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: 13 / 06 / 2025

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

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

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

Unidad de Servicio sugerida: CDI Fronteras de paz

Tipo documento identidad: (X) 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: 1122343748

Fecha nacimiento: 23 / 06 / 2021

Nombres: Anny Zaireth

Apellidos: Solarte Arias

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? ( ) Si (X) No

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

Seleccione la que aplique: ( ) Afrocolombiano ( ) Indígena (X) 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: Urb

Barrio:

Vereda: Risaralda

Sector:

Dirección:

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

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

Tipo documento identidad: ( ) Tarjeta identidad (X) 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: 1122342427

Nombres: Viviana Katherine

Apellidos: Arias Diaz

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 17 / 05 / 1998

Correo electrónico:

Número de celular: 3105639775

Número de fijo:

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

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

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

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Leidy Marcela Rincon Echeverry

Observaciones:

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Fundación
Alma de Vida
Fortaleciendo caminos de esperanza

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:

Anny Cairetth Solarte Arias

Nº DOCUMENTO: 1122343748 **TIPO DOCUMENTO:** RC X CC ___ OTRO ___

FECHA DE NACIMIENTO: 23/06/2021 **EDAD:** 4 años

LUGAR DE NACIMIENTO: San Miguel

NOMBRE DE LA UDS: CDI Fronteras paz
CODIGO UDS: _____ **BARRIO/VEREDA:** 7 de agosto
FECHA DE INGRESO: 13/06/2025 **FECHA DE RETIRO:** _____

SISBEN: A1 **EPS:** Emssana **RÉGIMEN (C)**__ **(S)**X

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

GRUPO ETNICO: SI___ NO X ¿CUAL? _____

GRUPO AFROCOLOMBIANO: SI___ NO X ¿CUAL? _____

NOMBRE DE LA MADRE: Viviana Katterine Arias Diaz
Nº CÉDULA: 1122342427 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Miguel
NOMBRE DEL PADRE: Anderson Adrian Solarte Salas
Nº CÉDULA: 1006788462 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Miguel
Nº DE CELULAR: 3105639775
NOMBRE DEL ACUDIENTE: Viviana Katterine Arias Diaz
Nº CÉDULA: 1122342427 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Miguel
DIRECCIÓN VIVIENDA: V/ Risaralda **ZONA POBLACIONAL:** (R) X (U)___
NUMERO DE CELULAR 3105639775

Viviana Arias Diaz
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Leidy Marcela Rincón E.
NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO

3

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO
Número: **N** 1442866

NUIP 1.122.343.748

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
SOLARTE ARIAS ANNY ZAIRETH

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)			Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año 2021	Mes JUN	Día 23	FEMENINO	A +

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

Fecha de Inscripción (Mes en letras)			Indicativo serial
Año 2021	Mes JUN	Día 29	0061318500

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
ARIAS DIAZ VIVIANA KATTERINE

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.122.342.427	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
SOLARTE SALAS ANDERSON ADRIAN

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.006.788.462	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
SOLARTE SALAS ANDERSON ADRIAN

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.006.788.462

Espacio para notas
VALIDO PARA TRAMITES LEGALES Y CIVILES

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio: COLOMBIA PUTUMAYO SAN MIGUEL(LA DORADA) — Código: X8Z

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras): Año 2021 Mes JUN Día 29

Nombre y firma del funcionario

ROY EDISON CALLE QUIRAMA
Registrador del Estado Civil

Adhesivo Copia Registro Civil
26209430-8

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.122.342.427**

ARIAS DIAZ

APELLIDOS

VIVIANA KATTERINE

NOMBRES

Viviana arias Diaz

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-MAY-1998**

SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.50	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

18-MAY-2016 SAN MIGUEL(LA DORADA)

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-6401800-00837347-F-1122342427-20160621 **0050**204026A 1 46164677

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.006.788.462**

SOLARTE SALAS

APELLIDOS

ANDERSON ADRIAN

NOMBRES

Anderson Solarte

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-DIC-1999**

SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **M** SEXO

18-ENE-2018 SAN MIGUEL(LA DORADA)

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-6401800-00976742-M-1006788462-20190207 0059446709A 1 49219829

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 11/06/2025

Ficha: 86757019479300000046

A1

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: ANNY ZAIRETH

Apellidos: SOLARTE ARIAS

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122343748

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 15/11/2017

Última actualización ciudadano: 28/04/2023

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARIA ZORAYDA LINARES MONTERO

Dirección: Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libertad

Teléfono: 4210537 - 3213138790

Correo Electrónico: sisben@sanmiguel-putumayo.gov.co

ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1122343748
NOMBRES	ANNY ZAIRETH
APELLIDOS	SOLARTE ARIAS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	SAN MIGUEL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EMSSANAR S.A.S.	SUBSIDIADO	23/06/2021	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/10/2025 08:39:07	**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 SALUD INFANTIL

CRECIMIENTO Y DESARROLLO

"Su Salud en Buenas Manos"



CLÍNICA SAN JORGE LA HORMIGA S.A.S
RÉGIMEN COMÚN - NIT 900115211-7
CARRERA 6 N° 9-38 - BARRIO LAS ACACIAS
TELÉFONO: 4283272 - CEL: 3138873678
LA HORMIGA - PUTUMAYO

CONTROL DE CITAS

FECHA			HORA	ASISTIÓ	
DÍA	MES	AÑO		SI	NO
19	Octubre	2021.	11:20	Desarrollo adecuado. P. Pediatría. Rx cadera.	
10	FEBRERO-	2022.	12 M.	Presencia adecuado. Peso/talla adecuados.	
[illegible]	[illegible]	[illegible]			
23	06.	2023	Enf.		
27.	12.	2023.			
19	03	2024	Enf.	✓.	
23	06	2024.	Med.		
27	06	2025	Enfer	SIC Milena C	
23	Junio	2026	Medico	cita	

10

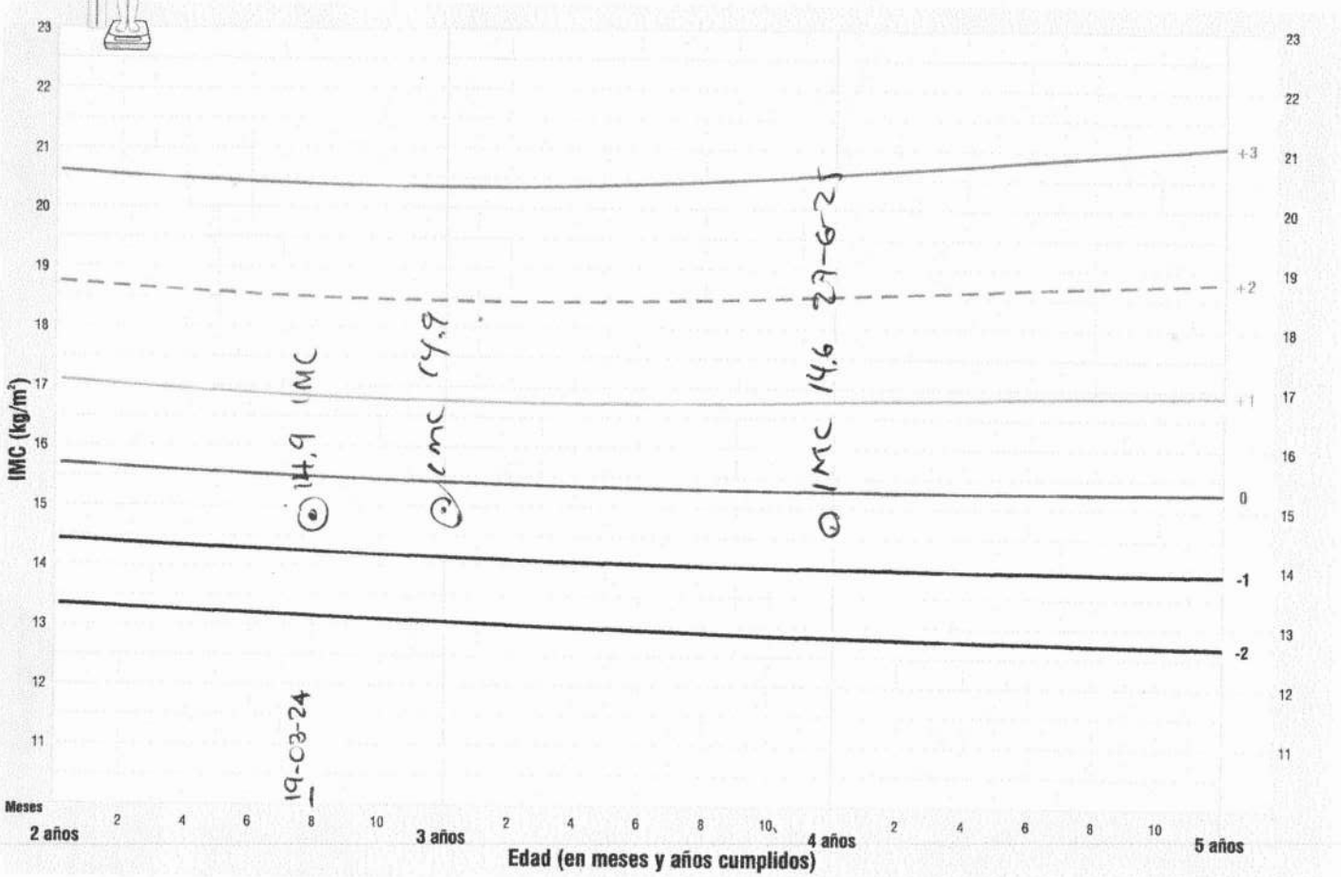
IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)

La Salud es de todos | Minsalud

Instituto Nacional de Salud

Bienestar Familiar



Resolución MINSALUD 2465 del 14 de Junio de 2016
Publicada en el diario oficial número 499926 el 06/07/2016.

Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Organización Mundial de la Salud

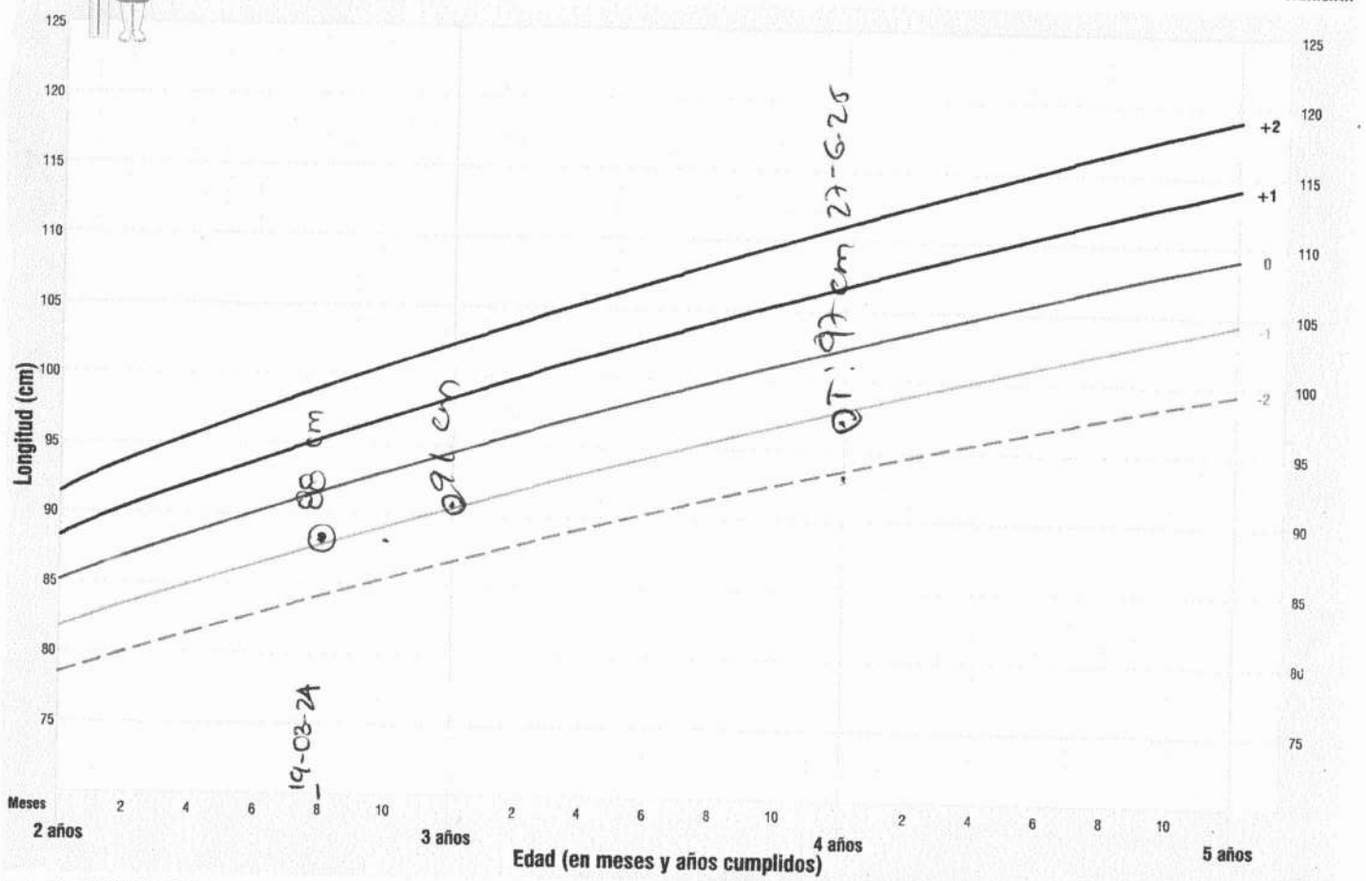
Talla para la edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)

La Salud es de todos | Minsalud

Instituto Nacional de Salud

Bienestar Familiar



Resolución MINSALUD 2465 del 14 de Junio de 2016
Publicada en el diario oficial número 499926 el 06/07/2016.

Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Organización Mundial de la Salud

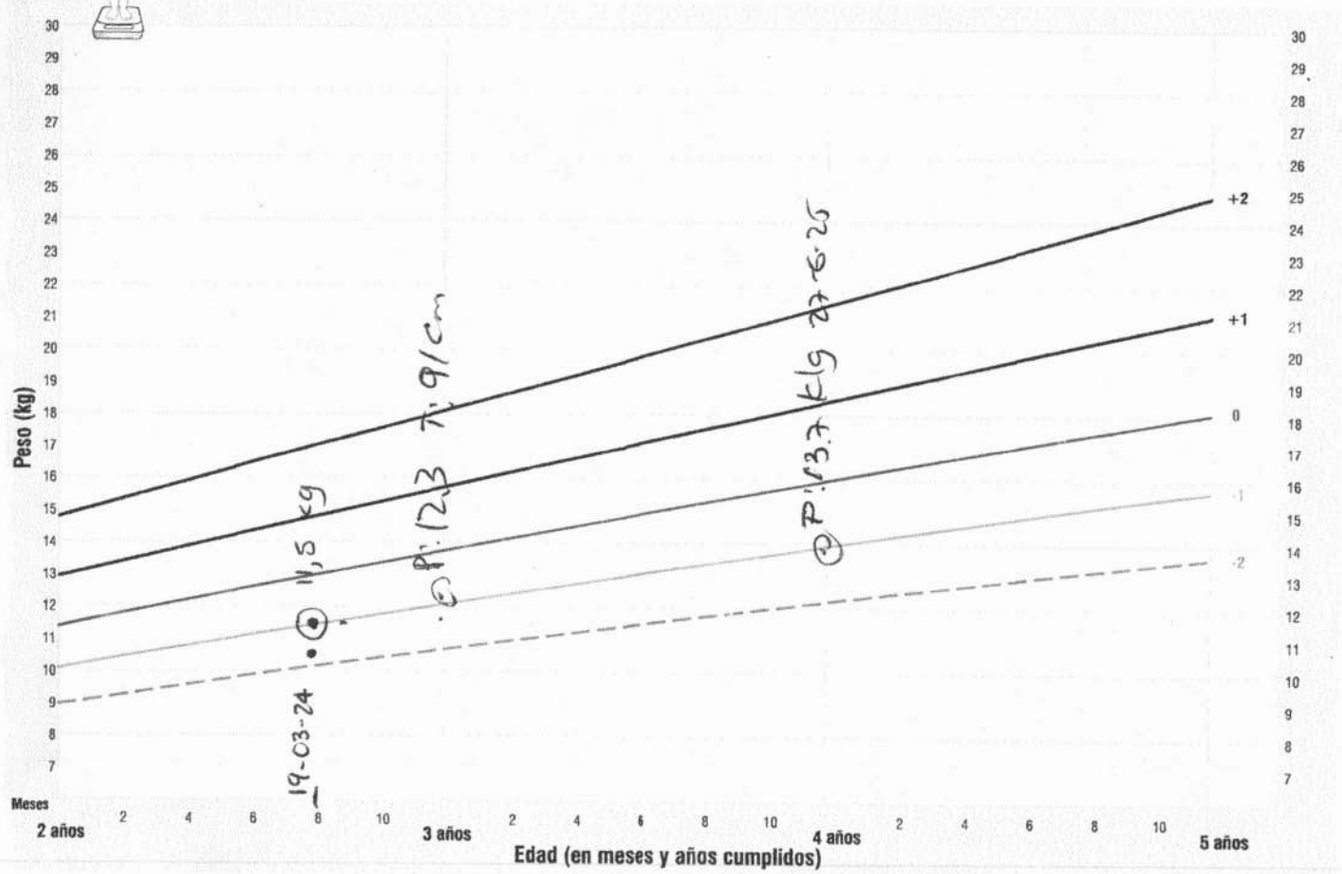
Peso para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)

La Salud es de todos | Minsalud

Instituto Nacional de Salud

Bienestar Familiar



Resolución MINSALUD 2465 del 14 de Junio de 2016
Publicada en el diario oficial número 499926 el 06/07/2016.

Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Organización Mundial de la Salud

13

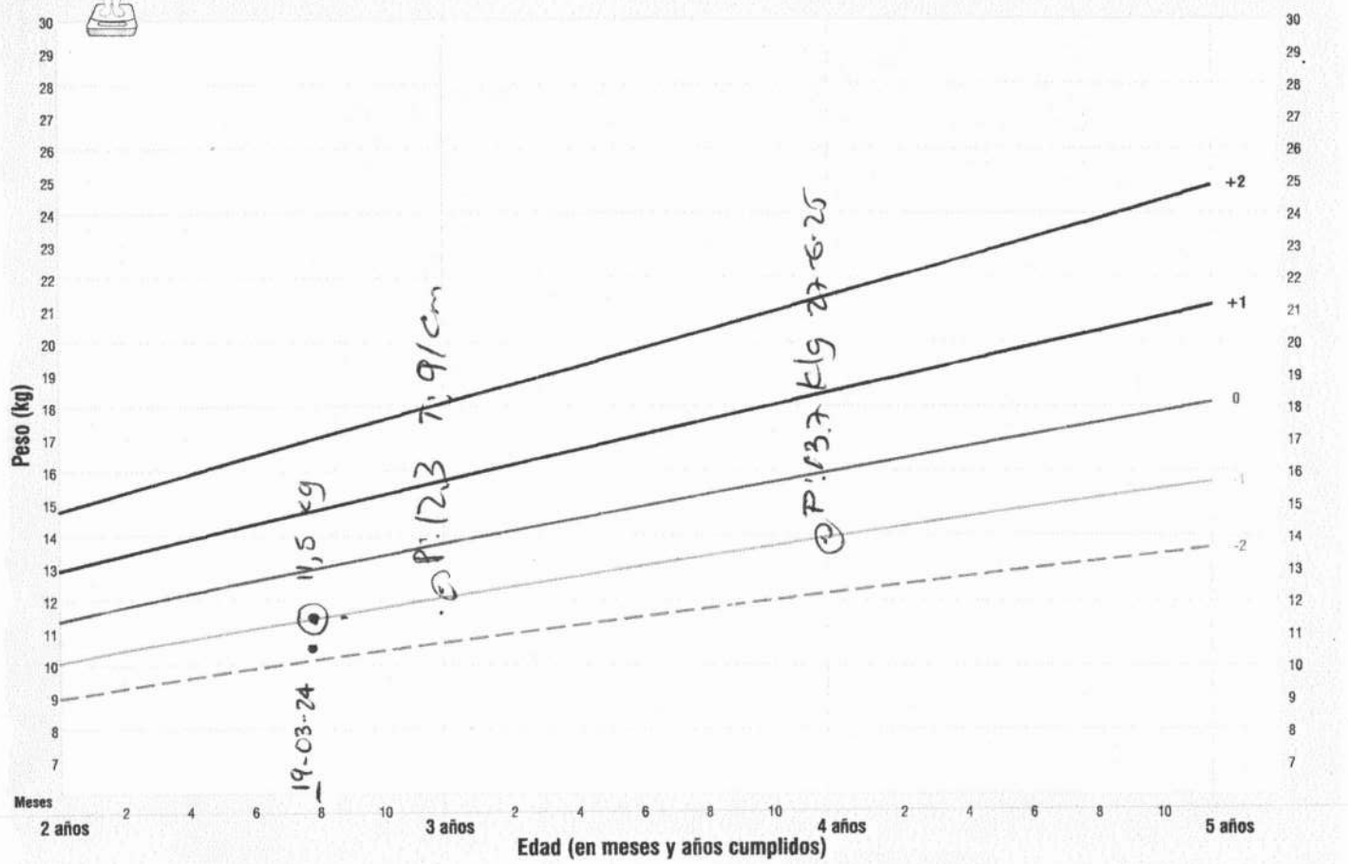
Peso para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)

La Salud es de todos | Minsalud

Instituto Nacional de Salud

Bienestar Familiar



Resolución MINSALUD 2465 del 14 de Junio de 2016
Publicada en el diario oficial número 499926 el 06/07/2016.

Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Organización Mundial de la Salud

14

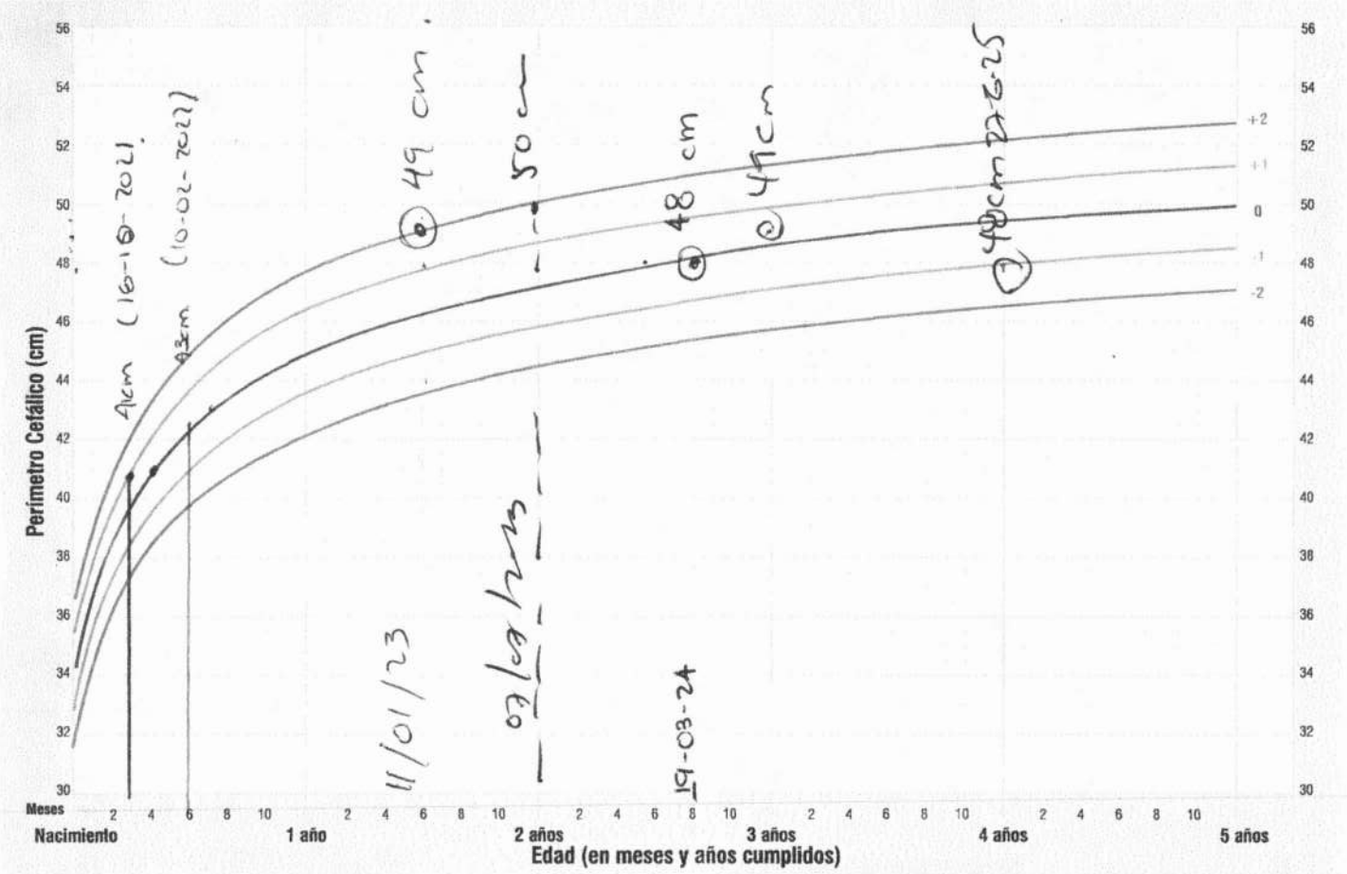
Perímetro Cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)

La Salud es de todos | Minsalud

Instituto Nacional de Salud

Bienestar Familiar



Resolución MINSALUD 2465 del 14 de Junio de 2016
Publicada en el diario oficial número 499926 el 06/07/2016.

Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Organización Mundial de la Salud

Nombre: Anny Zaireth Solarte Arias **Registro Civil:**

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de Aplicación Día Mes Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día Mes Año	Nombre del Vacunador
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva Sí☐ No☐							
	Tuberculosis B.C.G.	Única	22 06 21	Serum				Dennis Narvaez
	Hepatitis B	Recién nacido	22 06 21	Serum	0820Q002A			Dennis Narvaez
2 Meses	Lactancia materna exclusiva Sí☐ No☐						cita 22-agosto 2021	
	Polio (Oral - IM)	1ª	19/10/21	Serum	2077004	HFLD		Talya 6
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	19/10/21	Serum	28509018D	HFLD		Talya 6
	Rotavirus	1ª	19/10/21	GSK	ADOIC932AF	HFLD		Talya 6
	Neumococo	1ª	19/10/2021	GSK	ASPNB301EA	HFLD		Talya 6
4 Meses	Lactancia materna exclusiva Sí☐ No☐						cita.	
	Polio (Oral - IM)	2ª	11-01-2023	Biological.	21141014	HFLD	19/DIC/2021	Paula C
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	11-01-2023	Serum.	28210016A	HFLD		Paula C
	Rotavirus	2ª	—	—	—	—	—	—
	Neumococo HB	2ª	11-01-2023	Serum.	0320130B	HFLD		Paula C
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.							
	Polio (Oral - IM)	3ª	13-03-23	Biological	2206012	20 HFLD		Mayerly V.
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	13-0323	Serum	2891X024D	HFLD.		Mayerly V.
	Influenza	1ª	07-05-24	Bucmiam	2400979100	HFLD		Jenifer.
7 Meses	Influenza	2ª						
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	12-4-23	Serum	0181N108A	HFLD		
	Fiebre Amarilla	1ª	12-4-23	Serum	T36424	HFLD		Karen A
	Neumococo	Refuerzo	12-4-23	Serum	1036268	HFLD		
	Influenza	Anual						
	Hepatitis A	ÚNICA	12-4-23	Serum	U016461	HFLD		Karen A
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1' Refuerzo	07-05-24	Serum	28231X003B	HFLD	cita.	Jenifer.
	Polio (Oral - IM)	1' Refuerzo	07-05-24	Biological	2233005	HFLD	12 Junio/2023	Jenifer
5 Años	Polio (Oral - IM)	2° Refuerzo					2 AÑOS	
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2° Refuerzo						
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo	07-05-24	Serum	0132N048B	HFLD		Jenifer.
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª						
	VPH	2ª						
	VPH	3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis	SR	Rf.	04-07-23	Serum	0122W017	HFLD	Cita cuando cumpla 5 años.	Saoly M.

Estas vacunas son gratuitas

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

PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO

IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA

Al momento de nacer **Fecha:**

PRIMER CONTROL MÉDICO

Durante el primer mes de vida **Fecha:**

SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA

Edad	Fecha de cita programada	Fecha en que asistió	Profesional que atendió
1 a 3 meses			
4 a 6 meses			
7 a 9 meses			
10 a 12 meses			
13 a 16 meses			
17 a 20 meses			
21 a 24 meses			
25 a 30 meses			
31 a 36 meses			
37 a 48 meses			
49 a 60 meses			
61 a 66 meses			
67 a 72 meses			
73 a 78 meses			
79 a 84 meses			
8 años (1)			
8 años (2)			
9 años			

Todos los niños deben recibir suplementos con Hierro y Vitamina A, cada 6 meses desde los 6 meses hasta los 5 años de edad, de acuerdo al protocolo de la estrategia **AIEPI**.

Edad	Fecha	Edad	Fecha
6 meses		42 meses	
12 meses		48 meses	
18 meses		54 meses	
24 meses		60 meses	
36 meses		66 meses	

En todos los niños se debe realizar toma de TSH al momento de nacer para estudio de hipotiroidismo.

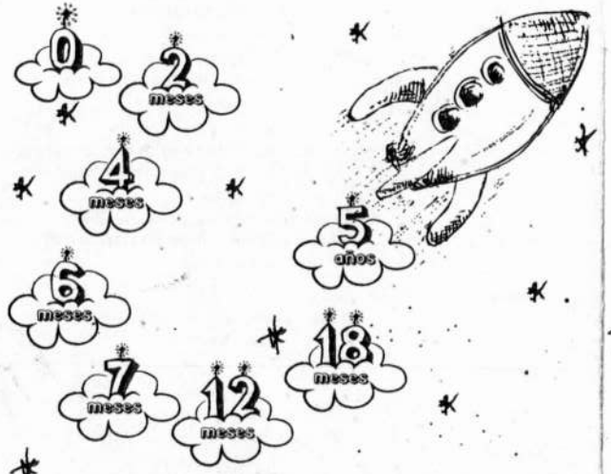
Valor reportado TSH:	
Fecha verificación:	
Profesional que verificó:	

Exíjalo

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

Poliomielitis, Difteria, Tétanos, Tosferina, Hepatitis, Enfermedad diarreica producida por rotavirus, Neumonías, Meningitis tuberculosa, Fiebre amarilla, Sarampión, Paperas, Meningitis por Haemophilus Influenza tipo B, Rubéola e Influenza.

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



- Cualquier día es bueno para vacunar a sus hijos.
- En Colombia todos los días son días de vacunación.
- **Es fácil, gratis y sobre todo muy importante.**

República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

www.minsalud.gov.co
Atención al Ciudadano: 018000 95 25 25

AIEPI
Porque mi vida hay que protegerla hoy

de cero a Siempre
ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Sobalo Arias Ana Sarith
Fecha de nacimiento: 23-06-2021
Nº de certificado de nacido vivo: ____
Registro civil: 1122343748
Sexo: Femenino
Grupo sanguíneo: ____
Peso al nacer: 3200
Dirección: V. Ricaurte
Teléfono: 3162724501
Responsable: Viviana Arias Diaz
Municipio de residencia: La Dorada
Departamento: Putumayo

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas

119 ✓



PROSPERIDAD PARA TODOS

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

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 24 MES 06 AÑO 25 HORA: 10:52am

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Anny Zaireth APELLIDOS Solarte Arias

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1122343748

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 23 MES: 06 AÑO: 2021 / EDAD: 4 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Viviana Katherine Arias Diaz

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. 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 Primera dosis [ ] Segunda dosis [ ] 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.

INFORMACIÓN ESPECIFICA PARA GESTANTES

La vacuna tiene aprobado el uso en mujeres gestantes desde la semana doce (12) y durante los 40 días postparto, siempre que los posibles beneficios superen los posibles riesgos con base en la evaluación clínica realizada en conjunto por el médico tratante y la gestante, lo cual deberá presentar al momento de la vacunación certificación que acredite tal evaluación.

La vacuna que se le está administrando es eficaz para evitar complicaciones severas y muerte en la gestante y el feto por SARS CoV-2 COVID-19

A la fecha no hay pruebas que la vacuna cause efectos adversos importantes para la mujer embarazada, el feto o la placenta, además de los ya observados para la población general

.

A nivel poblacional son muchos mayores los beneficios de administrar el biológico, sobre los riesgos de llegar a padecer COVID-19 durante la gestación, por el impacto que sobre la salud materna y perinatal produce la infección por SARS-Co-2 y ante el alto riesgo de complicaciones severas, ingreso a UCI, y morbilidad y mortabilidad materna y fetal asociada a esta enfermedad.

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.

Soy mujer con más de 12 semanas de gestación o durante los 40 días postparto: SI ☐ NO ☐ y en caso afirmativo aporto certificación del médico tratante que acredita evaluación clínica para que obre adjunto a este consentimiento, requisito indispensable para recibir la vacuna.

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

Firma de la persona: Viviana Katherine Arias Diaz

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

Nombres _____ Apellidos _____

Tipo de Identificación: 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

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

de _____

Huella dactilar o plantar del Rogante

Viviana Katherine Arias O.
Firma del Rogado
C.C. N° 1122342427.

Nombres y apellidos del vacunador: Jeniffer Yulieth Cabezas Meneses

Firma Tipo de Identificación: CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1126446060

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFD

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Putumayo MUNICIPIO: San Miguel

Nota 1: Los menores de edad a partir de 12 años deben firmar junto con uno de sus padres o su representante legal
Nota 2: Para los menores de 12 años deben firmar sus padres o su representante legal

E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA
NIT. 846.002.309-9

RIAS PRIMERA INFANCIA

E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA

Mi prioridad es tu salud



Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

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

Nombres y Apellidos: Anny Zairetn Solarte

Doc. de Identidad: 1122343748

EPS: Emssanar

Teléfono: 3105639775

Domicilio: Vl Risaralda

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	4 A	5 A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico													
		Atención en salud por medicina general													
		Atención en salud por enfermería													
		Atención en salud por Odontología													
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor		LILIANA MARIBEL CORDOBA AUX. EN SALUD ORAL RES. 8600493-2011										27-06-2025 23-12-2025	
		Profilaxis y remoción de placa													
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	V	Vacunación													

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 Anny Zaireth Solarte Arias, identificado (a) con documento de identidad número 1122343748, 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	X	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales	X

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Viviana Katterine Arias Diaz, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1122342427, 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	X	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales	X

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 Institucional.

Suscriben:

Firma: Viviana Arias Diaz
Nombre: Viviana Katterine Arias Diaz
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3105639775
Fecha: 13-06-2025
Municipio: San Miguel.

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

PACTO DE CONVIVENCIA MODALIDAD INSTITUCIONAL

Para este año electivo 2025 el pacto de convivencia de CDI Fronteras de paz y Fronteras de Paz 1, ha sido socializado y actualizado de forma igualitaria y democrática con los integrantes de la comunidad perteneciente al programa de un acuerdo colectivo expresado en compromisos que se asumen con el objetivo de crear espacios apropiados para el desarrollo integral de las niñas y los niños que faciliten el desarrollo de relaciones entre niños y niñas, maestras administrativos padres de familia y demás personas que hacen parte de la primera infancia.

DERECHOS Y DEBERES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

DERECHOS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

- ✓ Que se le respeten y salvaguarden los derechos fundamentales (vida, salud, educación, integridad) de los niños y las niñas según las leyes que los amparan.
- ✓ Al afecto y buen trato y a que mi padre, madre o cuidador responsable atienda las llamadas de las maestras o personal del CDI en los horarios definidos.
- ✓ A una alimentación balanceada, acorde a su edad y según la minuta.
- ✓ Reconocimiento ante los demás compañeros.
- ✓ A que nos cuente que está pasando en la actualidad y nos expliquen porque este cambio en el modo de vida.

DEBERES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

- ✓ Saludar a las personas con las que me relaciono diariamente y comparto rutinas con mi familia.
- ✓ Reconozco que a veces me equivoco y pido disculpas, respetando a las personas con las que convivo.
- ✓ Cuido y recojo los materiales pedagógicos y mis pertenencias, utilizo las palabras; por favor, gracias, y hablo sin gritar.
- ✓ Atiendo cuando los demás me hablan y participó activamente en las actividades propuestas por las maestras o personal pertinente del CDI Fronteras de Paz, Fronteras de paz 1.
- ✓ Aplico normas de higiene (lavo mis manos con agua y jabón por lo menos cinco veces al día por más de 20 segundos. Me cepillo los dientes por lo menos; después de cada comida, antes de acostarme y después de levantarme) y a consumo los alimentos, especialmente las frutas y las verduras.
- ✓ Acudir de manera periódica a las UDS.

DERECHOS Y DEBERES DE LOS PADRES DE FAMILIA

DERECHOS DE LOS PADRES DE FAMILIA

- ✓ A que su hijo reciba una excelente atención; que las practicas, retos propuestos sean acordes a la edad y las necesidades de los niños y las niñas.
- ✓ A pertenecer a los comités de padres de familia.
- ✓ A que se le dé un buen trato por parte de los empleados y demás padres usuarios y a que se le escuche cuando presente sugerencias, quejas, reclamos o solicitudes.
- ✓ A recibir acompañamiento y orientación pertinente, y oportuna, que fortalezcan la práctica de cuidado y crianza de los niños y las niñas en el hogar.

DEBERES DE LOS PADRES DE FAMILIA

- ✓ En el momento de la matricula presentar los documentos solicitados y mantenerlos actualizados según corresponda.
- ✓ Informar a la agente educativa oportunamente situaciones que pongan en riesgo el bienestar de la familia especialmente el desarrollo integral de los niños y las niñas, por el medio de comunicación que considere

(telefónico, mensajería y/o escrito).

- ✓ Informar oportunamente si el niño o niña presenta alergias, asma, o enfermedades que afecten su estado de salud al agente educativo, en caso que impidan su asistencia justificarla en lo posible por escrito.
- ✓ A través del Buzón de Sugerencias manifestar sus Quejas, Peticiones, Reclamos, Sugerencias y/o felicitaciones.
- ✓ Si se toma la decisión de retirar la niña o el niño del CDI, Informar verbalmente mediante llamada o escrito por mensaje o carta de retiro voluntario escrito con el fin que a la maestra para que ella informe a coordinación.
- ✓ Asistir a las jornadas de formación a familia mensualmente y actividades de trabajo que se consideren necesarias.
- ✓ Hacer uso del uniforme cuando las condiciones económicas le permitan.
- ✓ Evitar el uso dentro del CDI de joyas de valor y el ingreso mecato dinero o juguetes
- ✓ Dar cumplimiento estricto a los horarios de ingreso y salida. CDI Fronteras de Paz (La Dorada), hora de ingreso 8:00 am (casos excepcionales los días de lluvia ingreso máximo hasta las 8:15 am) y hora de salida 4:00 pm. Puerto Colon hora de ingreso 8:00 am (casos excepcionales los días de lluvia ingreso máximo hasta las 8:15 am) hora de salida 4:00 pm.
- ✓ Se permitirá la apertura del portón de las instalaciones del CDI Fronteras de paz 1 Puerto Colon,10 minutos antes de la hora de ingreso, así como También en la hora Salida, (solo en casos excepcionales de días de Lluvia) con el fin de resguardar a los usuarios y a sus familias, según las condiciones climáticas.

CONSECUENCIAS DE COMPORTAMIENTOS INADECUADOS E INCUMPLIMIENTO DE DEBERES POR PARTE DE LOS PADRES DE FAMILIA.

1) En caso de incumplimiento de los deberes o acuerdos establecidos en el pacto de convivencia por parte de los padres, se procederá a iniciar un diálogo entre los padres de familia, la agente educativa, la coordinadora, Apoyo Psicosocial y/o Nutricionista, según corresponda. Como parte del proceso, se implementarán estrategias que pueden incluir llamados de atención, establecimiento de compromisos y actividades pedagógicas como trabajos comunitarios y mingas, de acuerdo con su pertinencia y viabilidad para garantizar el cumplimiento de los compromisos y actividades propuestas.

2) En caso de inasistencias no justificadas, agente educativa remitirá el caso a apoyo psicosocial y Nutricionista; quienes realizaran contacto y seguimiento por medio telefónico, en encuentro en el hogar o por el medio que sea necesario, constatando el estado y motivo de la inasistencia del usuario o usuaria y tomará las acciones pertinentes y pactará compromisos con las familias (diligenciamiento del formato de novedades); para dar continuidad a la atención en la UDS. Si reincide en otra falta se notificará a la coordinadora, quienes junto con la psicosocial verificaran la justificación a la inasistencia y activación de rutas ante el incumplimiento.

Para efectos de legalidad, se firma el presente documento a los 28 días, del mes de abril del año 2025.

PAOLA CHATES
Coordinadora pedagógica

EDDY PATRICIA LÓPEZ
Apoyo psicosocial

Viviana Arias Diaz
Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Leidy Marcela Rincón E.
Agente educativa

Huella del niño/niña

"Generamos Desarrollo con Energía"

Vigilado Superservicios

Código de Suscripción	SM_50752 - 7	Pago oportuno hasta:	22-JUN-25	Mes Facturado
Factura Nro.	2037147802 - 72	Suspensión a partir de:	23-JUN-25	MAY/2025

1.Información General

Nombre:	IRMA ERASO YELA	Cédula de ciudadanía 59395194 1	Último pago	$ 37,970
Dirección:	VEREDA RISARALDA	Tuve servicio de energía entre:	02-ABR-25 - 09-MAY-25 (37)	

Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Área	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Código Tarifa	División Geopolítica
SM3	S303	111	1	RESIDENCIAL	RURAL	1	.94	A	SP	105	SAN MIGUEL

Tipo de Documento	Fecha y hora de Emisión	Fecha y hora de Generación	Medio de Pago	Forma de Pago	Factura Electrónica de Venta
FACTURA DE VENTA	26-MAY-25	26/05/2025 12:00:00 AM	PAGO EN EFECTIVO	PAGO DE CONTADO	EEBP 258348

2.Información Consumo Energía

Componentes de Costo (CU) *: Generación 408.2737 + Transmisión 62.1955 + Distribución 269.6139 + Comercialización 126.8731 + Pérdidas 59.1626 + Restricción 43.5812 = CU 969.7 ($/KwH)

2A.Información Medidor

Marca	Serial	Factor Múltiplo
ABC	50070004392	1

2B.Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	360	303
Reactiva:		

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

2C.Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh: 57
Consumo Reactiva KVarh:
Costo del consumo $ 55272.9
Tarifa (hasta 173 Kwh): 444.61
Subsidio: % 54.15 $ -29934.7
Contribución: % $
Sub Total $ 55272.9

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

2D.Consumo Últimos 6 Meses

01-ABR-25	20
01-MAR-25	32
01-FEB-25	45
01-ENE-25	54
01-DIC-24	40
01-NOV-24	19

40

2E.Información Calidad del Servicio

Tel. O.R EEBP: 01 8000 942415
Transformador: SRS154 Grupo: 32
DIUG: 95.56 FIUG: 36 Crcuito: C14
Cargo D: 265.8314 Dscto %t: 20
CEC: 48.1922
DIU: 125.2678 FIU: 92
HC: 17.4777 VC: 9
Valor a Compensar: 5124.3982

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
100 - ACTIVA SENCILLA MONOMIA	55272.9	0	0	55272.9
200 - SUBSIDIO de 0-173 KWH 54.15%	-29934.7	0	0	-29934.7
410 - COMPENSACION RES.CREG_015/2018	-5124.4	0	0	-5124.4
520 - AJUSTE A LA DECENA	-.8	0	0	-.8

5.Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP

20213

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	3637	0	3637

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	
Aseo*						0	0		0	

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

8.Información Facturación Otros Convenios

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

Total EEBP	+	Total Impuesto Alumbrado público	+	Total Aseo y/o Alcantarillado	+	Total Otros Convenios	=	Debo pagar en Total
20213		3637		0				23850

CUFE: a7b467b5d929781330221a338529a5ec92fe34b77b9c6eb1fe9c18c4628bbbf20a418ffe585a4b4996898da609dd2693

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

www.eebpsa.com.co @eebpsaesp /eebpsa

(415)7709998005532(8020)1000203714780277(3900)0000023850(96)20250622

Esta Factura presta Mérito Ejecutivo de acuerdo a las Normas del Derecho Civil y Comercial Ley 142 Art. 130
Proveedor Tecnológico dispapeles S.A.S. NIT 800.026.585-2 Software [illegible]

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

RIAS **PRIMERA INFANCIA**



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

Mi prioridad es tu salud...

Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

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

Nombres y Apellidos: Anny Zaireth Solarte Arias
Doc. de Identidad: 1122343748 EPS: Emssanas
Teléfono: 3105639775 Domicilio: V/ Kasalda

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	4 A	5 A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico													
		Atención en salud por medicina general													
		Atención en salud por enfermería												27-6-2025	
		Atención en salud por Odontología							Proximo control 23- Junio 2026						
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor												27 Junio 2025	
		Profilaxis y remoción de placa													
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	V	Vacunación													

Luz Vanessa Correa Rodriguez
ENFERMERA PROFESIONAL
C.C. 1094929731

Agode zu usual 20120 normal 27-6-2025. Higiene oral 27. Diciembre 2025 Proxima cita

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 Anny zairth solarte Arias

Fecha de nacimiento 23 (Día) 6 (Mes) 2021 **N° Documento de Identidad** 1122343748

Sexo Masculino ○ Femenino ● **Fecha de 1er día de atención en el año** 13 (Día) 06 (Mes) 25 (Año)

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Leidy Marcela Rincón E.

Fecha de registro cualitativo 13 (Día) 09 (Mes) 25 (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

Anny es muy creativa en los juegos de roles donde vincula a sus compañeros, se expresa más fluidamente utilizando palabras de su medio, tambien identifica las diferencias de hombre y mujer y se identifica como niña, es muy activa y amigable.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de registro cualitativo Día Mes Año

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

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

Observaciones generales

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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

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

Observaciones generales

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

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

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

25
P/V

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Anny Zaireth Solarte UNIDAD DE ATENCIÓN: Prc Jardin 2 AGENTE EDUCATIVO: Marcela R

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 01-04-25

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)
Miercoles 26-Nov-25	El dia de hoy al realicar el llamado a lista se pudo evidenciar que la niña no asistio al CDI.	la agente educativa se comunica Con la madre de familia la cual refiere que no enviara la niña por que amanecio indispuesta con malestar y fiebre, la agente educativa le recomiendo a la madre llevarla al medico e informar	Marcela R.	+ Viviana Arias
Jueves 27-Nov-25	El dia de hoy al realicar el llamado a lista se evidencio que el niño no asistio.	la agente educativa se comunica con la madre, la cual expresa que el dia de hoy llevara la niña a realicarce unos examenes medicos y por tal motivo no asiste al CDI	Marcela R	

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
Lunes 01-Dic-25	El dia de hoy asiste la niña en compañia de su madre la cual refiere que que la niña se encuentra en buenas condiciones de salud y buenas condiciones fisicas, reintegrandose a las actividades pedagogicas Marcela R Viviana Arias

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

Fundación Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

26

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Anny Zaireth Solarte. **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Pre jardin 2 **AGENTE EDUCATIVO:** Marcela R

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** _____

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)
Miercoles 19-11-25	El dia de hoy la niña no asiste al CDI y la madre mediante un mensaje de whatsap refiere que tiene que viajar al vecino pais ecuador para llevar la niña a una cita medica.	Mediante un mensaje de whatsap la madre de familia manifiesta que tiene que desplazarce a la ciudad de lago agrio ecuador donde lleva la niña a cita con pediatra para revision general.	Marcela R.	Viviana Arias

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
Jueves 20/11/25	El dia de hoy asiste la niña al CDI en compañia de su madre aparente en buen estado de salud y buen estado fisico, tambien la niña se reintegra satisfactoriamente a las actividades pedagogicas sin novedad Marcela R. Viviana Arias

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