BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE INSCRIPCIÓN FÍSICA PARA LA PRE - MATRÍCULA EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA	F2.MT1.PP	30/01/2025
		Versión 2	Página 2 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

Fecha de diligenciamiento: 1 | 04 | 2025

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Tipo de participante: (X) Niño/a entre 0 y menor de 5 años ( ) Persona Gestante

Tipo de vinculación: ( ) Participante de nuevo ingreso (X) Participante de continuidad

Unidad de Servicio sugerida: CDI Fronteras de paz

Tipo documento identidad: ( ) Registro Civil ( ) Tarjeta de identidad ( ) Cédula de ciudadanía (X) Permiso especial permanencia ( ) Pasaporte ( ) Partida o Acta de nacimiento ( ) Visa ( ) Tarjeta movilidad fronteriza ( ) Permiso de protección temporal ( ) Cédula extranjería ( ) Sin documento **Nacionalidad:** _____

Número de documento: 7804121

Fecha nacimiento: 11 | 08 | 2021

Nombres: Isabella Jazlin

Apellidos: Sierra Gonzalez

Presenta discapacidad? ( ) Si (X) No

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

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

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

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

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

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

Departamento residencia: Putumayo

Municipio de residencia: San Miguel

Zona: Urb.

Barrio:

Vereda:

Sector:

Dirección: Frente al parqueadero

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

Parentesco: (X) Madre ( ) Padre ( ) Cuidador/a

Tipo documento identidad: ( ) Tarjeta identidad ( ) Cédula de ciudadanía (X) 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: 27996812

Nombres: Emily yohana

Apellidos: Gonzalez Oropeza

País de nacimiento: Venezuela

Fecha nacimiento: 22 | 12 | 2000

Correo electrónico: mackleysierra44@gmail.com

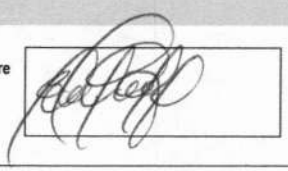
Número de celular: 3227566328

Número de fijo:

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

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

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



Nombre y Firma del profesional que diligencia: Leidy Marcela Rincón E.

Observaciones:

Fundación Alma de Vida

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO: Isabella Jazlin Sierra Gonzalez

Nº DOCUMENTO: 7804121 **TIPO DOCUMENTO: RC**__ **CC**__ **OTRO** X

FECHA DE NACIMIENTO: 11/Agt/2021 **EDAD:** _____

LUGAR DE NACIMIENTO: Venezuela

NOMBRE DE LA UDS: CDI Fronteras de paz
CODIGO UDS: 867571126972 **BARRIO/VEREDA:** 7 de agosto
FECHA DE INGRESO: 01/04/2025 **FECHA DE RETIRO:** _____

SISBEN: _____ **EPS:** Nueva Eps **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: Emilys yohana Gonzalez

Nº CÉDULA: 27996812 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Venezuela

NOMBRE DEL PADRE: Makley Josue Sierra Meza

Nº CÉDULA: 25626969 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Venezuela

Nº DE CELULAR: 3227566328

NOMBRE DEL ACUDIENTE: Emilys yohana Gonzalez

Nº CÉDULA: 27996812 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Venezuela

DIRECCIÓN VIVIENDA: Vda/ Risaralda **ZONA POBLACIONAL: (R)** X **(U)**___

NUMERO DE CELULAR 3227566328

FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Leidy Marcela Rincón
NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO

República Bolivariana de Venezuela
Consejo Nacional Electoral
Comisión de Registro Civil y Electoral
Estado Bolivariano de Miranda
Municipio General Rafael Urdaneta
Unidad Hospitalaria Dr. Miguel Osío

PODER ELECTORAL

ACTA 1.620
TOMO 07
DÍA TRECE
MES AGOSTO
AÑO 2.021

REGISTRO DE NACIMIENTO

Acta N° 1.620, Folio N° 1.620, Tomo N° 07, GLADYS MONZON DE LUCAS, Documento de Identidad N° V-4.853.323, Registradora Civil, de la Unidad Hospitalaria Dr. Miguel Osio de Cúa, Municipio Autónomo General Rafael Urdaneta, Estado Bolivariano de Miranda, por Resolución DA/N° 0143/2018, según Gaceta Municipal N° 001, de fecha 11/02/2018, Ratificada Resolución N° 020, de fecha 07/01/2021, hago constar que hoy, TRECE (13) DE AGOSTO DEL DOS MIL VEINTIUNO (2.021), me ha sido presentada: ISABELLA JAZLIN SIERRA GONZALEZ, quien nació el día 11/08/2.021, a las 11:15 a.m., Lugar de Nacimiento Venezuela, Estado Bolivariano de Miranda, Municipio General Rafael Urdaneta, Parroquia Cúa, Avenida José María Carreño con Avenida Perimetral, Edificio Hospital Doctor Miguel Osio, según Certificado de Nacimiento EV-25 N° 10468281, de fecha 11/08/2.021, Expedido por el Doctor Roger Hernández, N° MPPS 57200, en el Hospital Doctor Miguel Osio, quién es hija de: EMILYS YOHANA GONZALEZ OROPEZA, Documento de Identidad N° V-27.996.812 (Cédula), de 20 años de edad, Nacionalidad Venezolana, de Ocupación del Hogar y de Residencia en: Urbanización El Deleite, Calle 07, Casa N° 16, Parroquia Nueva Cúa, Municipio Rafael Urdaneta, Estado Bolivariano de Miranda (Declarante) y de: MAKLEY JOSUE SIERRA MEZA, Documento de Identidad N° V-25.626.969 (Cédula), de 24 años de edad, Nacionalidad Venezolana, de Ocupación Obrero y de Residencia en: Urbanización El Deleite, Calle 07, Casa N° 16, Parroquia Nueva Cúa, Municipio Rafael Urdaneta, Estado Bolivariano de Miranda (Declarante).-Testigos presenciales: ANYOIMAR DEL CARMEN BOLIVAR TABATA, Cédula de Identidad N° V-26.499.913, de 22 años de edad, Nacionalidad Venezolana, de Ocupación Analista Contable y de Residencia en: Quebrada de Cúa, Sector Las Palmas, Calle El Samán, Casa S/n, Parroquia Cúa, Municipio Rafael Urdaneta, Estado Bolivariano de Miranda y ARGENIS ENRIQUE RUIZ MONTILLA, Cédula de Identidad N° V-22.348.399, de 27 años de edad, Nacionalidad Venezolana, de Profesión Abogado y de Residencia en: Quebrada de Cúa, Sector Las Palmas, Calle El Samán, Casa S/n, Parroquia Cúa, Municipio Rafael Urdaneta, Estado Bolivariano de Miranda.- La presente Acta no contiene datos a insertar, no fue Inscripción por Decisión Judicial, tiene medida de protección, contiene circunstancias especiales y/u observaciones Documentos Presentados: Certificado de Nacimiento EV-25 N° 10468281, Fotocopia del Documento de los padres, Fotocopia de la Cédula de Identidad de los Testigos.-LEÍDA LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON EL CONTENIDO DE LA MISMA FIRMAN.....

EN CÚA A LOS TRECE (13) DIAS DEL MES DE AGOSTO DEL AÑO DOS MIL VEINTIUNO (2.021).....



REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

No. 7804121

COL

SIERRA GONZALEZ
APELLIDOS

ISABELLA JAZLIN
NOMBRES

VEN
NACIONALIDAD

F
SEXO

110820211620
DNI NAC.

11-08-2021
FECHA DE NACIMIENTO

30-10-2023 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO

VISIBLES

NO FIRMA
FIRMA



E1428210

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

Carlos Fernando García Manrique

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

IPCOL7804121<<3<<<<<<<<<<<<<<<
2108117F3105308VENE1428210<<<0
SIERRA<GONZALEZ<<ISABELLA<JAZL


REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

CEDULA DE IDENTIDAD

V 27.996.812

075

APELLIDOS GONZALEZ OROPEZA

NOMBRES EMILYS YOHANA

Gustavo Vizcainc
Director

FIRMA TITULAR

22/12/2000 F. NACIMIENTO

SOLTERA EDO CIVIL

08/03/2022 F. EXPEDICION

03/2032 F. VENCIMIENTO

VENEZOLANO


REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
CEDULA DE IDENTIDAD
V 25.626.969
MM709
Juan Duarte
Director
APELLIDOS SIERRA MEZA
NOMBRES MAKLEY JOSUE
FIRMA TITULAR
29-09-96 SOLTERO
F. NACIMIENTO EDO CIVIL
01-07-14 07-2024
F. EXPEDICION F. VENCIMIENTO
VENEZOLANO

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	PT
NÚMERO DE IDENTIFICACION	7804121
NOMBRES	ISABELLA JAZLIN
APELLIDOS	SIERRA GONZALEZ
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	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/12/2023	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	09/09/2025 21:11:10	**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

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...Sanos



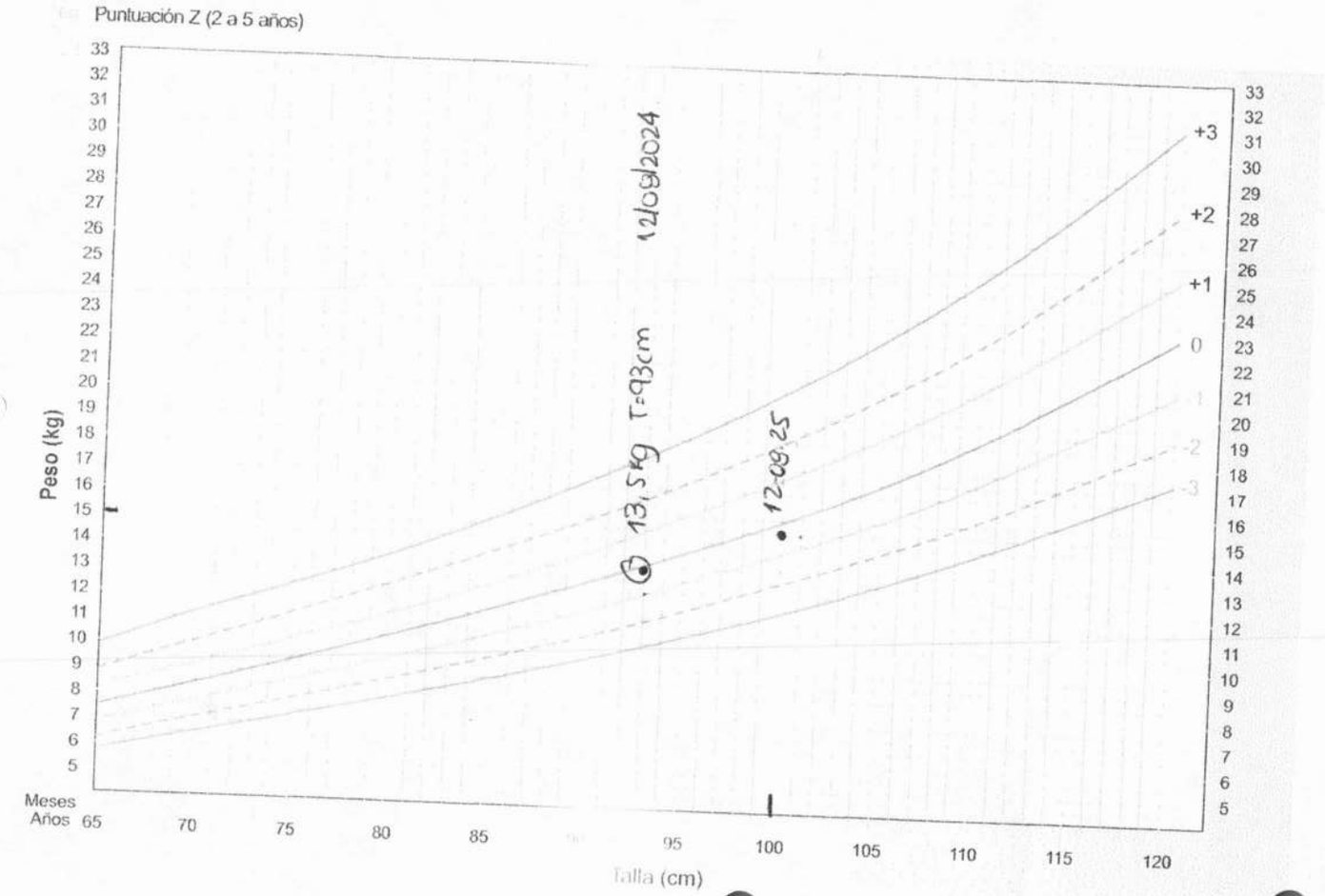
MIS DATOS

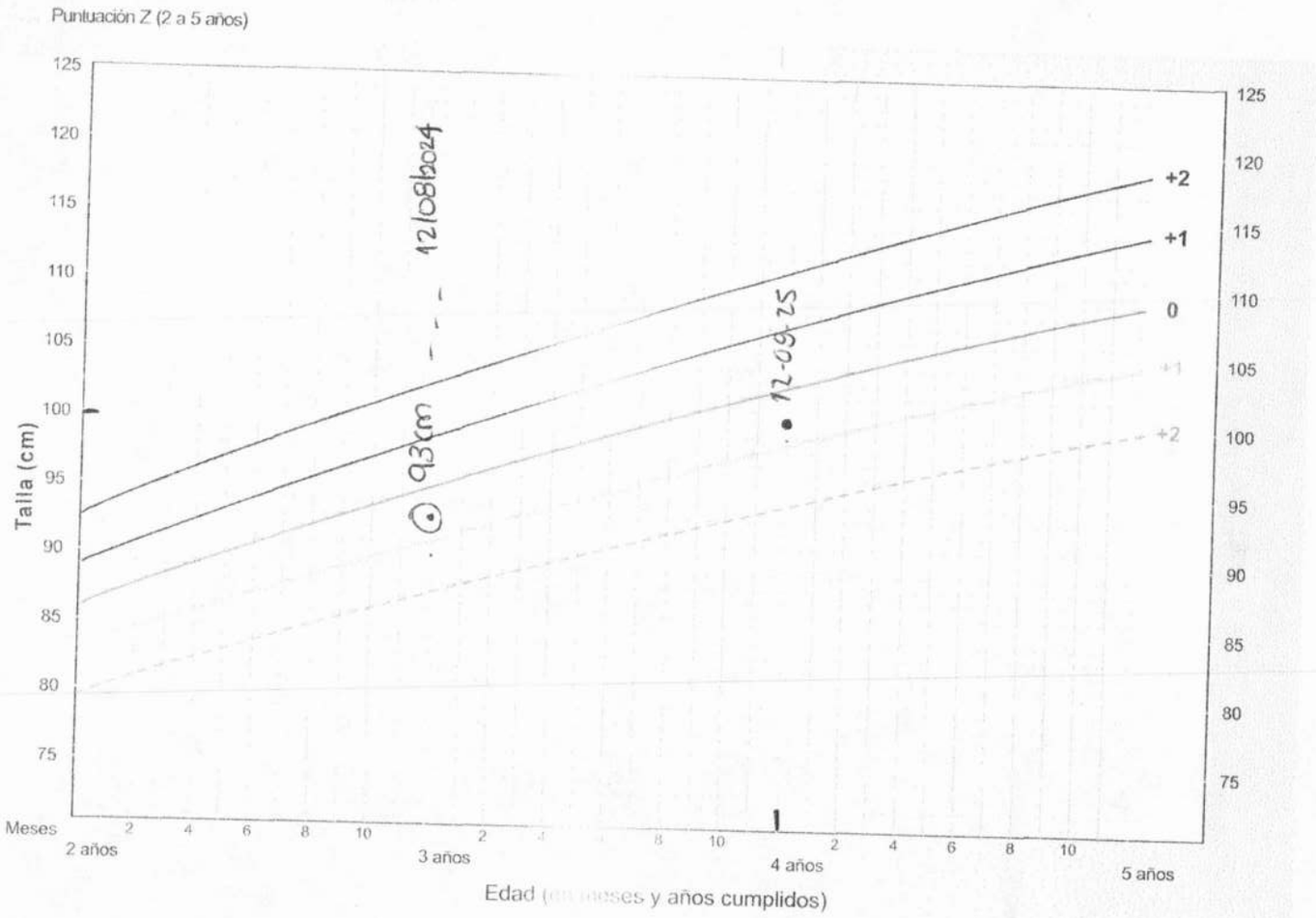
Nombres: ISABELLA	Apellidos: SIERRA GONZALEZ
Fecha de nacimiento: 11 DÍA | 08 MES | 24 AÑO	Historia Clínica: CJ B/ 7804121
Barrio/Vereda: B/ CENTRAL	Responsable del niño: EMILY H.
Teléfono:	EPS: NUEVA EPS

CITAS PROGRAMADAS

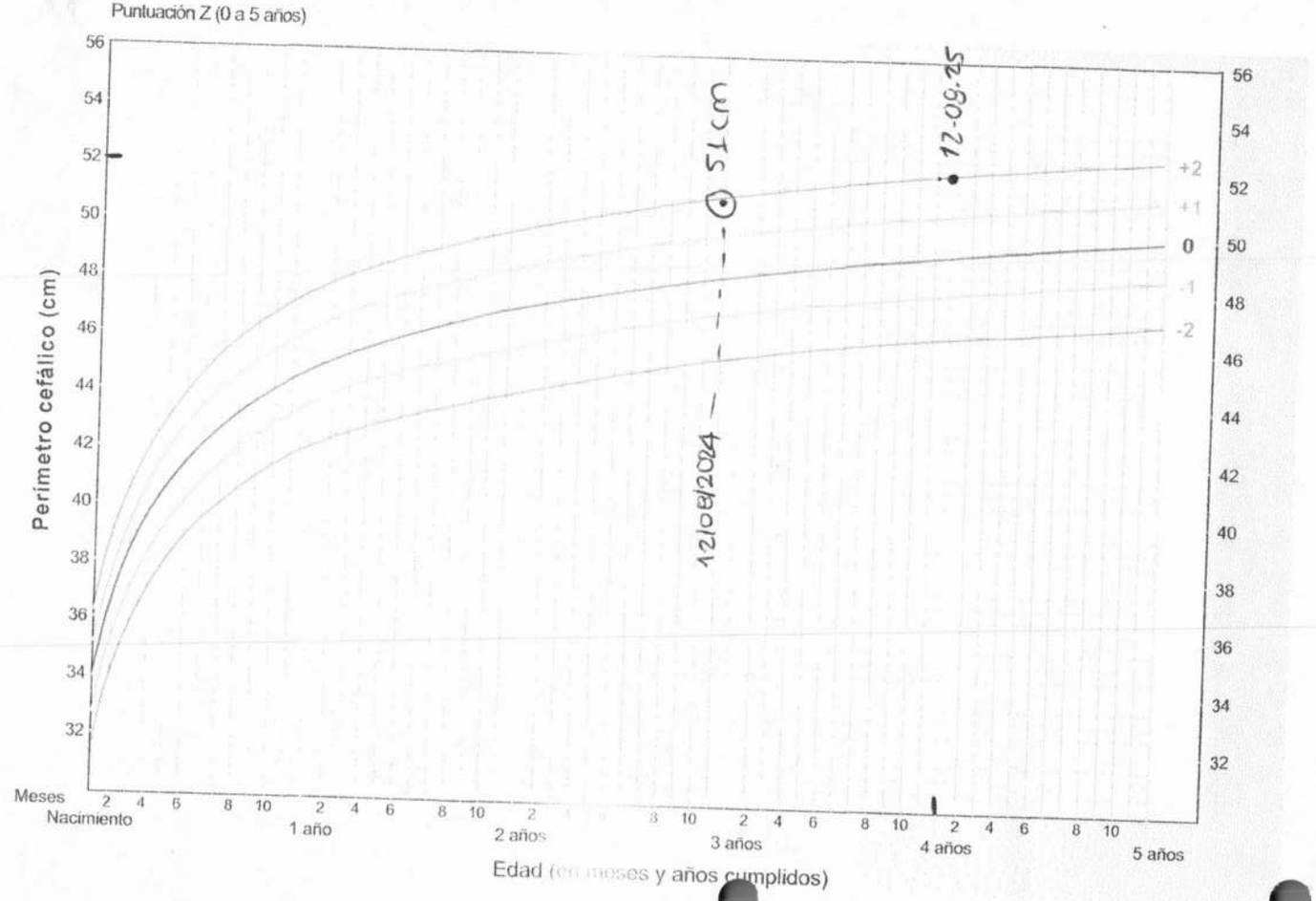
DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ	
				SI	NO
11	Agosto	2025	Enfermería		
11	Agosto	2026	Medico		

IMC (kg/m2)
Puntuación Z (2 a 5 años)
15,6 IMC
12/08/2024
12-08-25
+3
+2
+1
0
-1
-2
Meses
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)


Puntuación Z (2 a 5 años)
Peso (kg)
Meses
Años
Talla (cm)
+3
+2
+1
0
-1
-2
-3
13,5kg T=93cm 12/09/2024
12-09-25


Puntuación Z (2 a 5 años)
Talla (cm)
125
120
115
110
105
100
95
90
85
80
75
+2
+1
0
-1
-2
93cm
12/08/2024
12-09-25
Meses
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)

13


Puntuación Z (0 a 5 años)
Perímetro cefálico (cm)
56
54
52
50
48
46
44
42
40
38
36
34
32
+2
+1
0
-1
-2
12/08/2024
51 cm
12-09-25
Meses
Nacimiento
1 año
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)

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 22 MES 04 AÑO 2025 HORA: 09:20 Am

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Isabella Jazlin APELLIDOS Sierra Gonzalez

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 7708202771620

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 11 MES: 08 AÑO: 2021 / EDAD: 3 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Nueva EPS Tel: 3227566328

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: _____

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

Nombres _____ Apellidos _____

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

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 Arias Erazo

Firma Isabel Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1004695938

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.
Nombres: Isabella Jazlin
Apellidos: Sierra Gonzalez

Sexo: M F Fecha de Nacimiento: 11 08 2021
Identificación: CN | 1046828 1
Dirección: N.H.C.

Servimos con amor

FECHA	PROCEDIMIENTO CP	S	F	D	PRÓXIMA CITA
23-3-23	X		X	23 Sep-23	
21-09-23	X		X	21 Marzo-24	
21-03-24	X		X	21-09-24	
26-09-24	X	X	X	26-03-25	
28-03-25	X	X	X	28 Sep-2025	
30-09-25	X	X	X	30 Marzo-26	

Liliana Maribel Córdoba
ODONTOLOGA
ESPECIALISTA ORAL
Resolución 3100 de 2017

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

Autorización – Uso de la imagen de menor de edad:

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad Isabella Jazlin Sierra Gonzalez, identificado (a) con documento de identidad número 1204121, 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, Emilys Yohana Gonzalez, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 27996812, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos		Audios		Videos		Otros datos personales	

La autorización comprende:

1. Captar, tomar, almacenar y editar imágenes personales o fotografías, realizar videos y audios del menor de edad y/o del adulto mencionado (s) anteriormente según corresponda.
2. Divulgar y publicar las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción de derechos de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, y en el respeto de sus derechos fundamentales.

Manifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la recolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informado de los derechos con que cuenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales presenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 91 80 80.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra persona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

Los productos autorizados son originados por Fundación Alma de vida, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa COL Institucional

Suscriben:

Firma: _____
Nombre: Emilys Gonzalez
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3227566328
Fecha: 01/02/2025
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

Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Leidy Marcela Rincón
Agente educativa

Huella del niño/niña

Isabela

NOMBRE DEL USUARIO: Isabella Sierra SEXO: F FECHA DE NACIMIENTO: 11/08/21 PUEBLO INDÍGENA/ETNIA: 20

NOMBRE DE LA MADRE: DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: El Deife

	BIOLÓGICOS		DOSIS ÚNICA	1ª DOSIS	2ª DOSIS	3ª DOSIS	4ª DOSIS	5ª DOSIS	1º REFUERZO	2º REFUERZO
1	BCG	FECHA VACUNACIÓN	11.08.21							
		NÚMERO LOTE								
2	HEPATITIS B	FECHA VACUNACIÓN	11.08.21							
		NÚMERO LOTE								
3	ROTAVIRUS	FECHA VACUNACIÓN								
		NÚMERO LOTE								
4	NEUMOCOCO CONJUGADA	FECHA VACUNACIÓN							24-8-22	
		NÚMERO LOTE							ADQ133720A.	
5	POLIO INACTIVADA	FECHA VACUNACIÓN		08.11.21	25/1/22				Polio	
		NÚMERO LOTE		2028003A	2034001A				1713123	
6	POLIO ORAL	FECHA VACUNACIÓN				10/3/22			2115004.	
		NÚMERO LOTE							Cita 10	
7	PENTAVALENTE	FECHA VACUNACIÓN		08 11 21	10/01/22	10/3/22			12/3/2023	
		NÚMERO LOTE							2851403BD.	
8	SARAMPIÓN/RUBÉOLA/ PAROTIDITIS	FECHA VACUNACIÓN		24-8-22						
		NÚMERO LOTE		013C11268					12/3/2023.	
9	FIEBRE AMARILLA	FECHA VACUNACIÓN							07 3 NOV.	
		NÚMERO LOTE								
10	INFLUENZA ESTACIONAL	FECHA VACUNACIÓN		21-7-22	24-8-22	02/06/23				
		NÚMERO LOTE		U5022208B	U5022208	U5023001			Cita SANOFI	
11	TOXOIDE TETÁNICO DIFTÉRICO	FECHA VACUNACIÓN								
		NÚMERO LOTE								
12	NEUMOCOCO POLISACÁRIDA	FECHA VACUNACIÓN								
		NÚMERO LOTE								
13	MENINGOCÓCICA B-C	FECHA VACUNACIÓN								
		NÚMERO LOTE								
14	OTRA: HA.	FECHA VACUNACIÓN	influenza	Td. 21-07-22	U5022208.	HFLD	Penta C			
		NÚMERO LOTE	10/9226	Td 24-8-22		HFLD	Xc14 A.			
15	OTRA: SR	FECHA VACUNACIÓN	varicela.	Col. 37-08-22	HFLD	Penta C				
		NÚMERO LOTE	16-02-23	Serum	0122U017		HFLD.		2023 Penta C.	

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

	OBSERVACIÓN:
	Cita 14 Septiembre

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

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

OPS
Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
América

Misión BARRIO ADENTRO

TARJETA DE VACUNACIÓN

Dirección de INMUNIZACIONES
Dirección General de Epidemiologia

CÓDIGO DEL CENTRO DE VACUNACIÓN: _____

FECHA DE EXPEDICIÓN: 08/11/21

ESTE DOCUMENTO SE EXPIDE A NOMBRE DE:

Isabella Sierra

Nº DE CÉDULA: 27996312

NACIONALIDAD: _____

SELLO DEL ORGANISMO QUE EXPIDE

SISPAI-01 VERSIÓN 2019

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 44550	Pago oportuno hasta:	06-MAR-2025	Mes Facturado
Factura Nro.	2037006320	Suspensión a partir de:	07-MAR-2025	FEBRERO 2025

1. Información General

Nombre:	SEGUNDO ISIDRO GUERRERO ARENAS			Último pago $	51.680
Dirección:	VDA NUEVA RISARALDA		05-FEB-2025	Tuve servicio de energía entre:	17-ENE-2025 - 18-FEB-2025 (32) 25-FEB-20

Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Área	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Tarifa	División Geopolítica
SM1	S103	244	1	RESIDENCIAL	URBANA	1	AEREA	EMPRESA	105		SAN MIGUEL - 9 DE ABRIL

Tipo de Documento	Fecha y hora de Emisión	Fecha y hora de Generación	Medio de Pago	Forma de Pago	Factura Electrónica de Venta

2.Información Consumo Energía

Componentes del Costo (CU)*: Generación 502.93 + Transmisión 56.03 + Distribución 249.01 + Comercialización 113.93 + Pérdidas 69.39 + Restricción 10.41 = CU .... ($/KwH)

2A.Información Medidor

Marca	Serial	Factor Múltiple
HIK	19703548	

2B.Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	2238	2111
Reactiva:		

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

2C.Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	127
Consumo Reactiva KVarh:	0
Costo del consumo $	127215.89
Tarifa (hasta 173 Kwh):	402.74
Subsidio: % 59.944	-76067.98
Contribución: % $)	0
Sub Total $	51147.91

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

2D.Consumo Ultimos 6 Meses

Mes	Consumo
2025/Ene	127
2024/Dic	84
2024/Nov	39
2024/Oct	32
2024/Sep	40
2024/Ago	24

Promedio: 58

2E.Información Calidad del Servicio

Tel. O.R. EEPB 01 8000 942415
Transformador: SLD121 Grupo: 22
DIUG: 30.24 FIUG: 19 Circuito: C14
Cargo D: 257.19 Dscto %t: 20
CEC: 127.22
DIU: 93.30 FIU: 101.00
HC: 0.00 VC: 2.00
Valor a compensar: 6,544.07

3.Información de Créditos EEBP

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

Gerente General

4.Detalle Conceptos del Servicio de Energía

Conceptos EEBP	Valor Liquidado	Saldo Anterior	Saldo a Favor o Anticipado	TOTAL
ACTIVA SENCILLA MONOMIA	127,215.89	0	0.00	127,216
SUBSIDIO	-76,067.98	0	0.00	-76,068
AJUSTE A SUBSIDIO	851.96	0	0.00	852
COMPENSACION RES C REG. 015/2018	-6,544.07	0	0.00	-6,544
AJUSTE A LA DECENA	0.20	0	0.00	0

5.Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP

45.456

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	8,544	0	8,544

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
Aseo*	Alcaldia San Mi	Cra 4 Cll 7 Esq B/La Liberta		6,000	0	0	0	0		6,000

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

8.Información Facturación Otros Convenios

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

Total EEBP	+ Total Impuesto Alumbrado público	+ Total Aseo y/o Alcantarillado	+ Total Otros Convenios	= Debo pagar en Total
45,456	8,544	6,000	0	60,000

CUFE: d770d819b46d754975e990627352b56395859c0a29e177a2d8c12a0f503

(415)7709998005532(8020)00203700632680(3900)0000060000(96)20250306

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

www.eebpsa.com.co @eebpsaesp /eebpsa

Fac. Electronica: EEBP 121755

Resolución de facturación electrónica DIAN No 18764083/11901
de fecha: 20/11/2024 desde No. 1 hasta No. 1000000
vigencia: 20/11/2024

Documento ejecutivo de acuerdo a las Normas del Derecho Civil y Comercial Ley 142 Art. 130

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

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

Dirección: B/ el Paraiso Cra 7 # 1-36 Teléfono Conmutador: 4210533 - móvil: 3134821413

CARNET RIAS **PRIMERA INFANCIA**

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA
NIT. 846.002.309-9
Mi prioridad es tu salud...



Nombres y Apellidos: Isabella Jaylin Sierra Gonzalez
Doc. de Identidad: 1804171 EPS: Nueva Eps
Teléfono: 3227566328 Domicilio: B/ Central

		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	9-11M	12-17M	18-23M	24-29M	30-35M	3 A	4A	5A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico													
		Atención en salud por medicina general													
		Atención en salud por enfermería												12-8-2025	
		Atención en salud por Odontología							Proximo control				12-8-2025		
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor											28 marzo 2025		
		Profilaxis y remoción de placa													
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	V	Vacunación													

Lizeth Jimenez Trujillo
Enfermera Profesional
Reg 22083
Universidad de Caldas

Agudeza Visual 20/20 Normal 12-8-2025 Proximo control 28 - Septiembre 2025 Proximo control

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre 24

Ciudad San Miguel - la dorada - ptyo

Nombre completo de la niña o niño Isabella Jadin Sierra Gonzalez

Fecha de nacimiento Día 19 Mes 08 Año 2021 **N° Documento de Identidad** 7804121

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Leidy Marcela Rincón E hijo #1

Fecha de registro cualitativo 02 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

Isabella se comunica de una forma fluida implementando palabras de su medio, tambien acompaña sus relatos con gestos y en ocaciones cambia el tono de voz, disfruta juegos con sus compañeros y es muy respetuosa.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Leidy Marcela Rincón Echeverry

Fecha de registro cualitativo Día 3 Mes 10 Año 2025

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

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

Observaciones generales

Isabella interactua con sus compañeros compartiendo juegos, tambien resuelve pequeños conflictos sin la ayuda del adulto. Entabla conversación con el adulto haciendo saber sus historias.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

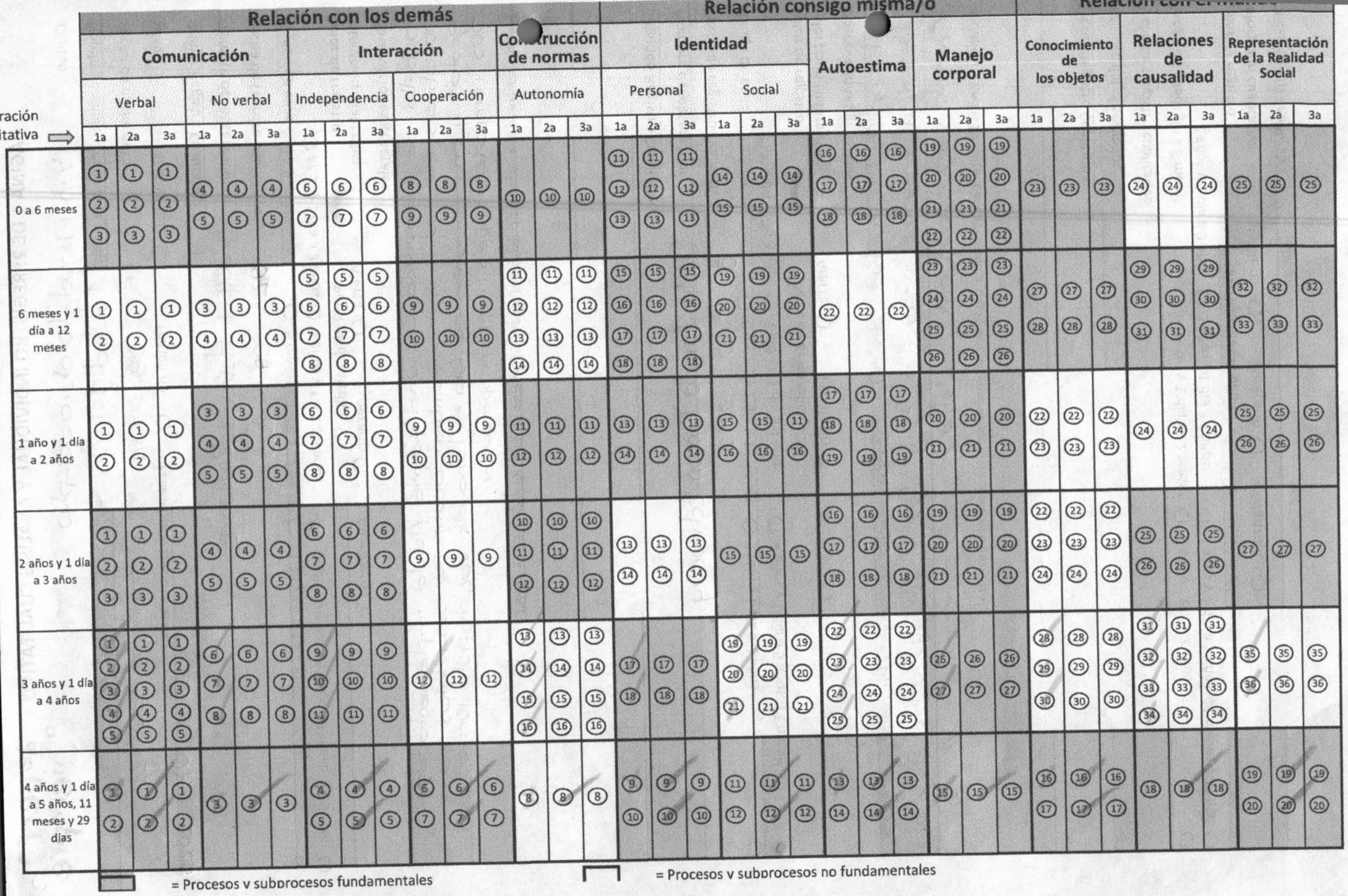
Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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

25
P/V

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Isabella Jarlin Sierra UNIDAD DE ATENCIÓN: Pre jardin 2 AGENTE EDUCATIVO: Marcela R

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 01-04-2023

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
Martes 14-10-2025	El dia de hoy no asiste la niña y la madre de familia mediante un mensaje de whatsap refiere que la niña amanecio con malestar estomacal y la madre prefiere dejarla en casa bajo cuidado y dandole suero para hidratarla.	la agente educativa le refiere a la madre que es recomendable llevar la niña al medico e informar a la agente educativa segun siga de salud la niña.	Marcela R.	

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

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
Miercoles 15-10-25	El dia de dia de hoy asiste la niña en aparentemente buen estado de salud y buen estado fisico, la niña se reintegra satisfactoriamente a las actividades pedagogicas sin novedad, tambien se pudo evidencia durante la jornada que la niña no presento daño de estomago ni malestar Parcela R.

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

26
R/V

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Isabella Sierra Jarlin **UNIDAD DE ATENCIÓN:** pre jardin 2 **AGENTE EDUCATIVO:** Marcela R.

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 01-04-2025

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)
Jueves 25-9-2025	Realicando la verificación de las carpetas se encontro que la niña tiene pendiente la cita de higiene oral para el 28-9-25, Se recuerda a la madre con tiempo para que gestione con tiempo y asi garantizarla atención a la niña.	la madre de familia se acerco e informo que la cita quedo programa para el dia 30/9/25 a las 2.30pm, la agente educativa le recuerda a la madre de familia que una vez la niña tenga la atencion traer fotocopia del Carnet de higiene Oral.	Marcela R.	

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
Martes 30-9-25	El dia de hoy la madre de familia refiere que asistira a recoger antes del horario de salida a la niña por que tiene cita de higiene oral, se realiza la entrega de la niña a las 1:50pm en aparentemente buen estado de salud, tambien se le recuerda a la madre traer fotocopia del carnet el dia siguiente. Marcela R. la madre de familia trae el carnet de higiene oral en fotocopia el Cual se le anexa a la carpeta y se da por cierre a la novedad. Marcela R.

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