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: (●) Niño/a entre 0 y menor de 5 años ( ) Persona Gestante

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

Unidad de Servicio sugerida: C.D.I Fronteras de Paz

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

Número de documento: 1.122.343.579

Fecha nacimiento: 27 | 12 | 2020

Nombres: Eliam - Matias

Apellidos: Martinez Poveda.

Presenta discapacidad? ( ) Si (●) No

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

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

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

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

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

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

Departamento residencia: Putumayo

Municipio de residencia: San - Miguel

Zona: Urbano

Barrio: Central

Vereda:

Sector:

Dirección: Al Frente del Supermercado Super ahorro.

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

Parentesco: (●) Madre ( ) Padre ( ) Cuidadoría

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

Número de documento: 1.007.521.037

Nombres: Luz Enith

Apellidos: Poveda - Pineda

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 20 | 4 | 2002

Correo electrónico: luzenithpoveda@gmail.com

Número de celular: 3214807305

Número de fijo:

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

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

Nombre y Firma del padre, madre y/o cuidador: Luz Enith Poveda

Nombre y Firma del profesional que diligencia: OLGA RENDON

Observaciones:

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:
Eliam Matias Martinez Poveda

N° DOCUMENTO: 1.122.343.579 **TIPO DOCUMENTO: RC** X **CC** ___ **OTRO** ___
FECHA DE NACIMIENTO: 27- Diciembre-2020 **EDAD:** 4 años-3 meses
LUGAR DE NACIMIENTO: Valle del Guamuez

NOMBRE DE LA UDS: CDI Fronteras de Paz
CODIGO UDS: 867571126972 **BARRIO/VEREDA:** B/ 7 de Agosto
FECHA DE INGRESO: 1/ Abril/ 2025 **FECHA DE RETIRO:** ___

SISBEN: A3 (P.E) **EPS:** Emssanar **RÉGIMEN (C)**___ **(S)** X
DESPLAZADO: SI___ **NO**___ **DISCAPACIDAD: SI**___ **NO** X **¿CUAL?** ___
GRUPO ETNICO: SI___ **NO** X **¿CUAL?** ___
GRUPO AFROCOLOMBIANO: SI___ **NO** X **¿CUAL?** ___
NOMBRE DE LA MADRE: Luz Enith Poveda Pineda
N° CÉDULA: 1.007.521-037 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Miguel
NOMBRE DEL PADRE: Kenner Anderson Martinez Montenegro
N° CÉDULA: 1.122.342.797 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Miguel
N° DE CELULAR: 321 3001905 -
NOMBRE DEL ACUDIENTE: José Jonathan Gonzalez Melo
N° CÉDULA: 1.006.789.020 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** ___
DIRECCIÓN VIVIENDA: B/ central **ZONA POBLACIONAL: (R)**___ **(U)**___
NUMERO DE CELULAR 3214807305 -

Luz Enith Poveda. — **FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE**

OLGA RENDÓN — **NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO**

3

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.122.343.579

Indicativo Serial 59304309

59304309

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código X 6 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
MARTINEZ	POVEDA

Nombre(s)

ELIAM MATIAS

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2020 Mes DIC Día 27	MASCULINO	O	POSITIVO.

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

COLOMBIA PUTUMAYO VALLE DEL GUAMUEZ

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	161889394

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

POVEDA PINEDA LUZ ENITH

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.007.521.037	COLOMBIA

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

MARTINEZ MONTENEGRO KENER ANDERSON

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.122.342.797	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MARTINEZ MONTENEGRO KENER ANDERSON

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.122.342.797	Kenner Martinez

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 2021 Mes ENE Día 04	ROY EDISON CALLE QUIRAMA - REGIST Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

24

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.007.521.037**
POVEDA PINEDA
APELLIDOS
LUZ ENITH
NOMBRES

LUZ ENITH POVEDA
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **20-ABR-2002**
PITALITO
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

24-JUN-2020 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

ÍNDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-6401800-01146206-F-1007521037-20200712 **0071**206355A 1 53568290

Acudiente



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.006.789.020
GONZALEZ MELO
APELLIDOS
JOSE JONATHAN
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 22-ABR-2002
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.75 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
11-JUN-2020 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
INDICE DERECHO
P-6401800-01143890-M-1006789020-20200702 0071098890A 1 53568242

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.122.342.797**

MARTINEZ MONTENEGRO

APELLIDOS

KENER ANDERSON

NOMBRES

Kenner Martinez

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **03-JUN-1999**

SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

07-JUN-2017 SAN MIGUEL(LA DORADA)

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-6401800-00919611-M-1122342797-20170710 **00562**59223A 1 47995754

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 25/03/2025

Ficha: 86757674952700001277

A3

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: ELIAM MATIAS

Apellidos: MARTINEZ POVEDA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122343579

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 17/07/2023

Última actualización ciudadano: 17/07/2023

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**

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARIA ZORAYDA LINARES MONTERO

Dirección: Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libertad

Teléfono: 4210537 - 3213138790

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

ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1122343579
NOMBRES	ELIAM MATIAS
APELLIDOS	MARTINEZ POVEDA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	SAN MIGUEL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EMSSANAR S.A.S.	SUBSIDIADO	27/12/2020	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/11/2025 14:55:27	Estación de origen:	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado

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 1122343579
Apellidos:	MARTINEZ POVEDA
Nombres:	ELIAM MATIAS
Ficha Sisben:	86757674952700001277
Nivel Sisben:	Nivel I
Grupo Sisben	A03
Tipo de discapacidad:	Ninguna
Plan de salud:	Régimen Subsidiado
Estado de servicio:	Vigente
Fecha de Afiliación:	27/12/2020
Departamento de Afiliación:	PUTUMAYO
Municipio de Afiliación:	SAN MIGUEL
Zona:	Rural - Dispersal

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 13 de Abril 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.

2V/10

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...Sanos



E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

Nombres: Eliam Matios	Apellidos: Martinez Poveda
Fecha de nacimiento: 27 / 12 / 20	Historia Clínica: 1122343579
Barrio/Vereda: Barrio Central	Responsable del niño: MADRE
Teléfono: 3214807305	EPS: ENNSanar

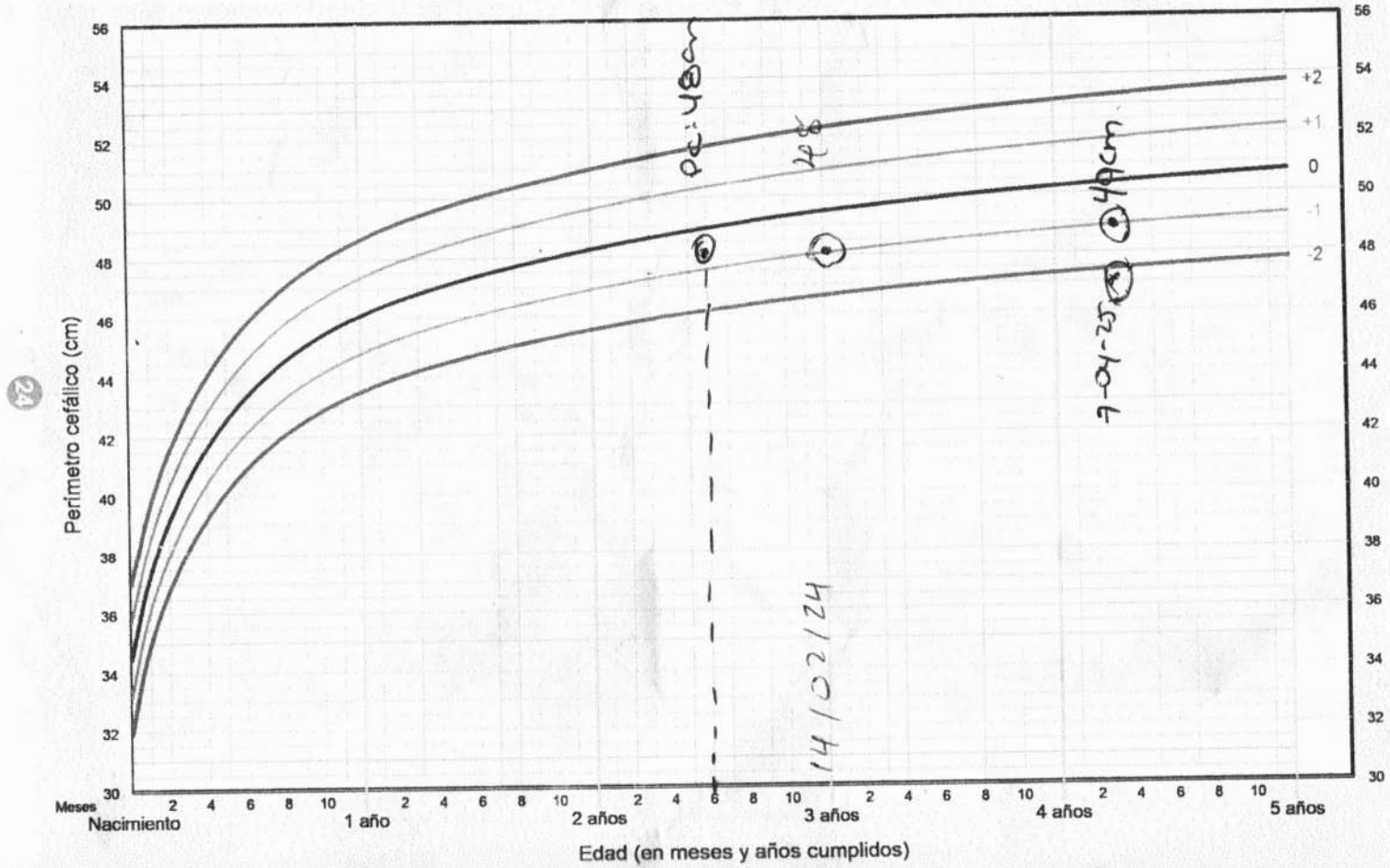
CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
14	07	2023	Enfermería	SI ✓	
27	12	2023	Medico	—	
14	feb	2024	MEdico	SI ✓	
27	Dic	2024	Enf		
07	Abril	2025	Enfermeria	SI ✓	Milena C
27	diciem	2025	Medico cita		

Dra Magaly C
Médico G .en
R.M. 67027189 - U

Perímetro Cefálico Niños

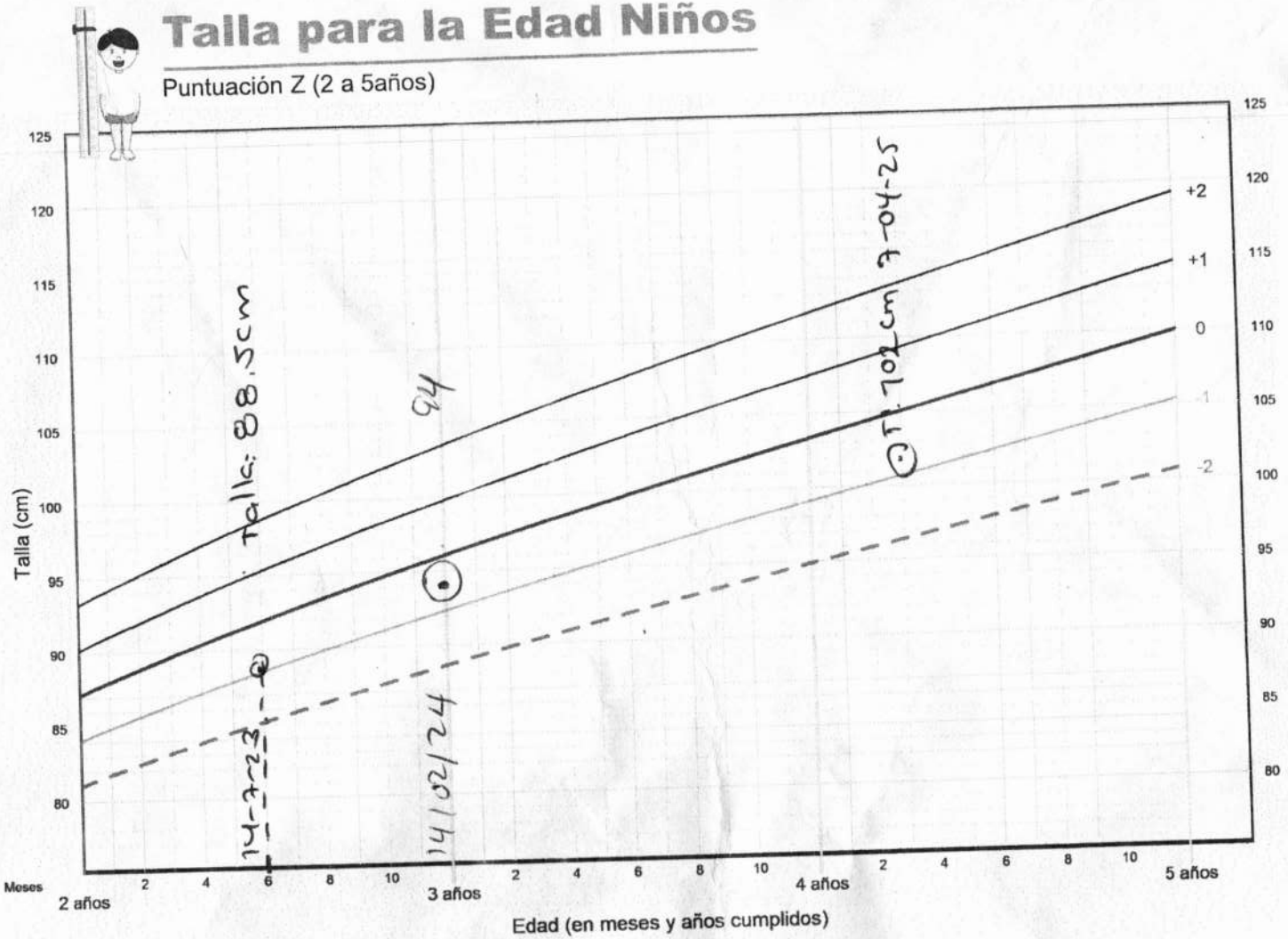
Puntuación Z (0 a 5 años)

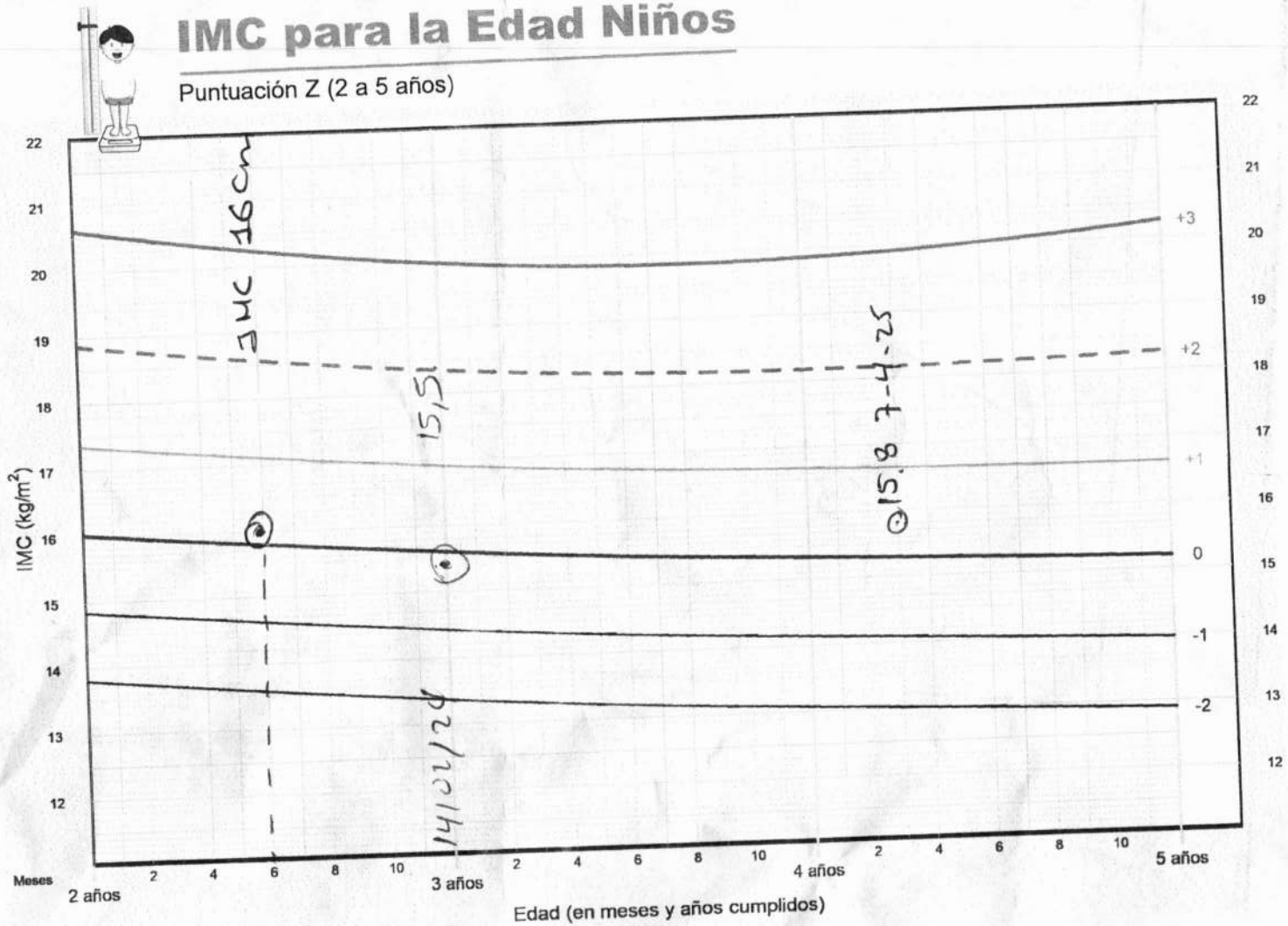


24

Talla para la Edad Niños

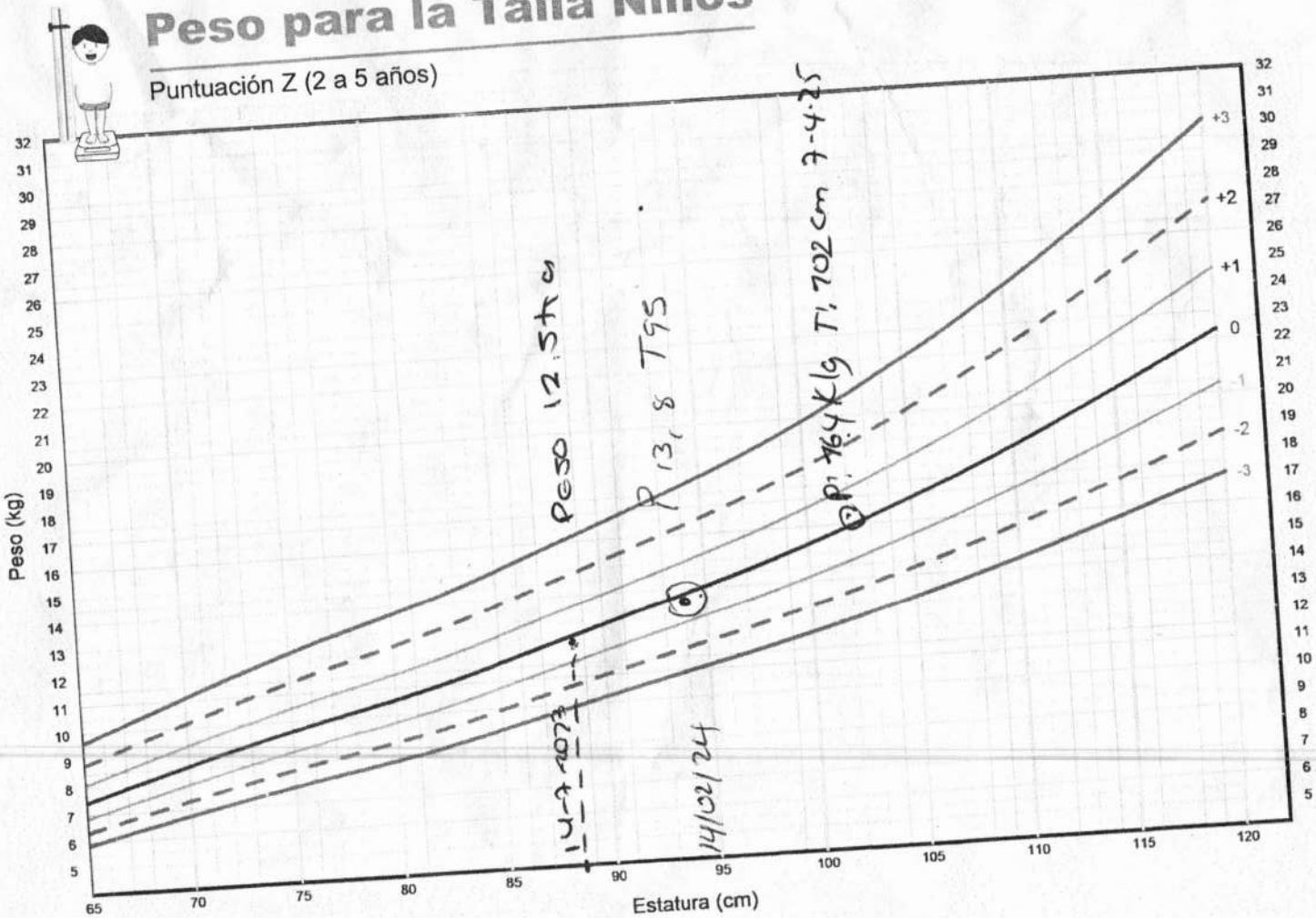
Puntuación Z (2 a 5años)




IMC para la Edad Niños
Puntuación Z (2 a 5 años)
IMC (kg/m²)
Meses
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)
+3
+2
+1
0
-1
-2
16 cm
15,5
15,8 7-4-25
p2/2014

Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



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

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

Mi prioridad es tu salud



Nombres y Apellidos:	Eliam Matias Martinez Poveda
Doc. de Identidad:	1122343579
EPS:	Emssanar
Teléfono:	3214807305
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												7-4-2025	
		Atención en salud por Odontología													
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor												8-04-2025	
		Profilaxis y remoción de placa													
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	>	Vacunación													

Nayeth Jiménez Trujillo
Enfermera Profesional
Reg 22083
Universidad de Caldas

Agudeza Visual 20/20 Normal 7-4-2025

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

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

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

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

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega			
2.ª entrega			
3.ª entrega			

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega						
2.ª entrega						
3.ª entrega						
4.ª entrega						
5.ª entrega						

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

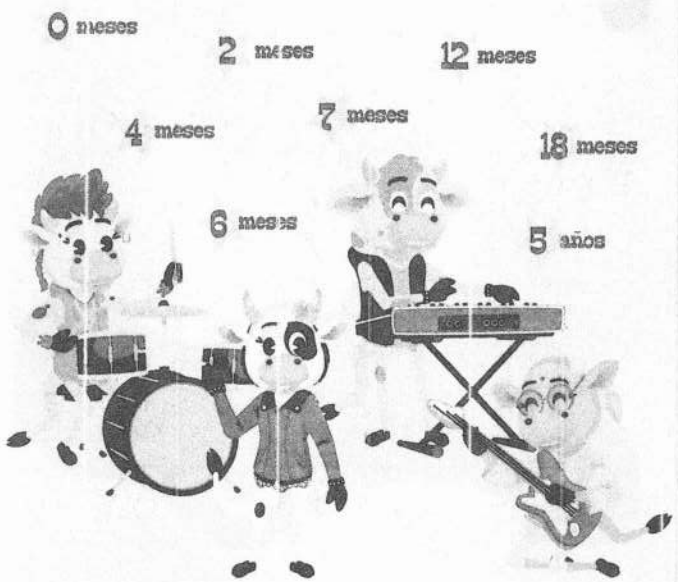
3 años					
4 años					
5 años					

*Menor o igual a 20 normal

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

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

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



Ministerio de Salud y Protección Social

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

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: ELIAM MATIAS MARTINEZ

Fecha de nacimiento:

Nº de certificado de nacido vivo:

Registro civil: 1.122.343.579.

Sexo: MASCULINO

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: Talla:

Dirección: B/ CENTRAL.

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Responsable:

Municipio de residencia: SAN MIGUEL

Departamento: PUTUMAYO.

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

27/10

Nombres y Apellidos: **Tipo identificación:** **No. ID:**

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién nacido	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐											
	Tuberculosis meníngea (BCG)	Única	28	12	20	Serum	03790 16J	H.S.C.J				MARIA. R
	Hepatitis B	Recien nacido	28	12	20	Serum	03201 002B	H.J.C.J.				MARIA. R
2 meses	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	1.ª	01	03	21	Bio6	201700 4A					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	01	03	21	Serum	2850 4021B					
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª	01	03	21	Serum	2850 4021B	HFID				KAREN A.
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.ª	01	03	21	Serum	2850 4021B					
	Diarrea por rotavirus	1.ª	01	03	21	GSK	AROLC 764AA					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	01	03	21	PFIZER	ASPNB 288AB					
4 meses	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	2.ª	03	05	21	Bio6	201700 4A					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	03	05	21	Serum	2850 4021B					
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª	03	05	21	Serum	2850 4021B	HFID				Sandra M
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.ª	03	05	21	Serum	2850 4021B					
	Diarrea por rotavirus	2.ª	03	05	21	GSK	AROLC 772AF					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	03	05	21	PFIZER	ASPNB 308BA					
6 meses	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	3.ª	12	07	21	Bio6	201700 4A					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	12	07	21	Serum	2850 4018D					
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª	12	07	21	Serum	2850 4018D	HFID.				Paula C.
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.ª	12	07	21	Serum	2850 4018D					
	Influenza estacional	1.ª	12	07	21	Green	UC1311V	Green				Sandra
7 meses	Influenza estacional	2.ª	18	03	21	Green	U3C1311V	Green				Paula
12 meses	Sarampión, rubeola y parotiditis (SRP)	1.ª	24	01	22	Serum	01302 L13B					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	24	01	22	GSK	ASPAN 3315A					
	Varicela	2.ª	24	01	22	MERCK	U0062722	HFID				Sandra M
	Hepatitis A	Única	24	01	22	MSD	U0119226					
	Influenza estacional	Anual	30	03	22	Green	U5022220 08					Karen G
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.er refuerzo	17	03	23	Serum	2121 0C4A	HFID				Karen G
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.er refuerzo	17	03	23	Serum	2821 0C12B	HTID				Karen G
	Fiebre amarilla	Única	24	01	22	Serum	211UFC 0137	HFID				Sandra M
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubeola y parotiditis (SRP)	2.ª	17	3	23	Serum	0131N 108A	HFID				Karen G.
	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	REF	17	03	22	Serum	0129W? 87	HFID	CITA: 5 AÑOS CUMPLIDOS			Sandra

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.

ROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO

IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA

momento de nacer | **Fecha:**

PRIMER CONTROL MÉDICO

te el primer mes de vida | **Fecha:**

SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA

dad	Fecha de cita programada	Fecha en que asistió	Profesional que atendió
ieses			
ieses			
ieses			
meses			
meses			
meses			
meses			
meses			
meses			
meses			
meses			
meses			
meses			
(1)			
(2)			

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

ad	Fecha	Edad	Fecha
		42 meses	
s		48 meses	
s		54 meses	
s		60 meses	
s		66 meses	

odos los niños se debe realizar toma de TSH al momento acer para estudio de hipotiroidismo.

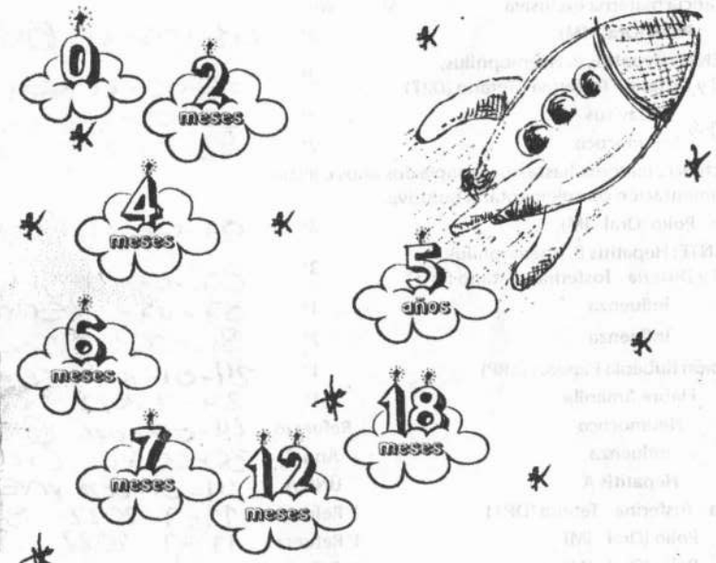
eportado TSH:	
erificación:	
onal que verificó:	

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

de cero a Siempre

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Eliam Mathias Pobeda.

Fecha de nacimiento: 27 diciembre 2020

Nº de certificado de nacido vivo: ----------

Registro civil: 1122348579.

Sexo: Masculino

Grupo sanguíneo: ----------

Peso al nacer: 3200: 52cm AO:2sem

Dirección: ----------

Teléfono: 3214307305.

Responsable: Luz Enith P.

Municipio de residencia: Arauca.

Departamento: Putumayo

CC 1007521037

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

Nombre: [redacted] **Registro Civil:** [redacted]

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	28 DIC 20	Serum	037961GJ	HSCJ		Maria Rodriguez
	Hepatitis B		Recién nacido	28 DIC 20	Serum	03209002AC	SE HSCJ		Maria Rodriguez
2 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐							
	Polio (Oral - IM)		1ª	01-mar-2021	Sanofi	R31891D	H+D	Proximo CITA 01-may-2021	Karen A
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		1ª	01-marz-2021	Serum	2829x020A	H+D		Karen A.
	Rotavirus		1ª	01-marz-2021	GSK	AROIC428AA	H+D		Karen A.
	Neumococo		1ª	01-marz 2021	GSK	ASPNB2726A	H+D		Karen A.
4 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐							
	Polio (Oral - IM)		2ª	03-05-21	Biological	2017004	HFID		SOLM Martinez
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		2ª	03-05-21	Serum	28J0102113	HFID		SOLM Martinez
	Rotavirus		2ª	03-05-21	GSK	ARDIC269AA	HFID		SAOLM Martinez
	Neumococo		2ª	03-05-21	GSK	ASPNB308BA	HFID		SOLM Martinez
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.							CITA!	
	Polio (Oral - IM)		3ª	07-07-21	Biologi	2017004	HFID	03-Julio 2021	Ana leguida
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		3ª	07-07-21	Serum	28504010D	HFID		Ana leguida
	Influenza		1ª	07-07-21	Sanofi	VBC13	HFID		Ana leguida
7 Meses	Influenza		2ª	31-03-21	Sanofi	V3C131	H+D		Ana leguida
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)		1ª	24-01-2022	Serum	013DN13B	HFID		Saoly M
	Fiebre Amarilla		1ª	24-3-2022	Sanofi	YUBG24	HFID		SAOLY M
	Neumococo		Refuerzo	24-01-2022	GSK	AEPANB315A	HFID		Saoly M
	Influenza		Anual	30-06-22	Green	VS022008	HFID		Paula C
	Hepatitis A		ÚNICA	24-01-2022	MSD	V019226	HFID		Saoly M
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		1º Refuerzo	11-7-2022	Serum	2820K009B	HFID	CITA 28-12-21	Falya G
	Polio (Oral - IM)		1º Refuerzo	11-7-2022	Serum	1801P012	HFID		Falya G.
	Polio (Oral - IM)		2º Refuerzo	cita 28 DICIEMBRE 2025					
5 Años	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		2º Refuerzo						
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)		Refuerzo	17-03-23	Serum	013IN021	H+D	CITA: 03-Julio 2022.	Karen A.
Niñas 9 Años o más	VPH		1ª						
	VPH		2ª						
	VPH		3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis	Varicela		Ud.	24-01-2022	Merck	V000722	HFID		Saoly M
	SR		RCF	17-3-22	Serum	0129W227	H+D		Yuliza M

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.

RV
21

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

ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE LA VACUNA CONTRA EL SARS-COV-2 / COVID-19

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL

La salud es de todos | Minsalud

CIUDAD San Miguel FECHA: DÍA 22 MES 04 AÑO 2022 HORA:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Elian Matias APELLIDOS Martinez Poveda

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1.122.343.579

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 27 MES: 12 AÑO: 20 / EDAD: 4 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Emssanar

INFORMACIÓN PREVIA. La vacunación es una forma segura y eficaz de prevenir enfermedades y salvar muchas vidas. En la actualidad el pais 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)

Por 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: Luz Enith Poveda. Pineda

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

Nombres _____ Apellidos _____

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

Firma: _____

En caso de requerirse firma a ruego:

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

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

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

de _____

Huella dactilar o plantar del Rogante

Firma del Rogado

C.C. N° _____

C.C. N° _____

Nombres y apellidos del vacunador: Isabel Arias Erazo

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

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFCB

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.

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

Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

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

RIAS **PRIMERA INFANCIA**

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



Nombres y Apellidos: Eliam matias poveda
Doc. de Identidad: 1122343579
EPS: Emssanar
Teléfono: 3214807505
Domicilio: V/ N. Risaralda

		PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) ó AÑOS (A)												
			5 DÍAS	1 M	2-3 M	4-5 M	6-8 M	9-11M	12-17M	18-23M	24-29M	30-35M	3 A	4 A	5 A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico													
		Atención en salud por medicina general													
		Atención en salud por enfermería													
		Atención en salud por Odontología													
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor												22/10/25	
		Profilaxis y remoción de placa												22/10/25	
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	V	Vacunación													

LILIANA MARIBEL CORDOBA
AUX. EN SALUD ORAL
RES. 8600493-2011

22

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 ELIAM MATIAS MARTINEZ, identificado (a) con documento de identidad número 1.122.343.579, 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, Luz Enith Poveda Pineda, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1.007-521-037, 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 Fraternidad, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa Modalidad Institucional

Suscriben:

Firma: _____
Nombre: _____
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: _____
Fecha: 1- Abril - 2025
Municipio: San Miguel Putumayo

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

PACTO DE CONVIVENCIA MODALIDAD INSTITUCIONAL

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

DERECHOS Y DEBERES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

DERECHOS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

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

DEBERES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

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

DERECHOS Y DEBERES DE LOS PADRES DE FAMILIA

DERECHOS DE LOS PADRES DE FAMILIA

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

DEBERES DE LOS PADRES DE FAMILIA

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

(telefónico, mensajería y/o escrito).

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

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

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

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

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

PAOLA CHATES
Coordinadora pedagógica

EDDY PATRICIA LÓPEZ
Apoyo psicosocial

Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Agente educativa

Huella del niño/niña

Eliam Matias Martinez

EMPRESA DE ENERGÍA DEL BAJO PUTUMAYO S.A. E.S.P.
NIT. 846.000.559-9 - NUIR: 2-86560000-7
Autorretenedores Res. 547 de 25/01/2002
Responsables de IVA

"Generamos Desarrollo con Energía"

Vigilado Superservicios

Código de Suscripción	SM 10667	Pago oportuno hasta:	06-FEB-2025	Mes Facturado
Factura Nro.	2036977399	Suspensión a partir de:	07-FEB-2025	ENERO 2025

1. Información General

Nombre:	MONICA YENY LOPEZ GOMEZ										10-ENE-2025	Último pago $ 207,580
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
SM1	S102	15	1	RESIDENCIAL	URBANA	1	6	AEREA	EMPRESA	105	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 Multiplo
MET	13047632	1

2B. Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	30638	30184
Reactiva:		

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

2C. Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	454	
Consumo Reactiva KVarh:	0	
Costo del consumo $	436339.4	
Tarifa (hasta 173 Kwh):	400.91	
Subsidio: %	58.28	$ -96912.81
Contribución: %	0	$ 0
Sub Total $	339426.59	

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

2D. Consumo Ultimos 6 Meses

Mes	Consumo
2024/Dic	382
2024/Nov	465
2024/Oct	840
2024/Sep	352
2024/Aug	319
2024/Jul	344

Promedio: 367

2E. Información Calidad del Servicio

Tip.Dte Dpto 01 8000 942415
Transformador SLD101 Grupo 22
DIUG 30.24 FRUG 19 Circuito C14
Cargo D 254.70 Dscto %I 20
CEC 386.52
DII 75.46 FRU 92.00
FR 7.13 VC 12.00
Valor a compensar 39,377.66

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	436,339.40	0	0.00	436,339
SUBSIDIO	-96,912.81	0	0.00	-96,913
AJUSTE A SUBSIDIO	3,621.94	0	0.00	3,622
COMPENSACION RES CREG 015/2018	-39,377.66	0	0.00	-39,378
AJUSTE A LA DECENA	0.13	0	0.00	0

5. Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP 303.671

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	29,079	0	29,079

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 Telefono	Valor Tarifa	Saldo Anterior	Valor Total
					0
					0
					0

Total EEBP	+ Total Impuesto Alumbrado publico	+ Total Aseo y/o Alcantarillado	+ Total Otros Convenios	= Debe pagar en Total
303,671	29,079	6,000	0	338,750

CUFE:
bb2229a29040aa547f250a64840657b8a833616625865cf0e59460acdca862

(415)7709993005532(8020)100020369773998 3(3900)0000338750(96)20250206

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

www.eebpsa.com.co @eebpsaesp /eebpsa

Fac. Electronica: EEBP 93322

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: disnanel+s S.A.S. NIT: 860028580-2 Software: fact-e

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

RV 28

Ciudad San Miguel (La Dorada Ptyo)

Nombre completo de la niña o niño Eliam Matias Martinez Poveda

Fecha de nacimiento Día 27 Mes 12 Año 2020 **N° Documento de Identidad** 1.122.343.579

Sexo Masculino ● Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** Día 1 Mes 04 Año 2020

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Olga Milena Rendón

Hijo N.2. Hermano: 1.

Fecha de registro cualitativo Día 3 Mes 07 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

Se evidencia en el niño capacidad en su desarrollo motor, su coordinación motora es acorde para su rango de edad, le agrada participar en cada una de las actividades pedagogicas, cada vez es más independiente en sus rutinas de cuidado y aseo personal.

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

●

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador OLGA MILENA RENDÓN

Fecha de registro cualitativo Día 2 Mes 10 Año 2025

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

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

Observaciones generales

Matias es un niño muy alegre tiene habilidades en su coordinación motora, su deporte Favorito es motocross, cada vez es más independiente en sus rutinas de cuidado y aseo personal.
Sus dibujos representan cada vez con más detalle lo que él quiere o muestran un conocimiento más preciso de la realidad.

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

ración 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	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

PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL

SECRETARIA DE EDUCACIÓN DE PUTUMAYO
"Construyendo región con educación"

FORMATO DE INSCRIPCIÓN

Código: C03.0
Versión: 1.0

Macro proceso: C Gestión de la Cobertura Educativa

Fecha: 21-11-2025 No. De inscripción: Grado al que se inscribe: 0 Municipio: San Miguel E. Educativo IETCD

DATOS DEL ESTUDIANTE

APELLIDOS: Martinez Poveda NOMBRES: Eliam matias

LUGAR DE NACIMIENTO: Valle del guamuez FECHA DE NACIMIENTO: DÍA 27 MES 12 AÑO 2020

Genero: M ☐ F ☐ EDAD: 5 años Tipo de Documento: RC ☐ TI ☐ CC ☐ PE ☐ CE ☐ Cer. Cab. ☐ NES ☐

No. Documento 1122343579 EXPEDIDA EN

CON QUIEN VIVE? Papá y Mamá ☒ Mamá ☐ Papá ☐ Abuelos ☐ Número de hermanos: ____

PROVIENE DE OTRA INSTITUCIÓN EDUCATIVA? SI ☐ NO ☐ ¿CUAL?

INSTITUCIÓN: PUBLICA PRIVADA REPITENTE? SI NO

TIENE HERMANOS ESTUDIANDO EN ESTE ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO?: SI ☐ NO ☐

NOMBRES

GRADO

GRADO

NOMBRE DE LA EPS A LA CUAL ESTÁ AFILIADO emssanar

DISCAPACIDADES: AUDITIVA ___ VISUAL ___ MOTORA ___ COGNITIVA ___ AUTIS

CUAL ___ TIPO DE SANGRE: A+ (Si presenta alguna discapacidad

PERTENECE A UNA ETNIA? SI ___ NO X ¿CUAL? ___ LENGUA MATI

A QUE RESGUARDO PERTENECE? ___

VICTIMA DEL CONFLICTO? SI X NO ___ FECHA DE EXPULSIÓN ___ A

DPTO EXPULSION ___ MUNICIPIO DE EXPULSIÓN ___

NIVEL SISBEN A3 ESTRATO 1 ¿PERTENECE A FAMILIAS EN ACCIÓN? SI X

¿HIJO VETERANO FUERZA PÚBLICA? SI ___ NO X

¿BENEFICIARIOS HÉROES DE LA NACIÓN? SI ___ NO X

¿HIJO DE MADRE CABEZA DE FAMILIA? SI ___ NO X

DATOS FAMILIARES

NOMBRE DEL PADRE O ACUDIENTE: Jose Jhonatan Gonzalez. C.C. No: 1006789020 DE San Miguel OCUPACIÓN comerciante

NOMBRE DE LA MADRE O ACUDIENTE: Luz Enith Poveda. C.C. No: 1007521037 DE Pitalito Huila OCUPACIÓN comerciante

DIRECCIÓN RESIDENCIA: ___ BARRIO: ___ VEREDA Nuevo Miravalle ZONA URBANA ___ RURAL ___

TELÉFONO CASA ___ TELÉFONO CELULAR PADRE: ___ TELÉFONO CELULAR MADRE 3214807505 TELÉFONO TRABAJO 3213189860

(SOLO EN CASO DE NO VIVIR CON SUS PADRES)

ACUDIENTE: ___ PARENTESCO ___ C.C. No: ___ DE ___ OCUPACIÓN ___ Celular: ___

REQUISITOS: Fotocopia legible del documento de identidad – Fotocopia del carnet de salud – Fotocopia del carnet de vacunas hasta los nueve (9) años – l

Luz Enith Poveda.
FIRMA DEL PADRE DE FAMILIA O ACUDIENTE

confirmar cel
ACX- Abrunio Jr
IETCD

Se tendrá en cuenta los formularios que tengan la información y documentación

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Eliam Matias Martinez **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Jardin-1. **AGENTE EDUCATIVO:** Milena R.

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 1-Abril-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)
LUNES 24-11-2025	Siendo las 7:10 am del presente dia la madre del usuario Matias Martinez se comunico via whatapps manifestando que su hijo no asistira el dia de hoy por motivo que presenta mucha tos y el dia esta muy lluvioso la cual decide cuidarlo en casa.	A. Educativo le recomienda a la madre, si el niño persiste con la tos solicitar cita medica no automedicarlo. presentar permiso por escrito para justificar la inasistencia del niño, En horas de la tarde la A. Educativo se comunico via whatPP manifestando la madre que el dia martes- 25-11-2025- el niño asistira al C.D.I	A. Educativo	Luz Emilia Parada.

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Matias Martinez **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Jardin 1. **AGENTE EDUCATIVO:** Milena R.

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 1 - Abril - 2023

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
VIERNES 14-Nov/23	Siendo las 7:00am del presente dia la madre del usuario Matias Martinez se comunico via Wha. tapps manifestando que su hijo no asistiro el dia de hoy por motivo de salud presenta mucho tos y malestar general.	El niño Matias asistio el dia martes 14-Nov/2023, sin ninguna novedad, se evidencia que presenta tos con mucha Flema.	A. Educativo fyz Enth. Parcela. y Madre de Flia.	
Miercoles 19-Nov/2023	Siendo las 8:20am del presente dia la madre del niño se comunico via whatapps manifestando que su hija no asistiia el dia de hoy por motivos de Salud. Presenta mucha tos, y el dia de hoy esta lluvioso y muy Frio	• A. Educativo le recomiendo a la madre Solicitar cita medica, no automedicar al niño y enviar permiso por escrito. El niño asistio normalmente al C.D.I el dia. 20-Nov/2023 sin ninguna novedad!		

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Eliam Matias Martinez UNIDAD DE ATENCIÓN: Jardin AGENTE EDUCATIVO: Milena Rendon

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 1-Abril-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)
MIERCOLES 22-OCT/2025	Siendo las 8:18am, la madre del niño Matias se comunico via whatapps manifestando que su hijo no asistira el dia de hoy por motivo de asunto Familiar	· A. Educativo le recuerda a la madre presentar permiso por escrito para justificar la inasistencia del niño. El niño Matias Martinez asistio normalmente al C.D.I sin ninguna novedad. Se procede a realizar el cierre la novedad.	A. Educativo	
MIERCOLES 29-10-2025	Siendo las 8:20am del presente dia A. Educativo se comunico via whatapss con la madre del niño, ella manifiesta que su hijo no asistira el dia de hoy por motivo de la lluvia, no cuentan con transporte para venir a dejar al niño.	· A. Educativo le recuerda a la madre presentar permiso por escrito para justificar la inasistencia del niña	A. Educativo	

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Eliam Matias Martinez UNIDAD DE ATENCIÓN: Jardin-1. AGENTE EDUCATIVO: Milena Rendón

MUNICIPIO: San Migud FECHA DE INGRESO: 1-Abril-2023

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
MIERCOLES 15-OCT/202	Siendo las 8:40am A. Educativo Se comunico por medio de llamada, quien contesto es el padiastro del niño y manifiesta que el niño no asistio por motivo de asuntos Familiares	En horas del dia 4:30pm Agente educativo Se comunico via whatapps, madre manifiesto que su hijo se encuentra bien de Salud que el dia jueves- asistio al C.D.I normalmente. El dia jueves- 16-10-2023 el niño Matias asistio normalmente en compañia de su madre. se procede a realizar lo novedad.	A Educativo	

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Elpam Matias Martinez UNIDAD DE ATENCIÓN: Jardin 1. AGENTE EDUCATIVO: Milena Rendon

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 1-Abril 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 3-10-2025	Siendo las 8:20am A. Educativo intento comunicarse con la madre del niño, para conocer el motivo de su inasistencia pero no fue posible no respondan a la llamada, se dejo un mensaje por medio de whatapps esperando respuesta	En hora de la mañana 10:00am madre se comunico via whatapp manifestando que su hijo no asistio por motivo de malestar general por la gripe y tambien por los cambios Climatiços de lluvia. En horas de la tarde A. Educativo Se comunico via whatapps madre manifiesto que su hijo esta mucho mejor. de salud.	A. Educativo	Luz Emilia.
VIERNES 3-10-2025	El dia viernes 3-10-2025 en horas de la mañana Agente Educativo le recuerdo a la madre solicita cita de higiene oral ya que la proxima cita la tiene para el dia miercoles 8-oct/2025.	El dia lunes 6-de oct/2025, la madre informa que le agendaron la cita higiene oral: jueves-9-de oct/2025 El dia jueves-9-10-2025 Siendo las 3:50pm, la madre del niño Matias hace entrega la Fotocopio del carnet higiene oral de su hijo actualizado. se anexa a la carpeta y se procede a cerrar la novedad.		

E.S.E. Hospital Fronterizo LA DORADA NIT 846002108-8	RECORDATORIO DE CITA Eliam matias.	**Código:** GAU-FR-009 **Versión:** 001
PROGRAMA:	Higiene oral.	
FECHA:	Jueves 9- octubre.	
HORA:	3:00 pm	
PROFESIONAL:	Liliana.	

- **Recuerde estar 30 minutos** antes de la hora de la cita para **FACTURAR**, de lo contrario su cita será **CANCELADA**.
- Para cancelar o reprogramar su cita comunicarse al **3174276879** (de 9:00-11:00 a.m. y de 2:00-4:00 p.m.), WhatsApp (3:00-5:00 p.m.) o de forma presencial (7:00-10:00 a.m)
- Traer el documento de identidad o copia y autorización del servicio cuando se requiera.
- **En Odontología e Higiene Oral: menores de 13 años deben acudir con adulto responsable; de 14 a 17 años sin acompañante, solo se realizará atención de higiene oral**

Mi Prioridad Es Tu Salud

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Eliam Matias Martinez **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Jardin 1 **AGENTE EDUCATIVO:** Olga Rendon

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

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
Miercoles 10-09-2023	Durante el llamado a lista se encuentra que el niño no asistio al CDI.	Se realiza llamada telefonica a la madre para conocer el motivo de la inasistencia y la madre no responde la llamada, se deja mensaje solicitando información del niño. • El dia miercoles 10-09-2023 la madre se comunico por medio de whatapps a las 9:30am manifestando que se le presento un asunto personal por eso el niño no pudo asistir. • El dia jueves 11-09-2023 el niño Jordy asistio normalmente sin ninguna novedad. se procede a realizar el cierre de la novedad.	A. Educativo	Luz Enith Poveda

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
MARTES 30-09-2025	El dio martes 30-09-2025 del presente dia el niño Matias Martinez no asistio al CDI, motivo desconocido para el A. Educativo ya que en el Municipio no contamos con servicio de señal telefonico ni conexion de WiFi El dia 1- octl 2025- el niño asistio normalmente sin ninguna novedad algona, se le recomienda a la madre avisar con anticipación cuando el niño no va asistir al CDI para asi realizar la novedad. El dia martes- 30-09-2025, se le recuerda a la madre solicitar cita de higiene oral proxima cita el dia- 8-10-2025. A. Educativo F. Flia.

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Eliam Matias Martinez UNIDAD DE ATENCIÓN: Jardin 1. AGENTE EDUCATIVO: Milena Rendon

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 1- Abril -2020

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 2-09-2025	Siendo las 8:10am, del presente día la madre del usuario se comunico via whatapps, manifestando que su hijo no asistira el dia de hoy por motivo que se encuentro delicado de salud. presenta Fiebre	A. Educativo le recomienda a la madre, si los sintomas persisten solicitar cita medica y ingresarlo por el area de urgencias. • Siendo las 4:00pm. A. Educativo se comunico con la madre via whatapps., ella manifiesta que el niño esta mucho mejor, que ella lo llevo a la Farmacia y le recetaron medicamento para las amigdalitis. • El dia miercoles - 3-09-2025 el niño Matias Martinez asistio normalmente al C.D.I presenta un poco de tos. se procede a realizar el cierre de la novedad	A. Educativo.	• For Enith.

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
Martes 26-Agosto-2025	El dia martes-26-Agosto-2025- el niño Matias Martinez asistio al C.D.I se observo que el niño esta decaido y manifiesta que le duele la cabeza y dolor abdominal se le recomiendo a la madre llevarlo a caso o ingresarlo por el area de urgencias ya que el niño en dos ocasiones presenta dolor abdominal. En horas de la tarde del presente dia, madre manifiesto que su hijo esta mucho mejor que no presento dolor abdominal, que le estan realizando nebulizacion particular en la Farmacia ya que presenta mucha tos y gripe.
Miercoles 27-08-2025	El dia miercoles 27-Agosto-2025, el niño Matias asistio al C.D.I normalmente un poco agripado en espera como siga durante la jornada pedagogica madre refiere que el niño ha presentado diarrea en la tarde, se debe estar pendiente si presenta dolor abdominal. Luz Enith. M. Fia. A. Educativo

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Eliam Matias Martinez UNIDAD DE ATENCIÓN: Jardin 1 AGENTE EDUCATIVO: Milena Rondon

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 1-Abril-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)
Lunes 18-08-2025	Siendo las 11:45am dd presente dia d niño Matias Martinez presento dolor abdominal. Agente Educativo se comunico con la madre dando a conocer la novedad.	• Siendo las 4:50pm A-Educativo Se comunico via whatappp madre refiere que el niño no volvio a presentar dolor abdominal solo presenta dolor de garganta. • El dia miercoles 20-08-2025 El niño Matias Martinez asistio normalmente al C.D.I apa- rentemente bien de salud. Se procede a realizar el cierre de la novedad.	A-Educativo	Jhonater Gonzalez.
Martes 25/08/2025	Siendo las 10:30 am madre de familia se acerca al CDI con el fin de llevar al niño a realizar diligencias Personales. lamenta que la llegada porque en hora de la tarde no tiene quien lo recoja.	Apoyo Psicosocial informa a la agente educativa lo reportado por la madre de familia y se procede a entrega al niño a madre de familia y se hace firmar novedad de Salida.	Apoyo Psicosocial.	Luz Enith Pourda.

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Eliam Matias Martinez UNIDAD DE ATENCIÓN: Jardin 1. AGENTE EDUCATIVO: Milena Rendon

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 1 - Abril - 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 2-Dic/25	Siendo las 8:50am del presente dia la madre se comunico via whatapps, manifestando que su hijo no asistira por motivos de salud presento mucho tos. que no lo dejo dormir.	• A. Educativo le recomiendo a la madre Solicitar cita medica, no auto medicar al niño. • El dia miercoles - 3. Dic 2025 el niño Matias asistio normalmente sin ninguno novedad se procede a realizar el cierre de la novedad.	A-Educativo	Luz Enith Parada.