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: 1122344101

Fecha nacimiento: 13 | 08 | 2021

Nombres: Lian Andres

Apellidos: Agamez Landaeta

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 (X) Víctima conflicto armado

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

Departamento residencia: Putumayo

Municipio de residencia: San Miguel

Zona: Urb

Barrio: Central

Vereda:

Sector:

Dirección: Por las peluquerías

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

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

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

Número de documento: 25701585

Nombres: Jesureli Andrea

Apellidos: Landaeta Arguello

País de nacimiento: Venezuela

Fecha nacimiento: 11 | 08 | 1997

Correo electrónico: andrealandaeta97@gmail.com

Número de celular: 3227259915

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: Andrea.

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

Observaciones:

Fundación Alma de Vida

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:
Lian Andres Agamez Landaeta

Nº DOCUMENTO: 1122344101 **TIPO DOCUMENTO: RC** X **CC** ___ **OTRO** ___
FECHA DE NACIMIENTO: 13/Ago/2021 **EDAD:** ___
LUGAR DE NACIMIENTO: Tumaco

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

SISBEN: C4 **EPS:** Mallamas **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: Jeurelis Andrea Landaeta
Nº CÉDULA: 25701585 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Venezuela
NOMBRE DEL PADRE: Yonni Agamez Barbaran
Nº CÉDULA: 1063294090 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Montelibano
Nº DE CELULAR: 3227259915
NOMBRE DEL ACUDIENTE: Jeurelis Andrea landaeta
Nº CÉDULA: 25701585 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Venezuela
DIRECCIÓN VIVIENDA: B/Central **ZONA POBLACIONAL: (R)** ___ **(U)** X
NUMERO DE CELULAR 3227259915

Andrea
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Leidy Marcela Rincón
NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO

3

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.122.344.101

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 63693349

63693349

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [Y] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** X E Z

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

REGISTRADURIA DE SAN MIGUEL(LA DORADA) - COLOMBIA - PUTUMAYO - SAN M

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
AGAMEZ	LANDAETA

Nombre(s)

LIAN ANDRES

Fecha de nacimiento										Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año	2	0	2	1	Mes	A	G	O	Día	1	3	MASCULINO	A	NEGATIVO

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

COLOMBIA NARIÑO TUMACO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	168374728

Datos de la madre o padre *(Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos

LANDAETA ARGUELLO JESURELIS ANDREA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
DE 25701585	VENEZUELA

Datos de la madre o padre *(Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos

AGAMEZ BARBARAN YONNI

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.063.294.090	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

AGAMEZ BARBARAN YONNI

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.063.294.090	JHONY AGAMEZ

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2022 Mes SEP Día 27	ROY EDISON CALLE QUIRAMA - REGIST Nombre y firma

dispapeles 60395

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -



REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

CEDULA DE IDENTIDAD

074

V 25.701.585

Juan Dugarte
Director

APELLIDOS LANDAETA ARGUELLO

NOMBRES JESURELIS ANDREA

Andrea L

FIRMA TITULAR

11/08/1997 F. NACIMIENTO

SOLTERA EDO CIVIL

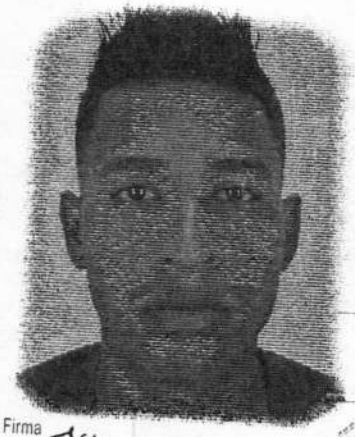
07/06/2016 F. EXPEDICION

06/2026 F. VENCIMIENTO

VENEZOLANO

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



Apellidos
AGAMEZ BARBARAN

NUIP 1.063.294.090

Nombres
YONNI

Nacionalidad
COL

Estatura
1.72

Sexo
M

Fecha de nacimiento
09 JUN 1991

G.S.
A+

Lugar de nacimiento
APARTADO (ANTIOQUIA)

Fecha y lugar de expedición
11 MAYO 2011, MONTELIBANO

Firma JHONY AGAMEZ

Fecha de expiración
11 ENE 2033

.CO

013071228

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL013071228613025<<<<<<<<<<
9106097M3301111COL1063294090<7
AGAMEZ<BARBARAN<<YONNI<<<<<<<<

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta:	**02/04/2025**
Ficha:	**86757674952700002499**

C4

GRUPO SISBÉN IV

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: LIAM ANDRES

Apellidos: AGAMEZ LANDAETA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122344101

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:	**13/12/2022**
Última actualización ciudadano:	**13/06/2024**
Última actualización vía registros administrativos:	

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

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

Contacto Oficina SISBEN

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

7

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	1122344101
NOMBRES	LIAM ANDRES
APELLIDOS	AGAMEZ LANDAETA
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	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD MALLAMAS EPSI	SUBSIDIADO	20/04/2023	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	09/09/2025 21:11:52	**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".

GRAN TERRITORIO DE LOS PASTOS E.P.S. INDÍGENA MALLAMAS	CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN	CÓDIGO: AS-FR-008
		VERSIÓN: 02
		Vigencia: 22/12/2021

8

COORDINACION DE AFILIACIÓN Y REGISTRO

CERTIFICA :

Que el (la) señor(a):	**AGAMEZ LANDAETA LIAM ANDRES**
Identificación:	**RC: 1122344101**
Municipio:	**SAN MIGUEL**
Nivel Sisben:	**2**
IPS Asignada:	**ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA - PRINCIPAL**
Estado:	**Activo**
Fecha de Afiliación:	**2023-04-20**
Regimen:	**Subsidiado**
Condición Discapacidad:	**N**
Tipo Discapacidad:	**NA**
Tipo Afiliación:	**SAT Res. 768 de 2018**

Observación :

Dada el martes, 25 de marzo de 2025

Cordialmente

SANDRA LILIANA PANTOJA PASCAL

Certficación Válida 7 Días únicamente para Servicios de Salud
E.P.S INDIGENA MALLAMAS
Carrrera 1N 4-56 Av Panamericana Ipiales - Colombia
PBX: 7731757 - 7738725 - 7738726
aseguramiento@mallamaseps.com

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...Sanos



E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

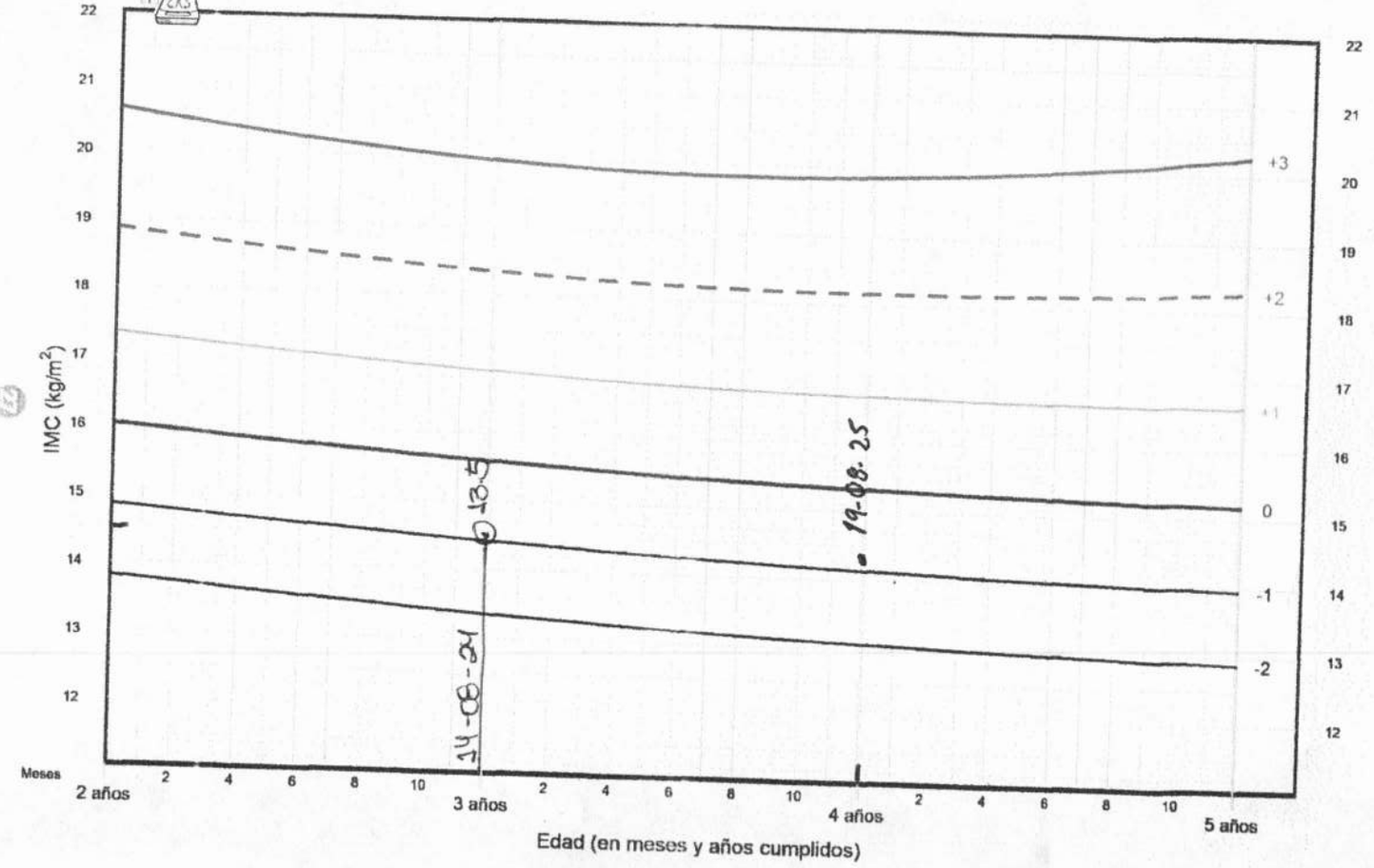
Nombres: Clán Andres	Apellidos: Agamez Landaeta
Fecha de nacimiento: 13 | 05 | 2021	Historia Clínica: 1122344101
Barrio/Vereda: V/ Bajo San Carlos	Responsable del niño: Andrea Landaeta
Teléfono:	EPS:

CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ	
				SI	NO
14	08	2023			X
16	08	2023		✓	
13	02	2024		✓	S.
14	08	2025	Conf	✓	
13	08	2026			

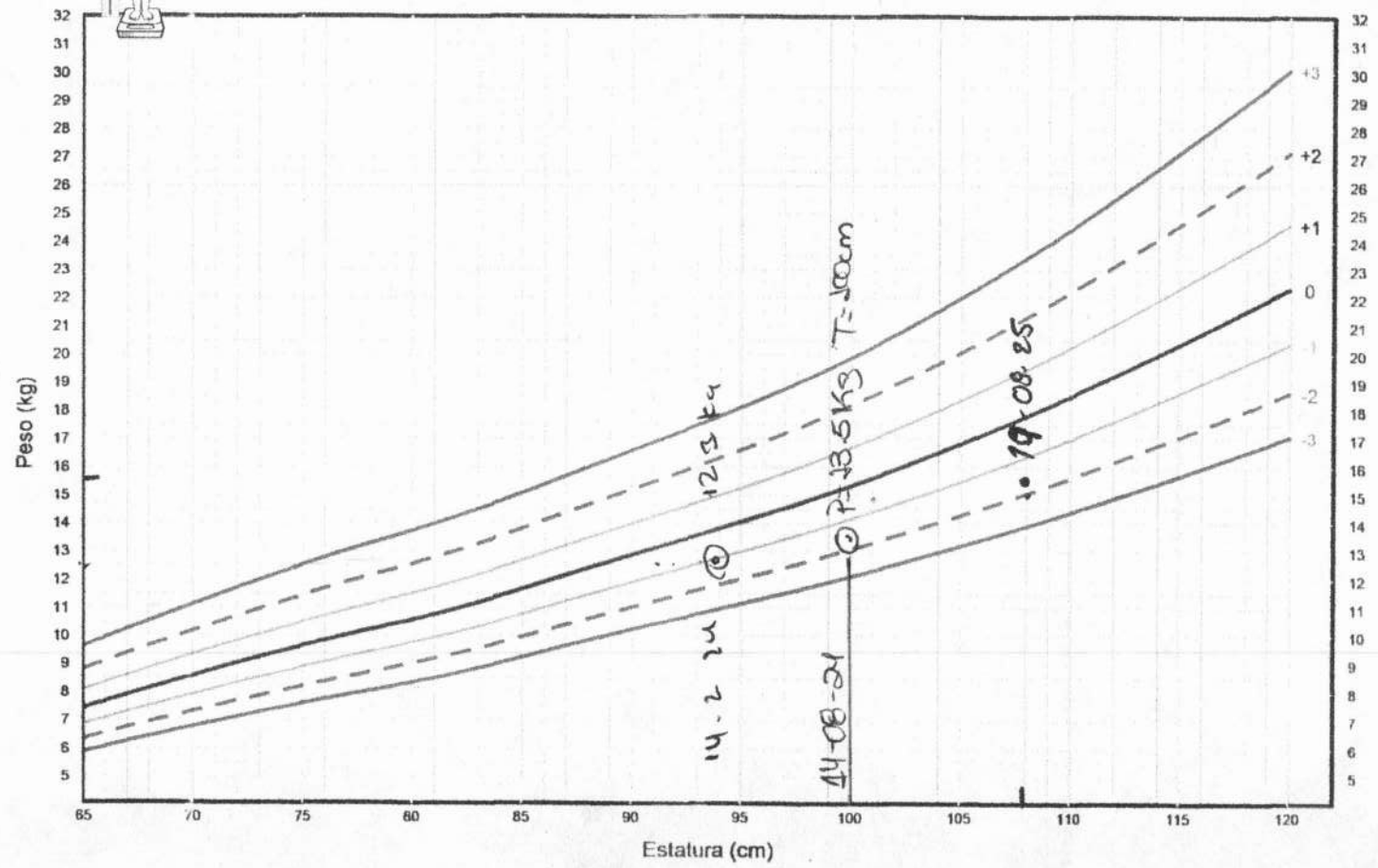
IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



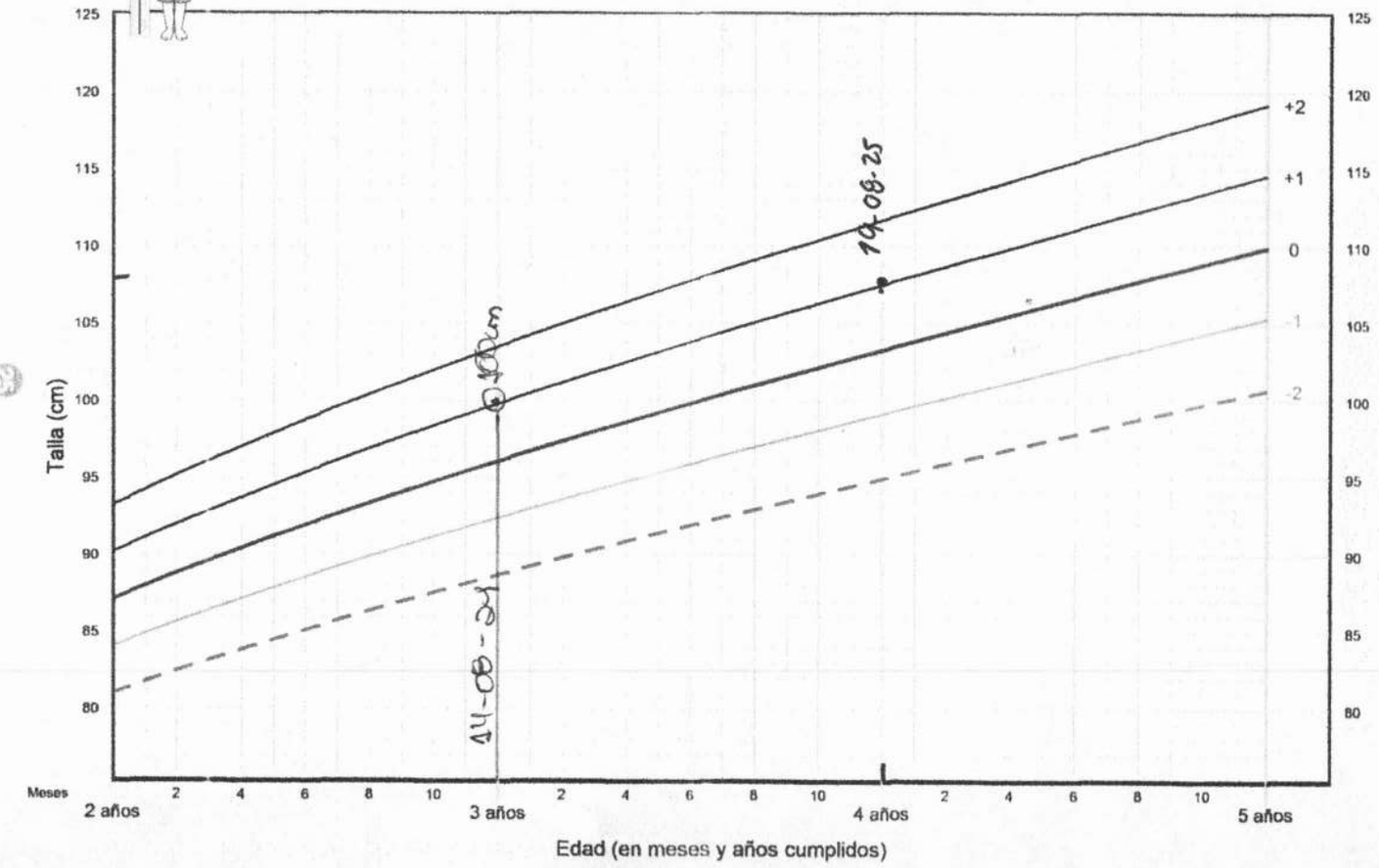
Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



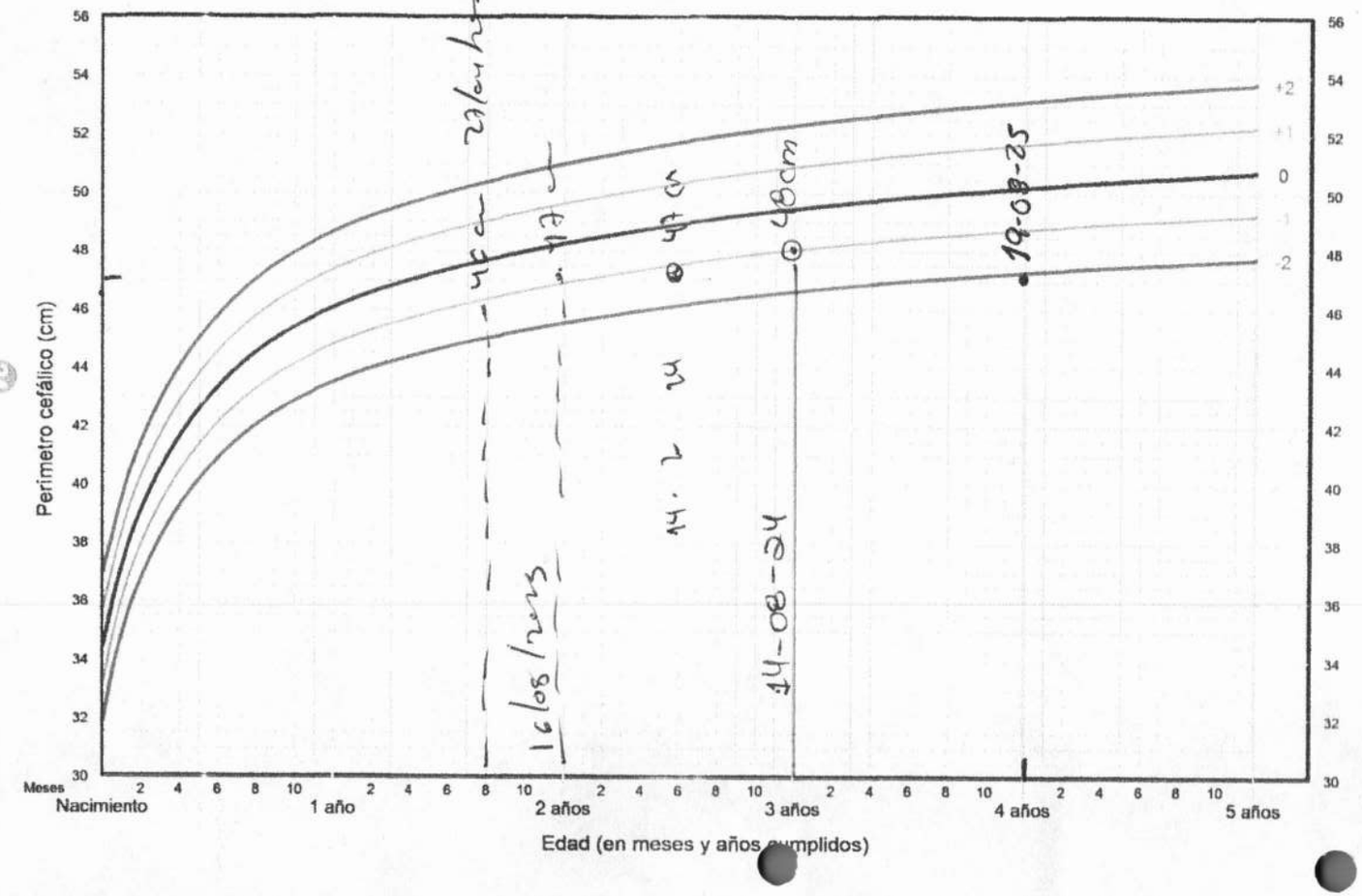
Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5años)



Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)



Nombres y Apellidos: Tipo identificación: No. ID: 1/3

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	No. de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién nacido						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	14	08	2021							
	Hepatitis B	Recién nacido	14	08	2021							
2 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Poliomielitis (VIP)	1.ª	14 octubre 2021									
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª										
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª										
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	1.ª										
	Diarrea por rotavirus	1.ª										
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª										
4 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Poliomielitis (VIP)	2.ª	17 - Diciem 2021			Biological Serum	20270088 28504021C	Ps Ilolente				Liliana - Karen
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª										
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª										
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	2.ª										
	Diarrea por rotavirus	2.ª				GSK	AROIF842AA	Ps				
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª				GSK	ASPnb310EA					
6 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Poliomielitis (VIP)	3.ª	18 febrero 2022			Biological E.	2114006	Ps Ilolente				
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª										
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª				Serum	1E50X03EA	dTDN				
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	3.ª						Ps Ilolente				
	Influenza estacional	1.ª	22 05 23			Green	JJ0S230017	HFID				Kelly J.
7 meses	Influenza estacional	2.ª										
12 meses	Sarampión, rubeola y parotiditis (SRP)	1.ª	27	4	2023	Serum	0131N105A	HFID				
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	27	4	2023	Serum	ASPNB33EKA	HFID				
	Varicela	2.ª	27	4	2023	Merck	U0164611	HFID				Paola ♡
	Hepatitis A	Única	27	4	2023	MSD	T036268	HFID				
	Influenza estacional	Anual										
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.er refuerzo	27	4	2023	Serum	12115004	HFID				
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.er refuerzo	27	4	2023	Serum	2550Y038D	HFID				Paola ♡
	Fiebre amarilla	Única	27	4	2023	Serum	T36429	HFID				
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubeola y parotiditis (SRP)	2.ª	22	8	23	Serum	0131NU71A	HFID	Cita 22-Sept-2023 SR.			Kelly J.
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.ª										
		2.ª										
		3.ª										
Vacunas complementarias y otras dosis	SR		25	09	23	Serum	0122W108	HFID				Eliana C

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

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

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

ATENCIÓN EN SALUD POR ENFERMERÍA (E), MEDICINA (M), PEDIATRÍA (P) O MEDICINA FAMILIAR (MF)

Edad	Fecha			Valoración nutricional		Puntuación Z	Atención en salud por
	Día	Mes	Año	Peso	Talla		
Al mes							
2 a 3 meses							
4 a 5 meses							
6 a 8 meses							
9 a 11 meses							
12 a 17 meses							
18 a 23 meses							
24 a 29 meses							
3 años							
4 años							
5 años							

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

	D	M	A
A partir de 6m			
1 año			
2 años			
3 años			
4 años			
5 años			

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

	D	M	A			
3 años						
4 años						
5 años						

*Menor o igual a 20 normal

Vacunar c[illegible]mente con todas las dosis a tus hijos, garantiza la protección frente a enfermedades como:

Tuberculosis meníngea, hepatitis B, poliomielitis, meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b, difteria, tosferina, tétanos, diarrea por rotavirus; neumonía, otitis, meningitis, bacteriemia causada por neumococo, enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza, sarampión, rubéola, parotiditis, varicela, hepatitis A, fiebre amarilla y virus del papiloma humano.

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



Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

Minsalud

16

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Liam Andres Acamez landaeta

Fecha de nacimiento: 13-08-2021

Nº de certificado de nacido vivo:

Registro civil: 1122844101

Sexo: Masculino

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: 3400gr Talla: 52cm

Dirección: vaqueno llorente

Teléfono 1: 3174530409

Teléfono 2:

Responsable: Jesusrelis landaeta

Municipio de residencia: Tumaco

Departamento: Nariño

CC. 25.701585

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

San Miguel (la dorada Putumayo)- 03 JUNIO 2025

Señora:

PAULA CHATES

Coordinadora local del Centro de Desarrollo Infantil Frontera de Paz

Cordial saludo:

Yo Andrea Landazta Identificada CC 25.701585 madre del niño (a)
Andres Agamez identificado con RC 1122344101

Manifiesto por medio de este oficio que mi hijo (a) no cuenta en el esquema de vacunación con el bilógico de la influenza anual (estacional) por motivo que esta dosis llega cada año, a partir del mes de abril y mayo, y en el momento que debía hacerle aplicar este biológico no estaba disponible, en el hospital me informaron que el niño (a) ya había perdido esta dosis, solo la aplican a niños y niñas a partir de los 12 meses hasta los 22 meses y el niño tiene 3 años

Atentamente:

Andrea
Cc. 25701585

Celular: 3227259915

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

FORMATO PARA EL SEGUIMIENTO NUTRICIONAL QUINCENAL
DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO INSTITUCIONAL – CONTRATO 86001912025 – SAN MIGUEL

NOMBRE DE LA UDS: Prejardin 2

NOMBRES Y APELLIDOS	PESO	TALLA	PERIMETRO BRAQUIAL	CLASIFICACION NUTRICIONAL	FECHA	REMITIDO SI/NO	OBSERVACIONES	FIRMA DEL RESPONSABLE
Lian Andres Agamez Landaeta	15,4	105	14,8	Riesgo de desnutricion Aguda	22/08/25		Sin signos clinicos UNT.	
Lian Andres Agamez Landaeta	16	105,7	14,8	Peso adecuado para la talla	3/09/25		Peso adecuado	
Lian Andres Agamez Landaeta	16,1	106	14,9	Peso adecuado para la talla	16/09/25		Peso Adecuado	
Lian Andres Agamez Landaeta	15,8	106,5	14,5	Peso adecuado para la talla	1/10/25		Peso adecuado	Daniela Vera
Lian Andres Agamez Landaeta	16	106,5	14,6	Peso adecuado para la talla	15/10/25		Peso adecuado	

FIRMA DEL PROFESIONAL RESPONSABLE: _____

321 48 93 186
321 77 48 798
almadevida@outlook.com

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 23 MES 04 AÑO 25 HORA: 10:52 Am

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Liam Andres APELLIDOS AGamez Landeta

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1.722.344.707.

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 13 MES: 08 AÑO: 2021/ EDAD: 3 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Mallamas Tel: 3227259915

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

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

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

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

Miedo a la reacción

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

EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD

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

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

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

Firma de la persona: Andrea

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

Nombres Andrea Landaeta Apellidos ____

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 25707585

Firma: Andrea

En caso de requerirse firma a ruego:

En virtud de que la persona a vacunar ____, identificado(a) con C.C. ☐ C.E. ☐

OTRO ☐ Número ____ de ____ no sabe o no puede firmar, a su ruego firma el(la) señor(a)

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

de ____

Huella dactilar o plantar del Rogante

Firma del Rogado

C.C. N° ____

C.C. N° ____

Nombres y apellidos del vacunador: Jeniffer Yulieth Cabezas Meneses

Firma Jeniffer Cabezas Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 1126446064

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFUD

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Putumayo MUNICIPIO: San Miguel

Nota: Cuanto se trate de menores entre 16 y 18 años, deberá firmar el menor junto con unos de sus padres o su representante legal.

RECOMENDACIONES

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

Tu sonrisa refleja lo que tu eres

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

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA
NIT. 816.002.309-9

MI CARNET DE HIGIENE ORAL

E.P.S.	Maltame
Nombres:	Liam Andres
Apellidos:	Agamez Landaeta
Sexo:	X F
Fecha de Nacimiento:	13 08 21
Identificación:	1122 3441 01
Dirección:	Vereda N.H.C. San carlos

Servimos con amor

FECHA	PROCEDIMIENTO CP	S	F	D	PRÓXIMA CITA
27-04-23	X		X	27-10-2023
14/5/24	X		X	14/11/24
14-11-24	X	X	X	14-05-25
14-05-25	X	X	X	14 NOV-2025
14-11-25	X	X	X	14 MAY-26

Liliana Maribel Córdoba
HIGIENISTA ORAL
Res 0043 de 2017

HIGIENISTA ORAL

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 Cian Andres Agamez Candaela, identificado (a) con documento de identidad número 1122344101, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	/	Audios	/	Videos	/	Otros datos personales	/

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Jesurelis Andrea Candaela, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 25701585, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	/	Audios	/	Videos	/	Otros datos personales	/

La autorización comprende:

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

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

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

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

Suscriben:

Firma: .
Nombre: Jesurelis Andrea Candaela
Calidad - Titular: Y Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3227259915
Fecha: 01/04/2025
Municipio: San Miguel

CLARIFICADA

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

Andrea L
Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Leidy Marcela Rincón
Agente educativa

Huella del niño/niña

Andres

EMPRESA DE ENERGÍA DEL BAJO PUTUMAYO S.A. E.S.P.
Nit. 846.000.553-0 - NUIR: 2-86568000-7
Autorretenedores Res. 547 de 25/01/2002
Responsables de IVA

"Generamos Desarrollo con Energía"

Vigilado Superservicios

Código de Suscripción	SM 10689	Pago oportuno hasta:	06-FEB-2025	Mes Facturado
Factura Nro.	2036977417	Suspensión a partir de:	07-FEB-2025	ENERO 2025

1. Información General

Nombre: JOSE ZACARIAS RUALES ORTEGA — Último pago: 13-ENE-2025 $ 250,540

Dirección: CENTRAL — Tuve servicio de energía entre: 17-DIC-2024 - 17-ENE-2025 (31) — 27-ENE-20

Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Área	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Tarifa	División Geopolítica
SM	5102	187	1	RESIDENCIAL	URBANA	1	.6	AEREA	EMPRESA	103	SAN MIGUEL - CENTRAL

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

2. Información Consumo Energía

Componentes del Costo (CU)*: Generación 455.53 + Transmisión 58.19 + Distribución 257.19 + Comercialización 122.51 + Pérdidas 83.32 + Restricción 4.36 = CU 961.10 ($/KwH)

2A. Información Medidor

Marca	Serial	Factor Múltiplo
CHI	6677314014	1

2B. Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	10436	10309
Reactiva:		

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

2C. Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	127	
Consumo Reactiva KVarh:	0	
Costo del consumo $	122059.7	
Tarifa (hasta 173 Kwh):	400.91	
Subsidio: %	58.28 $	-71144.08
Contribución: %	0 $	0
Sub Total $	50915.62	

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

2D. Consumo Ultimos 6 Meses

Mes	Consumo
2024/Dic	407
2024/Nov	458
2024/Oct	303
2024/Sep	135
2024/Ago	136
2024/Jul	142

Promedio: 264

2E. Información Calidad del Servicio

Tel. O.R. FEPB: 01 8000 942415
Transformador: SLD100 Grupo: 22
DIUG: 30.24 FIUG: 19 Circuito: C14
Cargo D: 254.70 Dscto %: 20
CEC: 411.81
DIU: 77.73 FIU: 93.00
HC: 7.13 VC: 12.00
Valor a compensar: 41,954.73

3. Información de Créditos EEBP

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

Gerente General

4. Detalle Conceptos del Servicio de Energía

Conceptos EEBP	Valor Liquidado	Saldo Anterior	Saldo a Favor o Anticipado	TOTAL
ACTIVA SENCILLA MONOMIA	122,059.70	0	0.00	122,060
SUBSIDIO	-71,144.08	0	0.00	-71,144
AJUSTE A SUBSIDIO	3,332.59	0	0.00	3,333
COMPENSACION RES CREG 015/2018	-41,954.73	0	0.00	-41,955
RECONEXION	50,000.00	0	0.00	50,000
AJUSTE A LA DECENA	1.48	0	0.00	1

5. Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP

62.292

6. Información Facturación Convenio Impuesto Alumbrado Público

Sujeto Activo	Operador A.P.	Convenio No.	Dirección POR	Valor Periodo	Saldo Ant.	Valor Total
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL	MUNICIPIO SAN MIGUEL	ACUERDO 008 31/08/2023	Cra 4 Cll 7 Esquina	29,928	0	29,928

7. Información Facturación Convenio Aseo y Alcantarillado

Concepto	Empresa	Dirección POR	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 POR 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
62,292		29,928		6,000		0		98,220

CUFE:

ac44d48499c89db54f931e8faf7504be1696ac514d24259c38d26f1d08338e7c6939cf04077f13d8c6769a9c1412fc83

(415)7709998005532(8020)1000203697741725(3900)0000098220(96)20250206

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

www.eebpsa.com.co @eebpsaesp /eebpsa

Fac. Electronica: EEBP 93492

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

Este factura presta mérito ejecutivo de acuerdo a las normas del Derecho Civil y Comercial Ley 142 Art. 130

Proveedor Tecnológico: digesoles S A S NIT: 860090580 2 Software: fact e

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Unidad para las Víctimas

Resolución Nº. 04102019-1986052 del 29 de diciembre de 2023

"Por medio de la cual se decide sobre el reconocimiento de la medida de indemnización administrativa a la que hacen referencia los artículos 132 de la Ley 1448 de 2011 y 2.2.7.3.1.y siguientes del Decreto Único Reglamentario 1084 de 2015"

adelante se tendrá como situación de urgencia manifiesta o extrema vulnerabilidad la edad igual o superior a los 68 años.

Que, con fundamento en la normatividad referida y en el análisis realizado a la solicitud de indemnización, la Unidad decidirá si se tiene derecho o no a la indemnización administrativa en los términos establecidos en la Resolución No. 1049 de 2019, así:

Que se presentó solicitud de indemnización administrativa, con número de radicado 3941692-17324230 por el hecho victimizante de DESPLAZAMIENTO FORZADO. Solicitud en la que se relaciona el siguiente grupo familiar:

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	PARENTESCO CON EL JEFE DE HOGAR	PERSONA FALLECIDA
LIAM ANDRES AGAMEZ LANDAETA	REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO	1122344101	HIJO(A)	NO
YONNI AGAMEZ BARBARAN	CEDULA DE CIUDADANIA	1063294090	JEFE(A) DE HOGAR	NO

Que, al consultar el Registro Único de Víctimas, se tiene que a la fecha de expedición del presente acto administrativo las personas descritas se encuentran incluidas.

Que, realizado el estudio de la solicitud, se determinó que cumple con los supuestos fácticos y jurídicos para reconocer el derecho a la medida de indemnización administrativa, por lo que se procederá con el reconocimiento de la medida por el hecho victimizante de DESPLAZAMIENTO FORZADO, distribuida así:

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	PARENTESCO CON EL JEFE DE HOGAR	PORCENTAJE
LIAM ANDRES AGAMEZ LANDAETA	REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO	1122344101	HIJO(A)	50.00%
YONNI AGAMEZ BARBARAN	CEDULA DE CIUDADANIA	1063294090	JEFE(A) DE HOGAR	50.00%

Que el porcentaje otorgado tiene como sustento las disposiciones contenidas en el artículo 2.2.7.4.8 del Decreto 1084 del 26 de mayo de 2015, norma que regula la distribución del porcentaje a reconocer a los destinatarios con derecho a recibir la medida de indemnización administrativa.

"Artículo 2.2.7.4.8. Distribución de la indemnización. La Indemnización se distribuirá por partes iguales entre los miembros del núcleo familiar víctima de desplazamiento forzado, incluidos en el Registro Único de Víctimas – RUV [...]".

Que, a la luz del artículo citado 2.2.7.4.10 del Decreto 1084 del 26 de mayo de 2015, es preciso indicar que el monto correspondiente a la medida de indemnización administrativa del presente caso será de: 17 SMLMV.

Que en el parágrafo 2 del artículo 2.2.7.3.4, se definió "(...) Si respecto de una misma víctima concurre más de una violación de aquellas establecidas en el artículo 3 de la Ley 1448 de 2011, tendrá derecho a que el monto de la indemnización administrativa se acumule hasta un monto de cuarenta (40) salarios mínimos legales

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

Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

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

CARNET RIAS **PRIMERA INFANCIA**

E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA
Mi prioridad es tu salud



Nombres y Apellidos: LIAM ANDRES AGAMEZ LANDAETA
Doc. de Identidad: 1122344707
EPS: Nallamas
Teléfono: 3227259915
Domicilio: B/ central

PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS			FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) ó AÑOS (A)												
			5 DÍAS	1 M	2-3 M	4-5 M	6-8 M	9-11M	12-17M	18-23M	24-29M	30-35M	3 A	4 A	5 A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico													
		Atención en salud por medicina general													
		Atención en salud por enfermería												19-8-2025	
		Atención en salud por Odontología													
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor											14-MAY-2025		
		Profilaxis y remoción de placa													
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	V	Vacunación													

Lizeth Jiménez Trujillo
Enfermera Profesional
Reg 22083
Universidad de Caldas

Agudeza visual 20/20 Normal 19-8-2025

FORMATO PARA EL SEGUIMIENTO NUTRICIONAL MENSUAL
DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO INSTITUCIONAL – CONTRATO 86001912025 – SAN MIGUEL

NOMBRE DE LA UDS: Pre Jardin 2

NOMBRES Y APELLIDOS	PESO	TALLA	PERIMETRO BRAQUIAL	CLASIFICACION NUTRICIONAL	FECHA	REMITIDO SI/NO	OBSERVACIONES	FIRMA DEL RESPONSABLE
Liam Andres Agamez Landeta	15.1	104	15	Riesgo de desnutricion Aguda	13/05 2025	Si		
Juan Andres Agamez Landeta	15.7	104	15	Peso Adecuado para la talla	18/06 2025		Se termina Seguimiento ya que, se encuentra adecuado para la talla.	

FIRMA DEL PROFESIONAL RESPONSABLE: _____
Nutricionista.

de cero a siempre 29

Ciudad San Miguel - La dorada - ptp

Nombre completo de la niña o niño Liam Andres Agamec Landaeta

Fecha de nacimiento Día 13 Mes 08 Año 2021 **N° Documento de Identidad** 1122344101

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Leidy Marcela Rincón E hijo #2

Fecha de registro cualitativo 04 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

Andres es un niño muy creativo y disfruta inventando nuevos movimientos e inventando juegos imaginarios, le gusta correr y saltar, tambien comparte con sus compañeros y resuelve pequeños conflictos sin ayuda del adulto.

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

● Andres realica rutinas de higiene personal sin contar con la ayuda del adulto, tambien es muy activo y le gusta inventar nuevos movimientos corporal inventando nuevos juegos.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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

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

Observaciones generales

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

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

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

BIENESTAR FAMILIAR

01 R/V

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Lian Andres Agamec **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Prc jardin 2 **AGENTE EDUCATIVO:** Marcela R.

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

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
Martes 4-11-2025	El dia de hoy la madre de familia mediante un mensaje de whatsap refirio que hoy no asistira el niño al CDI debido que la madre de familia se encuentra delicada de salud y no hay quien lo traiga al CDI.	Se entiende la situación y se recomienda a la madre estar informando y organizarce con alguien para que le traiga el niña al CDI y no hacerlo faltar	Marcela R	
Miercoles 5/11/2025	El dia de hoy nuevamente el niño no asiste y la madre mediante un mensaje de whatsap refiere, el niño no asistira porque la madre de familia se encuentra muy enferma y no tiene quien lo traiga al CDI	Se entiende la situación y se realizan recomendaciones a la madre de familia y tambien se remite el caso al área encargada para que se realice el adecuado seguimiento	Marcela R	
Jueves 6/11/25	El dia de hoy no asiste el niño asi lo refiere la madre de familia mediante un mensaje de whatsap ya que la madre se encuentra delicada de salud y no tiene quien lo lleve al CDI. El niño está bien de salud.	Se entiende la situación de la madre y se recomienda estar informando cualquier novedad, tambien se remite el caso al area encargada para el respectivo seguimiento.	Marcela R.	x Andreas

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
6/NOV 2025	se realiza seguimiento para conocer el motivo de la inasistencia del niño al servicio. se comunica con la madre y se pregunta por el motivo de la inasistencia del niño al servicio, la madre refiere "que ha estado enferma y no se puede movilizar, ademas mi esposo sale a las 5:00am de la mañana a trabajar y llega hasta las 5:00pm y la hermana pequeña pues no la puedo mandar a ella porque apenas tiene 9 años" se pregunta por la red de apoyo de un familiar que le pueda dar llevando y recogiendo el niño la madre refiere "que no que ya mañana mira con quien lo manda al niño porque a este bien y le gusta ir"

+ Andrea

BIENESTAR FAMILIAR

32 R/V

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Liam Andres Agamez **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Pejardin 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)
10 - NOV. 2025.	Se realiza llamado a lista y se encuentra que el niño no asistió a la unidad de atención, se. entabla comunicación con la familia.	la agente educativa se pone en comunicación con la madre del niño para conocer las inasistencia la madre refiere que el niño se encuentra bien, y no lo llevo a la unidad porque piensa que por las inasistencias. anteriores el niño ya perdio el cupo, la agente educativa sensibiliza sobre la importancia de la puntual asistencia al CDI, y realiza compromiso para. que asista el dia de mañana.	Marcela R.	Andrea.

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
Martes 12/11/2015	El dia de hoy asiste el niño en compañia de su madre se evidencia que el niño se encuentra aparentemente bien de salud y en buena condicion fisica se reintegra a las actividades pedagogicas, tambien se realica un compromiso con la madre de familia de no hacer faltar el niño al CDI. Marcela R. Andrea

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

Fundación Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

33 R/V

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Andres Agamez Landaeta **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Pre jardin 2 **AGENTE EDUCATIVO:** Marcela R

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

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
Viernes 24/10/2025	En esta semana se ha observado que el niño continua presentando comportamientos inadecuados, constantemente el niño corre por todo el salon y se lleva los compañeros por delante, tambien se ha evidenciado que el niño le pega a los compañeros, los muerde y en el comedor los golpea con sillas y no acata ordenes de la agente E. Al tener este tipo de comportamientos se informa a la madre de familia para buscar una solucion y un apoyo.	Se realica reporte al area psicosocial para que realice el adecuado seguimiento al caso.	Marcela R.	Andres.

BIENESTAR FAMILIAR

3x R/L

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Liam Andres Asanez **UNIDAD DE ATENCIÓN:** pr Pj-rndin 2 **AGENTE EDUCATIVO:** Marcela Rincon

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)
27-Octubre-2025	Se realiza llamado a lista y se encuentra que el niño no asistio a la unidad de atención	Mediante mensaje de texto la madre manifiesta que el dia domingo estuvieron en la finca y hoy amaneció la espalda llena de ronchas, que le va a aplicar una crema y espera mejoria. se realizan recomendaciones de cuidado y se solicita se informe cualquier novedad.	Edith Meneses coordinacion.	Andrea

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
Martes 28/10/23	El dia de hoy el niño asistio en compañia de su madre y se realica la Verificación y se evidencia que el niño no tenia picaton y el brote anterior mensionado se encuentra mucho mejor, se realitan recomendaciones a la madre de informar cualquier novedad en cuanto al brote del niño. Marcela R. * Andrea

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