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 | 4 | 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: (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: 1122343765

Fecha nacimiento: 4 | 07 | 2021

Nombres: Dayanyelis Crisbelis

Apellidos: Vera Diaz

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 ( ) 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: Urb

Barrio: 7 agosto

Vereda:

Sector:

Dirección: Detras de la escuela ruperto casa morada

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

Parentesco: (X) 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 (X) Permiso de protección temporal ( ) Sin documento **Nacionalidad:** _____

Número de documento: 5960826

Nombres: Anyilis Crisbeth

Apellidos: Diaz Piña

País de nacimiento: Venezuela

Fecha nacimiento: 29 | 12 | 1990

Correo electrónico: anyilisdiaz4@gmail.com

Número de celular: 3108044986

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: Anyilis Diaz

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

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 POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Fundación Alma de Vida

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:
Davianyilis Crisbelis Vera Diaz

Nº DOCUMENTO: 1122343761 **TIPO DOCUMENTO: RC** X **CC** __ **OTRO** __
FECHA DE NACIMIENTO: 04/07/2021 **EDAD:** _____
LUGAR DE NACIMIENTO: Mocoa - Putumayo

NOMBRE DE LA UDS: CDI Fronteras de Paz
CODIGO UDS: 867571176972 **BARRIO/VEREDA:** B/7 agosto
FECHA DE INGRESO: 01/04/2025 **FECHA DE RETIRO:** _____

SISBEN: A3 **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: Anyilis Crisbeth Diaz piña
Nº CÉDULA: 5960826 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Bogota
NOMBRE DEL PADRE: David Emilio Vera pinto
Nº CÉDULA: 5977090 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Bogotá
Nº DE CELULAR: 3108044986
NOMBRE DEL ACUDIENTE: Anyilis Crisbeth Diaz piña
Nº CÉDULA: 5960826 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Bogotá
DIRECCIÓN VIVIENDA: B/7 Agosto **ZONA POBLACIONAL: (R)** __ **(U)** X
NUMERO DE CELULAR 3108044986

Anyilis Diaz
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Leidy Marcela Rincón
NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: **N** 1442884

NUIP 1.122.343.765

Tipo de certificado	Datos Esenciales ☐	Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
VERA DIAZ DAVIANYILIS CRISBELIS

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)											Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año	2	0	2	1	Mes	J	U	L	Día	0	4	FEMENINO	A +

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA PUTUMAYO MOCOA

Fecha de Inscripción (Mes en letras)											Indicativo serial
Año	2	0	2	1	Mes	J	U	L	Día	1	4	0061318517

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
DIAZ PIÑA ANYILIS CRISBETH

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
DOCUMENTO EXTRANJERO 19455579	VENEZUELA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
VERA PINTO DAVID EMILIO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
DOCUMENTO EXTRANJERO 22302541	VENEZUELA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
VERA PINTO DAVID EMILIO

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 22.302.541

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: X 6 Z

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)											
Año	2	0	2	1	Mes	J	U	L	Día	1	4

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
Adhesivo Copia Registro Civil
28742366-1

Nombre y firma del funcionario

ROY EDISON CALLE QUIRAMA

Registrador del Estado Civil

REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

NO. 5960826

COL

DIAZ PIÑA
APELLIDOS

ANYILIS CRISBETH
NOMBRES

VEN
NACIONALIDAD

F
SEXO



19455579
DNI No.

29-12-1990
FECHA DE NACIMIENTO

18-09-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO

VISIBLES

FIRMA

E1914203



INDICE DERECHO

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

Juan Francisco Espinosa Palacios
Director General de Migración Colombia

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

IPCOL5960826<<6<<<<<<<<<<<<<<<
9012293F3105308VENE1914203<<<6
DIAZ<PINA<<ANYILIS<CRISBETH<<<

REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

NO. 5977090

COL

VERA PINTO
APELLIDOS

DAVID EMILIO
NOMBRES

VEN
NACIONALIDAD

M
SEXO

22302541
DNI Nro.

11-07-1994
FECHA DE NACIMIENTO

22-09-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO

VISIBLES



David
FIRMA

E1914335

INDICE DERECHO

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

Juan Francisco Espinosa Palacios
Director General de Migración Colombia

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

IPCOL5977090<<7<<<<<<<<<<<<<<<
9407118M3105308VENE1914335<<<2
VERA<PINTO<<DAVID<EMILIO<<<<<<

Cel. = 313-4917923
= 311-2429277

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta:	25/03/2025
Ficha:	86757674952700002145

A3

GRUPO SISBÉN IV

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: **DAVIANYILIS CRISBELIS**

Apellidos: **VERA DIAZ**

Tipo de documento: **Registro civil**

Número de documento: **1122343765**

Municipio: **San Miguel**

Departamento: **Putumayo**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:	04/03/2022
Última actualización ciudadano:	04/03/2022
Última actualización via registros administrativos:	

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

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:	MARIA ZORAYDA LINARES MONTERO
Dirección:	Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libertad
Teléfono:	4210537 - 3213138790
Correo Electrónico:	sisben@sanmiguel-putumayo.gov.co

6

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	1122343765
NOMBRES	DAVIANYILIS CRISBELIS
APELLIDOS	VERA DIAZ
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	22/07/2021	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	09/09/2025 21:14:18	**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**

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 1122343765
Apellidos:	VERA DIAZ
Nombres:	DAVIANYILIS CRISBELIS
Ficha Sisben:	86757674952700002145
Nivel Sisben:	Nivel I
Grupo Sisben	A03
Tipo de discapacidad:	Ninguna
Plan de salud:	Régimen Subsidiado
Estado de servicio:	Vigente
Fecha de Afiliación:	22/07/2021
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 25 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

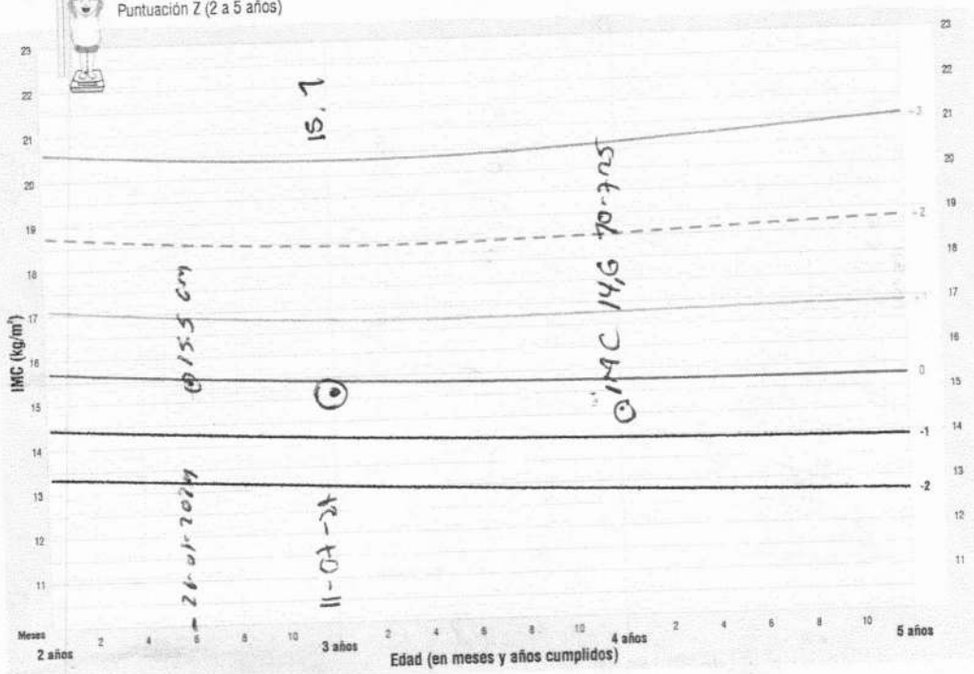
Nombres: DAVIANYIS MISREIS	Apellidos: UMA DIAZ
Fecha de nacimiento: 04 (DÍA) | 07 (MES) | 2021 (AÑO)	Historia Clínica: 1122343765
Barrio/Vereda: EL METROPOLITANO	Responsable del niño:
Teléfono:	EPS: 118

CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ	
				SI	NO
03	09	2021	Enfermera	Si	
09	Noviembre	2021	Medico	Si	
10	Enero	2022	x Enfer	Si ✓	
04	Abril	2022	Enferm	Si ✓	
04	Julio	2022	Medico		
04	Enero	2023	Enfermer	Si Josepaly	X.
03	Julio	2023	Medico		
14	07	2023		✓	
26	01	2024	Enf	Si ✓	
04	Julio	2024	Medico	✓	
04	Julio	2025	Enf		
10	Julio	2025	Enferme	Si ✓	Milena C.
04	Julio	2026	Medico	cita	

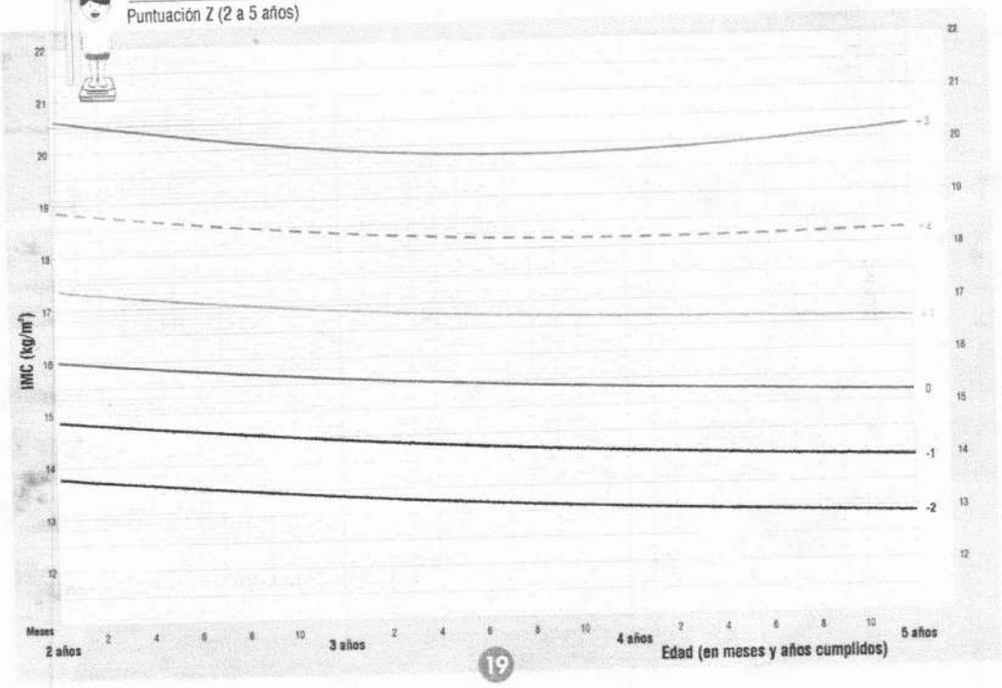
IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



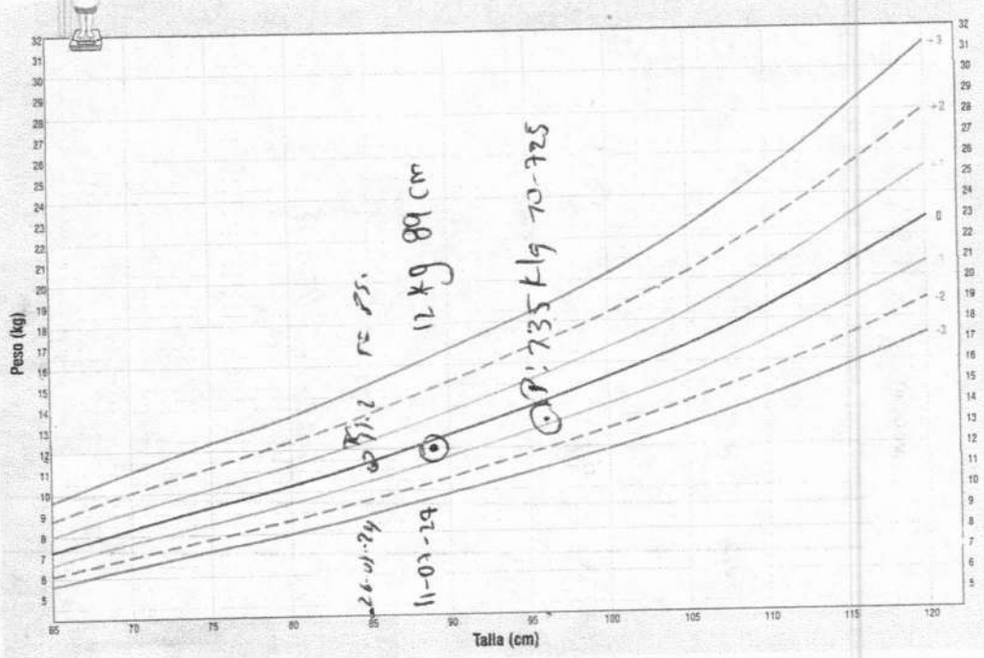
IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



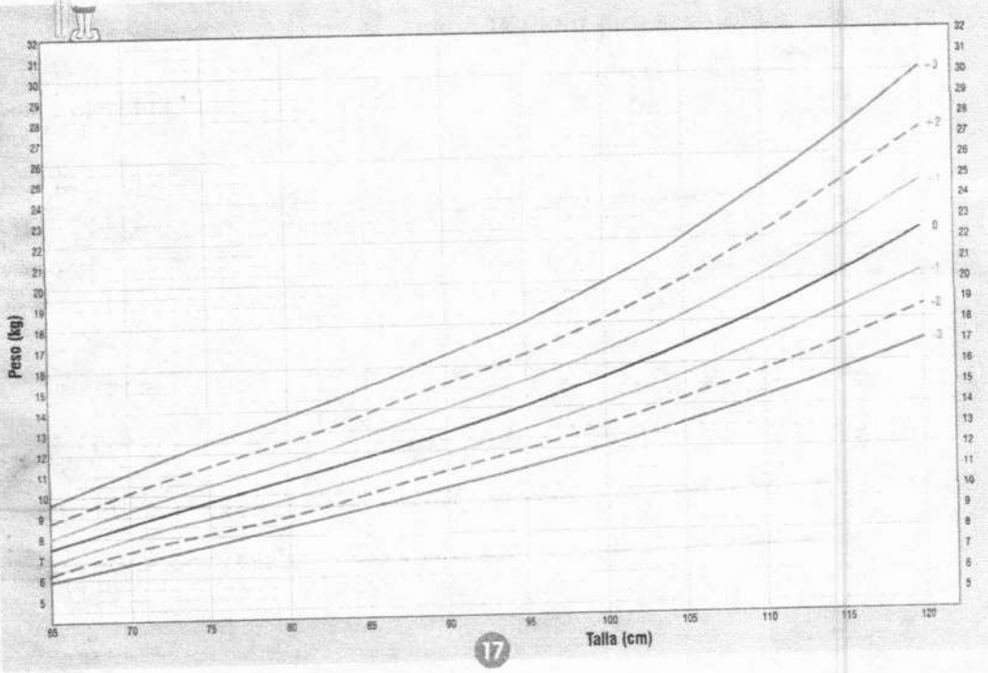
Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



Peso para la Talla Niños

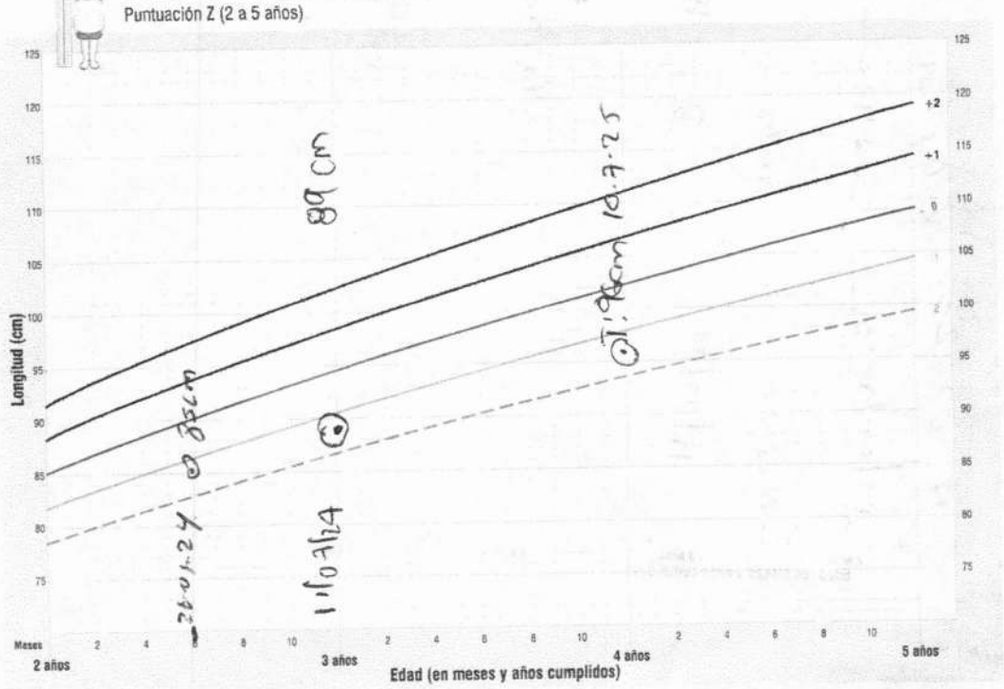
Puntuación Z (2 a 5 años)



12

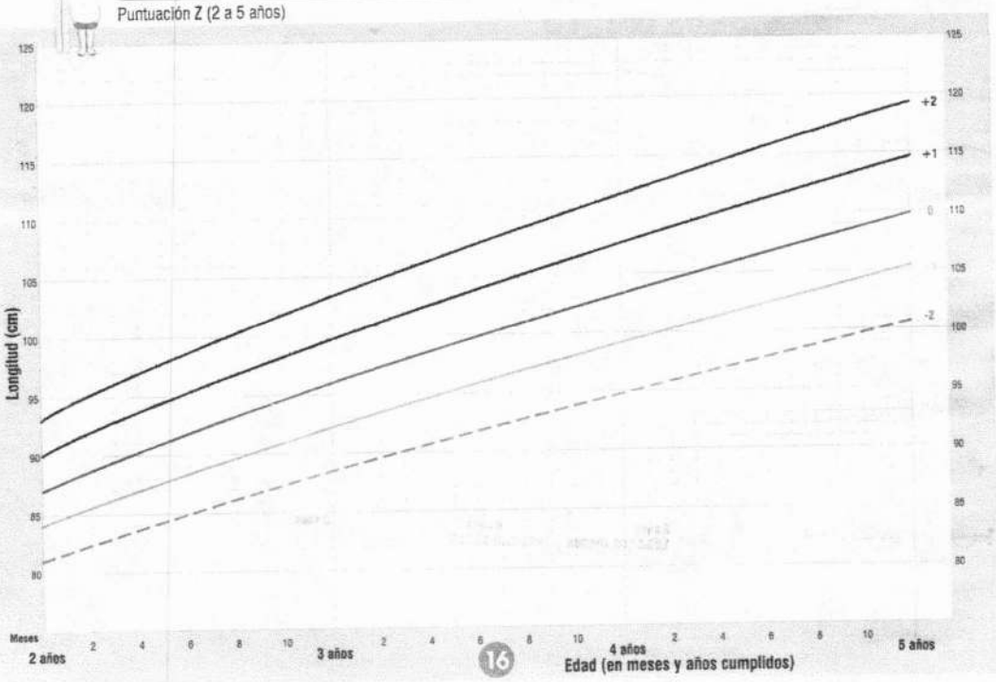
Talla para la edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



Talla para la edad Niños

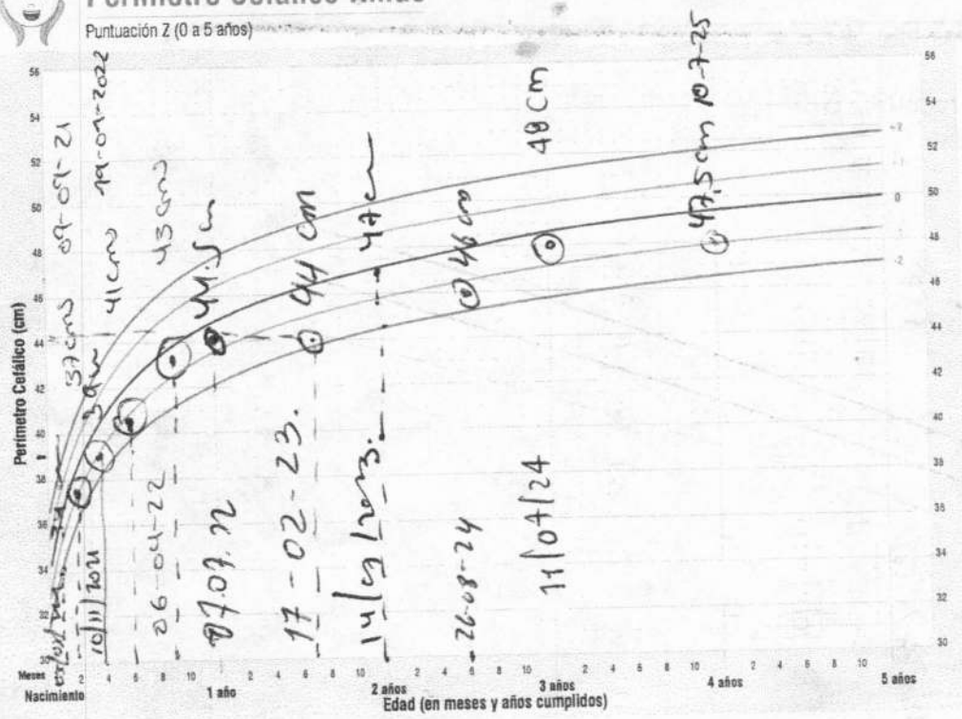
Puntuación Z (2 a 5 años)



13

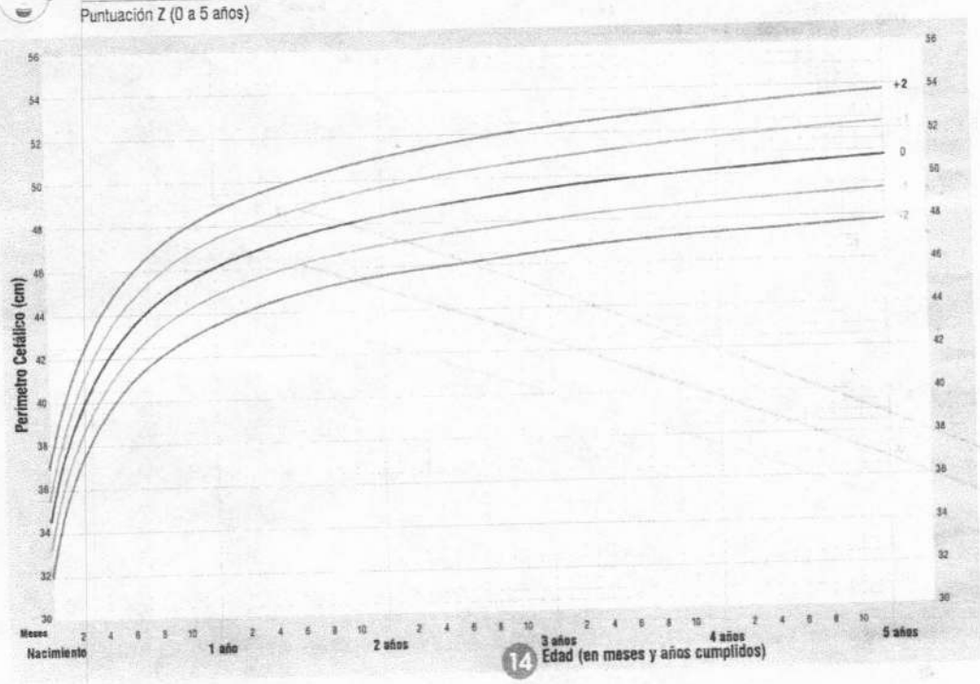
Perímetro Cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)



Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)



Nombre: _____ 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	05-Julio-2021	Serum	03706071	HJMH		Jessika Murbano
	Hepatitis B	Recién nacido	05-Julio-2021	Serum	0320Y014A	HJMH		Jessika Murbano
2 Meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐							
	Polio (Oral - IM)	1ª	07-09-2021	Bag	2Q7007	HFD		Ana Isaacs
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	07-09-2021	Belag	28SQ4C18	HFID		Ana Isaacs
	Rotavirus	1ª	07-09-2021	GSK	AR01C477F	HFD		Ana Isaacs
	Neumococo	1ª	07-09-2021	GSK	ASPNB3IQA	HFID	CITA: 07-Nov-2021	Ana Isaacs
4 Meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐							
	Polio (Oral - IM)	2ª	8-11-2021	Serum	2017004	HFID		Talya 6
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	8-11-2021	Serum	28SQP18D	HFID		Talya 6
	Rotavirus	2ª	8-11-2021	GSK	AR01C772AF	HFID		Talya 6
	Neumococo	2ª	8-11-2021	GSK	ASPNB3OIEA	HFID		Talya 6
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.							
	Polio (Oral - IM)	3ª	11-1-2022	Serum	28SQY018D	HFID		Talya 6
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	11-1-2022	Serum	2017004	HFID		Talya 6
	Influenza	1ª	07-07-22	Green	VGU22808	HFID		Paula C
7 Meses	Influenza	2ª	17-8-22	Green	VU022208	HFID	cita.	Sacian
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	07-07-22	Serum	030NIL3	HFID	4/Julio/2022	Paula C
	Fiebre Amarilla	1ª	07-07-22	Sanofi	T3624	HFID		Paula C
	Neumococo	Refuerzo	07-07-22	GSK	ASPNB3IAA	HFID		Paula C
	Influenza	Anual	05-06-23	Green	V25023001	HFID		Hayaly
	Hepatitis A	ÚNICA	07-07-22	MSD	U019226	HFID		Paula C
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1° Refuerzo	20-01-23	Serum	2857Y022B	HFID	CITA!	Paula C
	Polio (Oral - IM)	1° Refuerzo	20-01-23	Serum	2141014	HFID	11-Enero 2023	Paula C
5 Años	Polio (Oral - IM)	2° Refuerzo						
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2° Refuerzo						
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1 Refuerzo	20-01-23	Serum	030133A	HFID	cita 5 Años	Paula C
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª						
	VPH	2ª						
	VPH	3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis	Varicela	Uci	07-07-22	merck	U025025	HFID		Paula C
	Sarampion y Rubeola		19/11/2022	0122W126	HFID	1		Hileidi S.

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.

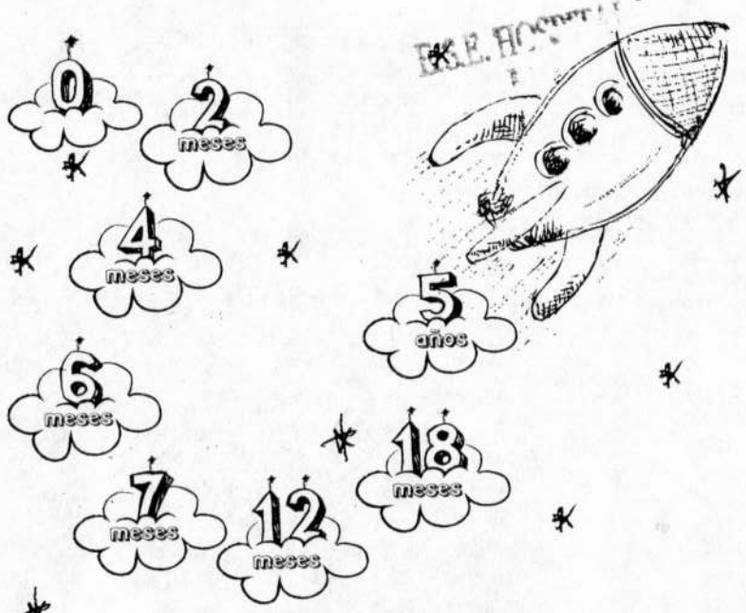
Valor reportado TSH:	
Fecha verificación:	
Profesional que verificó:	

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: Dayanna Vera Diaz
Fecha de nacimiento: 04-Julio-2021
Nº de certificado de nacido vivo: 1666 41610
Registro civil: 1122343765
Sexo: Femenino
Grupo sanguíneo: A+
Peso al nacer: 2155 gr
Dirección:
Teléfono:
Responsable: Angelis Cusbeth Diaz Pire
Municipio de residencia:
Departamento:

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

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 29 MES 04 AÑO 2025 HORA: 8:41 AM

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Davianyelis. APELLIDOS Vera Diaz

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1.122.343.765

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 04 MES: 07 AÑO: 2021 / EDAD: 3 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Emssanar Tel: 3108044986

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 (linfadenopatia); malestar general; sensación de adormecimiento en las extremidades, reacciones alérgicas leves, moderadas o severas. Estos no se presentan en todas las personas.
ALTERNATIVAS	A la fecha no se ha identificado otra medida farmacológica más eficaz que la vacunación para la prevención de la COVID-19.

EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD

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

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

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

Firma de la persona: • Anylis Diaz

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

Nombres Anylis Orisbeth Apellidos Diaz Peña

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 5960826.

Firma: • Anylis Diaz

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: Jeniffer Yulieth Cabezas Meneses

Firma Jeniffer Cabezas Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 1126446069

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): • HFD

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

- Visite a su médico semestralmente
- Cepillese los dientes mínimo 5 veces al día
- Mantenga una dieta balanceada
- Acostúmbrese a usar seda dental en cada cepillada

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

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL
E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA
NIT 846.002.308-8
TEL. 4210533-4210534. LA DORADA - PUTUMAYO

MI CARNET DE HIGIENE ORAL

E.P.S.	Emssana				
Nombres:	Davianyilis				
Apellidos:	Vera Diaz				
Sexo:	M [X]	Fecha de Nacimiento	21 Día	07 Mes	21 Año
Identificación:	RC	1122343765			
Dirección:	N.H.C.				

Salud con Calidad!

RECOMENDACIONES

- Visite a su médico semestralmente
- Cepillese los dientes mínimo 5 veces al día
- Mantenga una dieta balanceada
- Acostúmbrese a usar seda dental en cada cepillada

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

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL
E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA
NIT 518.002.309-8
TEL. 4210533-4210534 LA DORADA - PUTUMAYO

MI CARNET DE HIGIENE ORAL

E.P.S. Emssana
Nombres: Dayanyitis
Apellidos: Vera Diaz
Sexo: M [X] Fecha de Nacimiento 21 07 21
Identificación: RC 1122343765
Dirección: N.H.C.

Salud con Calidad

FECHA	PROCEDIMIENTO CP	S	F	D	PROXIMA CITA
09-09-22	X		X		09 Marzo 2023
09-03-23	X		X		09 Sep-2023
19-09-23	X		X		19 Marzo-24
19-03-24	X		X		19-09-24
26-09-24	X		X	X	26-03-25
27-03-25	X		X	X	27-Sep-25
30-09-25	X		X	X	30-Marzo-26

Liliana Maribel Córdoba
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 Davianyilis Crisbelis Vera Diaz, identificado (a) con documento de identidad número 1122343765, 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	Y	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales	Y

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Anyilis Crisbeth Diaz Piña, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 19455579, 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	Y

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 CDI Institucional

Suscriben:

Firma: Anyilis Diaz
Nombre: Anyilis Crisbeth Diaz piña
Calidad - Titular: Y Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3108044986
Fecha: 01/04/2025
Municipio: San miguel

COPIA NO CONTROLADA

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.

(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

Anyi's Diaz
Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Leidy Marcela Rincon
Agente educativa

Huella del niño/niña



Daunydis

"Generamos Desarrollo con Energía"

Vigilado Superservicios

go de ripción	SM 10859	Pago oportuno hasta:	06-MAR-2025
ura Nro.	2037006684	Suspensión a partir de:	07-MAR-2025

Mes Facturado: FEBRERO 2025

EFECTIVO LTDA
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9572110957 DV: 421508
Cliente: 111166 LUZ BAJO PUTUMAYO
Fecha: 10/03/2025 15:32:17
PAP: 903166
Nombre: YOVANY RICARDO BENAVIDES LEITON
Apellido 1: XCXCX
Apellido 2: 10859
CODIGO SUSCRIPTOR
MENSAJE REFERENCIAFactura No. 2037006684
de 01/02/2025
PUNTO DE ATENCION 903166
TIPO REFERENCIA 1
MENSAJE TIPO REFERENCIA Pago Total
REFERENCIA 2037006684
cia: 10859 Valor: $33.140,00

condiciones particulares con el
cliente beneficiario
conserve este recibo, es el unico
para atender cualquier
laracion.
iones presente este
. (1) 6510101.
itesefecty.com.co.
ty.com.co

1. Infor

Nomb	TON				03-FEB-2025	Último pago	$
Direcci				Tuve servicio de energía entre:	18-ENE-2025 - 20-FEB-2025 (33)		25-FEB-20
Ciclo	Área	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Tarifa	División Geopolítica
	URBANA	1	8	AEREA	EMPRESA	105	SAN MIGUEL - 7 DE AGOSTO

Medio de Pago	Forma de Pago	Factura Electrónica de Venta

2.I

Generación	Transmisión	Distribución	Comercialización	Pérdidas	Restricción	CU
502.93	56.03	249.01	113.93	69.39	10.71	($/KwH)

2C.Información Consumo del Periodo

ctiva Kwh:	72
eactiva KVarh:	0
onsumo $	72122.39
a 173 Kwh):	402.74
%	59.7$44 -43125.15
ión: %	$ 0
$	28997.24

2D.Consumo Ultimos 6 Meses

Mes	Consumo
2025/Ene	64
2024/Dic	12
2024/Nov	0
2024/Oct	17
2024/Sep	19
2024/Ago	19
Promedio:	22

2E.Información Calidad del Servicio

Tel. O.R. EEPB 01 8000 942415
Transformador SLD109 Grupo 22
DIUG: 30.24 FIUG: 19 Circuito C14
Cargo D: 257.19 Dscto %t 20
CEC: 64.54
DIU: 109.98 FIU: 109.00
HC: 3.74 VC: 3.00
Valor a compensar: 6,639.43

Energía
Activa:
Reactiva:
Tipo Liquid.:
Obs. Lectura:

en 1 % Tasa Interés Moratorio: .5

3.Información de Créditos EEBP

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

4.Detalle Conceptos del Servicio de Energía

Conceptos EEBP	Valor Liquidado	Saldo Anterior	Saldo a Favor o Anticipado	TOTAL
ACTIVA SENCILLA MONOMIA	72,122.39	0	0.00	72,122
SUBSIDIO	43,125.15	0	0.00	43,125
AJUSTE A SUBSIDIO	478.70	0	0.00	479
COMPENSACIÓN RES CREG_015/2018	6,639.43	0	0.00	6,639
AJUSTE A LA DECENA	2.51	0	0.00	3

Gerente General

5.Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP 22.834

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	4,306	0	4,306

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	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
					0
					0

Total EEBP	+	Total Impuesto Alumbrado público	+	Total Aseo y/o Alcantarillado	+	Total Otros Convenios	=	Debo pagar en Total
22,834		4,306		6,000		0		33,140

CUFE:

02d556c7bff91a93ea35c919006b06d0a490f668970a13a384b8c9e166018

(415)7709998005532(8020)1000203700668497(3900)0000033140(96)20250306

Paga fácil por internet en www.eebpsa.com.co/factura

www.eebpsa.com.co @eebpsaesp /eebpsa

Fac. Electronica: EEBP 122098

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

Esta Factura presta Mérito 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: facte

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

Dirección: B/ el Paraíso 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: Davianylis Crisbelis Vera Diaz
Doc. de Identidad: 1122343765
EPS: Emssanar
Teléfono: 3108044986
Domicilio: B/ 7 de Agosto

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												26-7-2025.	
		Atención en salud por Odontología													
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor													
		Profilaxis y remoción de placa													
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	>	Vacunación													

Próximo control 4 julio 2026

Lizeth Jiménez Trujillo
Enfermera Profesional
Reg. 22083
Universidad de Caldas

27-mayo 2025

Agudeza visual 20/20 Normal 26-7-2025

Higiene oral 27 septiembre 2025 próximo control

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad San Miguel - la dorada - Ptyo

Nombre completo de la niña o niño Davianyilis Cristbelis Vera Diaz

Fecha de nacimiento Día 04 Mes 07 Año 2021 **N° Documento de Identidad** 1122343765

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 hija #2

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

Davianyilis sigue normas de la vida cotidiana, mostrandose más independiente en rutinas de higiene diaria, tambien cuenta situaciones vivida y lo acompaña con gestos las canciones y rondas.

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 1 Mes 10 Año 2025

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

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

Observaciones generales

Davianyelis reconoce y expresa sus emociones con palabras de una forma fluida. Identifica los sentimientos de los demas y responde a lo que se le pregunta.

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)***

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

PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL

BIENESTAR FAMILIAR

27 F/V

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Davianyelis Vera **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Pre jardin 2. **AGENTE EDUCATIVO:** Marcela Rincón

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)
Viernes 11-07-25	El dia de hoy la madre de familia se comunica via llamada y whatsap a las 7:30am manifestando que la niño no la traera porque amanecio con malestar.	Se recomienda llevarla al medico e informar cualquier novedad	Marcela Rincón	Anyilis Diaz

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
Lunes 14-07-2025	El dia de hoy la niña asiste al CDI en aparentemente buenas condiciones fisicas y de salud, se observara en el transcurso del dia como sigue la niña. Marcela Rincón E. - Anyilis Diaz.

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Davianyelis vera. **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Pre jardin 2 **AGENTE EDUCATIVO:** Marcela Rincón

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)
Martes 01-07-2025	Se da a conocer a la madre de familia que la niña tiene cita de Crecimiento y desarrollo el dia 04-07-2025 se recuerda a la madre la importancia de gestionar a tiempo la cita de Crecimiento y desarrollo para garantizar una adecuada atención al niño.	la madre se compromete a gestionar con tiempo la cita de la niña y traer los soportes. tambien se realizara el seguimiento asegurando que el niño cuente con la atención.	Marcela Rincón	Liliana vera

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

Fundación Alma de Vida
Fortaleciendo caminos de esperanza
Salud mental, pedagogía y desarrollo social

Daniyalis

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
Lunes 07-07-2025 Martes 08-07-25	La madre de familia manifiesta que no ha podido gestionar la cita de crecimiento y desarrollo ya que por motivo de trabajo no ha podido, de igual se brinda apoyo a la madre de familia con ayuda de salud y nutricion para gestionar lo más pronto posible la cita para brindar una adecuada atencion en salud a la niña - Anyilis Diaz Marcela Rincón E. La madre se acerco al CDI informando que la niña tiene programada la cita de Crecimiento y desarrollo para el dia jueves 7am. en el hospital local la dorada, la madre se compromete a traer Fotocopia de la atencion - Anyilis Diaz
Jueves 10-07-25	El dia de hoy la madre de familia llevo a la niña a la atencion de Crecimiento y desarrollo, manifestando que la niña colaboro con la atención prestada, la madre trae fotocopia del libro de crecimiento y desarrollo donde consta la atencion prestada. Marcela. Rincón E. -Anyilis Diaz