 12	13 14	13 14	13 14	15 16	15 16	11 16	17 18 19	17 18 19	17 18 19	20 21	20 21	20 21	22 23	22 23	22 23	24	24	24	25 26	25 26	25 26
2 años y 1 día a 3 años	1 2 3	1 2 3	1 2 3	4 5	4 5	4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9	9	9	10 11 12	10 11 12	10 11 12	13 14	13 14	13 14	15	15	15	16 17 18	16 17 18	16 17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22 23 24	22 23 24	22 23 24	25 26	25 26	25 26	27	27	27
3 años y 1 día a 4 años	1 2 3 4 5	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: JOICO YAHIR ARTEAGA UNIDAD DE ATENCIÓN: PREJARDIN 1 AGENTE EDUCATIVO: LINDA 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)
5-12-25	LA MADRE DE FAMILIA SE COMUNICA CON LA DOCENTE A LAS 7:12 AM DANDO A CONOCER QUE EL DIA DE HOY EL NIÑO NO ASISTIRA. YA QUE ELLA SE ENCUENTRA EN CASA Y ESTARA AL CUIDADO DEL NIÑO.	LA DOCENTE REGISTRA LA NOVEDAD Y DA A CONOCER LA IMPORTANCIA DE LA ASISTENCIA		

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: JOICO YAHIR ARTEAGA UNIDAD DE ATENCIÓN: PREJARDIN 1 AGENTE EDUCATIVO: LILIADA TOLESTAR

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)
11-12-25	EL DIA DE HOY EL NIÑO NO ASISTIO AL CDI. SE DESCONOCE EL MOTIVO.	* LA DOCENTE ENVIA MENSAJE DE VOZ A LA MADRE DE FAMILIA SOLICITANDO INFORMACION.		

Fundación Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: JOICO YAMIR. ARTEAGA. UNIDAD DE ATENCIÓN: PREJARDIN I AGENTE EDUCATIVO: CLAUDIA TOTISTAR.

MUNICIPIO: SAN MIGUEL FECHA DE INGRESO: 01-03-2024

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
24-11-25	EL DIA DE HOY EL NIÑO NO ASISTIO SE DESCONOCE EL MOTIVO POR EL CUAL NO ASISTIÓ.	* LA DOCENTE ENVIA MENSAJE DE WA. A LA MADRE DE FAMILIA SOLICITANDO INFORMACION. * SE ESTA A LA ESPERA DE UNA RESPUESTA.		

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: JELCO YAHIR ARTEAGA YAGUAR UNIDAD DE ATENCIÓN: PIEJARDIN 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)
24-10-25	A LAS 7:50 AM LA MADRE DE FAMILIA DA A CONOCER MEDIANTE MENSAJE (WHATSAPP) QUE EL NIÑO TIENE TOS Y POR EL MAL ESTADO DEL CLIMA, HOY NO ASISTIRA AL CDI.	LA DOCENTE REGISTRA LA NOVEDAD. DANDO A CONOCER EL MOTIVO POR EL CUAL NO ASISTIO EL NIÑO.		

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

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
27-10-25	EL DIA DE HOY EL NIÑO ASISTIO AL CDI, SE OBSERVA SANO SIN MALESTAR GENERAL Y BUEN ESTADO EMOCIONAL, LA MADRE REFIERE QUE NO HA PRESENTADO FIEBRE.

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: JAICO YAHIR ARTEAGA UNIDAD DE ATENCIÓN: PREJARDIN 1 AGENTE EDUCATIVO: LILIANA TOTISTPE

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)
03-10-25	EL DIA DE HOY EL NIÑO NO ASISTIO AL CDI, SE DESCONOCE EL MOTIVO POR EL CUAL NO ASISTIO.	* LA DOCENTE ESTABLECE LA NOVEDAD Y A LA ESPERA DE QUE LA MADRE DE FAMILIA SE COMUNIQUE DANDO A CONOCER EL MOTIVO DE INASISTENCIA		

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: JOHN YAMIR ARTEAGA UNIDAD DE ATENCIÓN: PREJARDIN. 1 AGENTE EDUCATIVO: GLADYS 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)
14-10-25	EL NIÑO NO ASISTIO EL DIA DE HOY, SE DESCONOCE EL MOTIVO. AL MISMO DIA LA MADRE DA RESPUESTA AL MENSAJE DE LA DOCENTE, DANDO A CONOCER QUE POR MOTIVO DE VIAJE EL NIÑO NO ASISTIRA HOY, NI TAMPOCO EL DIA DE MAÑANA.	* LA DOCENTE ENVIA MENSAJE DE VOZ A LA MADRE DE FAMILIA, SOLICITANDO INFORMACION DEL MOTIVO POR EL CUAL NO ASISTIO EL NIÑO. * ESTARA ATENTA A LA RESPUESTA DEL MENSAJE, PARA ESTABLECER LA NOVEDAD.		

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
15-10-25	EL NIÑO NO ASISTIÓ EL DIA DE HOY YA QUE SE ENCUENTRA DE VIAJE, MENSAJE DADO A CONOCER EL DIA DE AYER, POR LA MADRE DE FAMILIA.
16-10-25	EL DIA DE HOY EL NIÑO ASISTE AL CDI, SE OBSERVA CON BUEN ESTADO DE ANIMO Y SALUD. NO SE OBSERVA GOLPES, NI HERIDAS EN EL CUERPO.

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: JEICO YAHIR. ARTEAGA 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)
04-25	A LAS 7:09 A.M DEL DIA DE HOY LA MADRE DE FAMILIA ENVIA MENSAJE ESCRITO A LA DOCENTE SOLICITANDO PERMISO POR EL DIA DE HOY, DEBIDO A MOTIVOS FAMILIARES.. ACLARA TAMBIEN QUE EL NIÑO SE ENCUENTRA BIEN.	* LA DOCENTE ESTABLECE LA NOVEDAD ESTABLECIENDO EL MOTIVO POR EL CUAL NO ASISTIO EL NIÑO.		

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: JEICO YAHIR ARTEAGA UNIDAD DE ATENCIÓN: PREJARDIN 1 AGENTE EDUCATIVO: LILIANA TOTIBIAR.

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.	EL DIA DE HOY EL NIÑO NO ASISTIO AL CDI. LA MADRE DE FAMILIA MEDIANTE UNA LLAMADA TELEFONICA SOLICITA PERMISO POR EL DIA DE HOY YA QUE AMANECIO CON DAÑO DE ESTOMAGO Y PREFIERE CUIDARLO EN CASA.	-SE RECOMIENDA A LA MADRE DE FAMILIA LLEVAR AL MEDICO EN CASO DE PRESENTAR FIEBRE O EN EL CASO DE QUE EL DAÑO DE ESTOMAGO PERSISTA.	- EN HORAS DE LA TARDE LA DOCENTE SE COMUNICARA CON LA MADRE DE FAMILIA SOLICITANDO INFORMACION SOBRE LA SALUD DEL NIÑO. - EL VIERNES EN LA NOCHE LA MADRE DE FLIA REALIZA LLAMADA TELEFONICA A LA DOCENTE REFIRIENDO. QUE EL NIÑO ESTA MUCHO MEJOR.		Dayana Yandor
19-05-2025.	LA MADRE DE FAMILIA SE COMUNICA EN HORAS DE LA MAÑANA 7:35 A.M. DANDO A CONOCER QUE EL DIA DE HOY LO TRAERA MAS TARDE YA QUE LO LLEVARA AL HOSPITAL APLICARLE UN REFUERZO PENDIENTE DE VACUNA.				Dayana Yandor

Fundación Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Jeico Yamir Artega **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Pregardin 1 **AGENTE EDUCATIVO:** Liliana Tulistar

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 01-04 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)
9-05-2025	niño no tiene completo el esquema de vacunas	Se realiza visita en el hogar, donde se sensibiliza a la madre de la importancia de que el niño este al día con sus vacunas	La madre se compromete que el día Lunes 12 de mayo llevara al niño hacer colocarle los vacunas pendientes, se hace firmar compromisos.	Apoyo Psicosocial nutricionista	
12-05-2025	La madre presenta soporte donde por motivo de que el niño esta con gripa no se le coloco la vacuna faltante	Se realiza un dialogo con la madre de familia donde se realiza recomendaciones a seguir de medico para que cuando ya le pase la gripa le haga colocar la vacuna.	Se realizare llamada telefonica para recordarle a la madre de familia sobre la vacuna del niño, y si mejoro su estado de salud.	apoyo psicosocial. nutricionista	

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
12-05-2024	Para el día 12-05-2024 en horas de la tarde se llama a la madre de familia donde refiere que si lo llevo al hospital, pero que no le colocaron la vacuna por que estaba con gripa, la madre hace entrega del soporte de vacunas y el recordatorio dado en el hospital donde tiene que llevar el niño el 19-05-2025 Para la aplicación de la vacuna. Se enfatiza en la importancia de la aplicación y que se lo lleve a la cita. Apoyo psicosocial