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: CDI 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: 1.122.343.706

Fecha nacimiento: 3 | 5 | 2021

Nombres: Paula - Sofía

Apellidos: Díaz Madroñero

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 autorreconoce ( ) Comunidad negra ( ) Rom / Gitano ( ) Palenquero (a) ( ) Raizal

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

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

Departamento residencia: Putumayo

Municipio de residencia: San Miguel

Zona: Urbana

Barrio: los Piados

Vereda:

Sector:

Dirección: Diagonal a la Iglesia Pentecostal

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

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

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

Número de documento: 1.122.341.336

Nombres: Yesica - Andrea

Apellidos: Madroñero Andrade

Pais de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 8 | 8 | 1995

Correo electrónico: Andradeyesica9508@gmail.com

Número de celular: 3106728393

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: Yesica Madroñero A.

Nombre y Firma del profesional que diligencia: OLGA RENDÓN

Observaciones:

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:
Paula Sofia Diaz Madroñero.

Nº DOCUMENTO: 1.122.343.706 **TIPO DOCUMENTO:** RC X CC ___ OTRO ___
FECHA DE NACIMIENTO: 3- Mayo- 2021 **EDAD:** 3 años -11m
LUGAR DE NACIMIENTO: San Miguel (Putumayo)

NOMBRE DE LA UDS: CDI Fronteras de Paz
CODIGO UDS: 86757112697 2 **BARRIO/VEREDA:** Bl 7 de Agosto
FECHA DE INGRESO: _____ **FECHA DE RETIRO:** _____

SISBEN: A5 (PM) **EPS:** Emssanar **RÉGIMEN (C)**__ **(S)** X
DESPLAZADO: SI___ **NO** X **DISCAPACIDAD: SI**___ **NO** X **¿CUAL?** _____
GRUPO ETNICO: SI___ **NO** X **¿CUAL?** _____
GRUPO AFROCOLOMBIANO: SI___ **NO** X **¿CUAL?** _____
NOMBRE DE LA MADRE: Yesica Andrea Madroñero Andrade
Nº CÉDULA: 1.122 341.336 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Miguel
NOMBRE DEL PADRE: William Fernando Diaz Diaz
Nº CÉDULA: 1.061.787.812 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Popayan
Nº DE CELULAR: 3108935867
NOMBRE DEL ACUDIENTE: Yesica Andrea Madroñero Andrade
Nº CÉDULA: 1.122.341.336 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Miguel
DIRECCIÓN VIVIENDA: Bl los prados **ZONA POBLACIONAL: (R)**___ **(U)** X
NUMERO DE CELULAR 3106728393

Yesica Madroñero A. — **FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE**

OLGA RENDÓN — **NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO**

13

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO
Número: **N** 1442818

NUIP 1.122.343.706

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
DIAZ MADROÑERO PAULA SOFIA

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)											Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año	2	0	2	1	Mes	M	A	Y	Día	0	3	FEMENINO	O +

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

Fecha de Inscripción (Mes en letras)											Indicativo serial
Año	2	0	2	1	Mes	M	A	Y	Día	0	6	0061318454

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
MADROÑERO ANDRADE YESICA ANDREA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.122.341.336	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
DIAZ DIAZ WILLIAN FERNANDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.061.787.812	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
DIAZ DIAZ WILLIAN FERNANDO

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.061.787.812

Espacio para notas
VALIDO PARA TRAMITES LEGALES Y CIVILES

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio
COLOMBIA PUTUMAYO SAN MIGUEL(LA DORADA) | Código: X 6 Z

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)											
Año	2	0	2	1	Mes	M	A	Y	Día	0	6

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
Adhesivo Copia Registro Civil
26209283 0

Nombre y firma del funcionario

ROY EDISON CALLE QUIRAMA

Registrador del Estado Civil

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.122.341.336**

MADROÑERO ANDRADE

APELLIDOS

YESICA ANDREA

NOMBRES



FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-AGO-1995**

SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.62	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

14-NOV-2013 SAN MIGUEL(LA DORADA)

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-6401800-01132095-F-1122341336-20200213 **00700**94295A 1 9911656163

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.061.787.812**

DIAZ DIAZ

APELLIDOS

WILLIAN FERNANDO

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **04-ENE-1996**

EL TAMBO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 ESTATURA | **A+** G.S. RH | **M** SEXO

04-FEB-2014 POPAYAN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1100100-00551856-M-1061787812-20140304 0037553709A 2 42053566

Acudiente 26



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 59.280.085
DIAZ ZAMBRANO
APELLIDOS
ADIELA
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 01-JUL-1974
SAMANIEGO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.51 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
31-MAY-1993 SAMANIEGO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO

A-6401800-00156475-F-0059280085-20090517 0011506266A 1 25624443

Acudiente 27

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **97.445.676**

MADROÑERO JOAGINOY

APELLIDOS

HECTOR GERARDO

NOMBRES

H. Gerardo Madroñero

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-DIC-1972**

CUMBITARA
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

30-NOV-1995 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-6401800-00190806-M-0097445676-20091027 **0017**485213A 1 8190103483

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 26/03/2025

Ficha: 86757674952700008101

A5

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: PAULA SOFIA

Apellidos: DIAZ MADROÑERO

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122343706

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 01/04/2024

Última actualización ciudadano: 01/04/2024

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARIA ZORAYDA LINARES MONTERO

Dirección: Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libertad

Teléfono: 4210537 - 3213138790

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

ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1122343706
NOMBRES	PAULA SOFIA
APELLIDOS	DIAZ MADROÑERO
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	03/05/2021	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/11/2025 14:40:09	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

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...Sanos



E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

Nombres: PAULA SOFIA	Apellidos: DIAZ MADROÑERO
Fecha de nacimiento: 03 | 05 | 2021	Historia Clínica: 1122343706
Barrio/Vereda: BARRIO LOS PRADOS	Responsable del niño: Yesica Madroñero
Teléfono: 3106728393	EPS: EMSSANAR

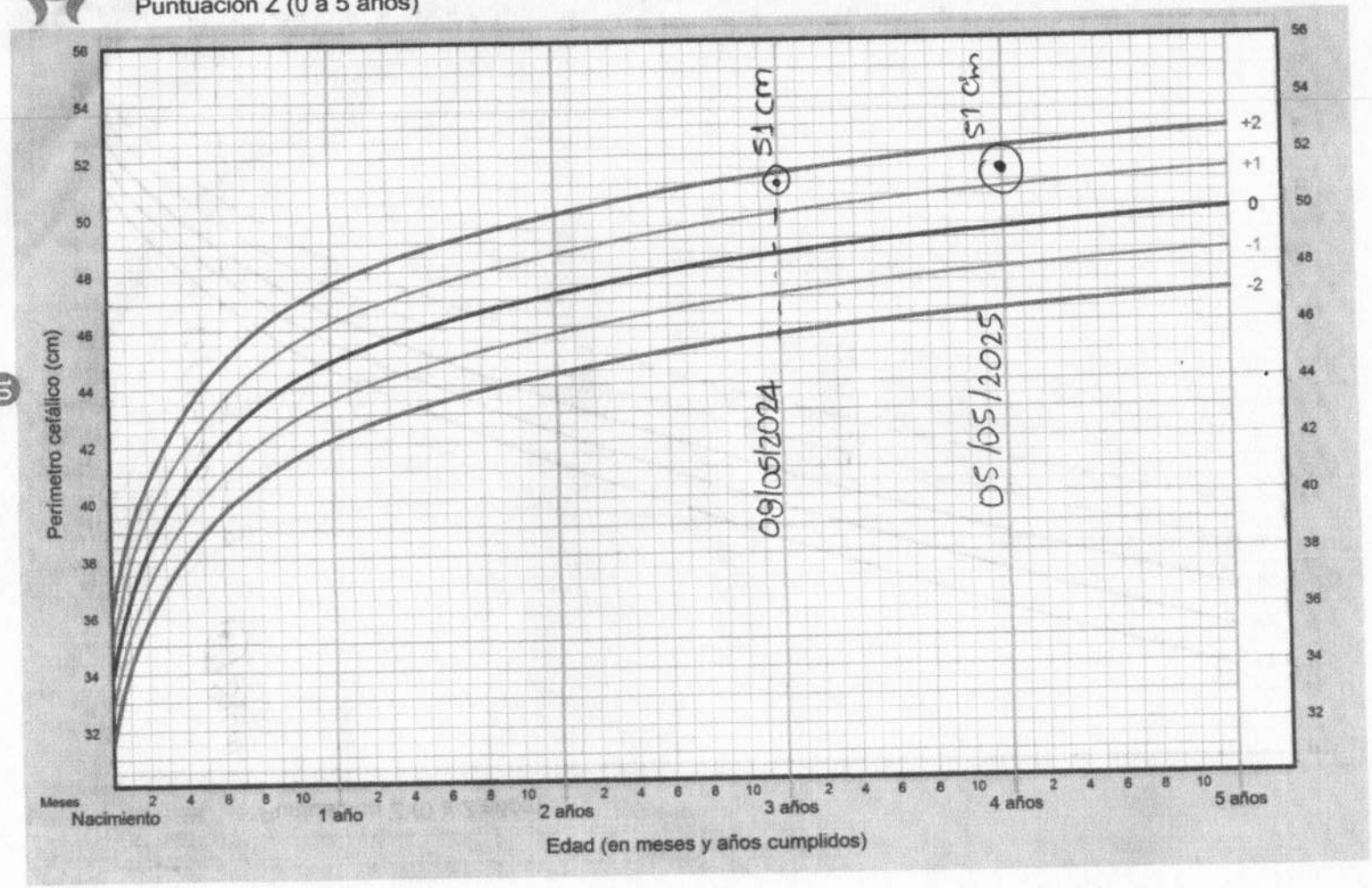
CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
10-11-23	11	23	Jefe	✓	
03	MAYO	24	Medico		
08	MAYO	3	Medico	✓	
05	Mayo	2025	Enfermería	✓	Plan
05	Mayo	2026	Medico		

72

Perímetro Cefálico Niñas

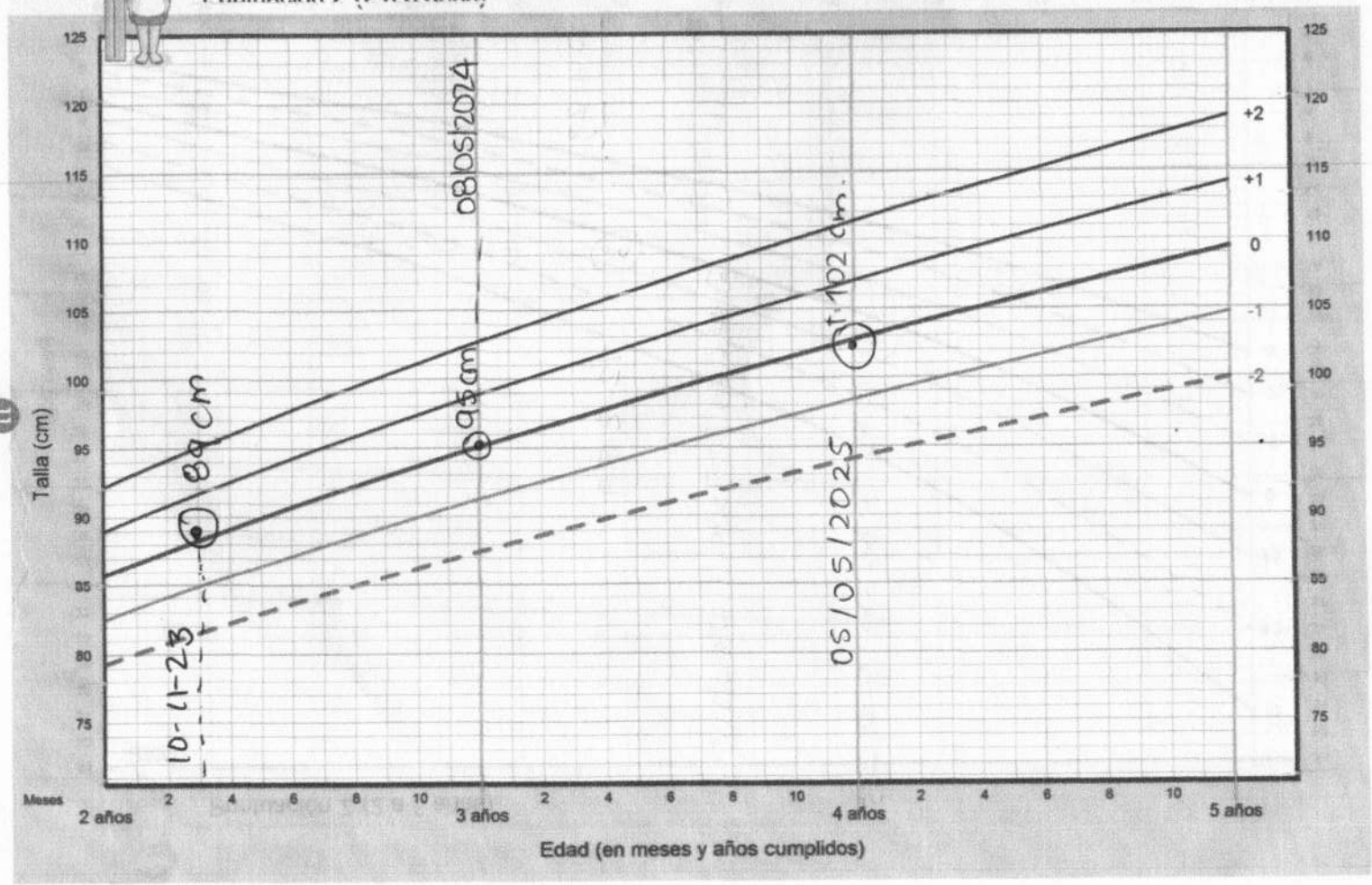
Puntuación Z (0 a 5 años)



13

Talla para la Edad Niñas

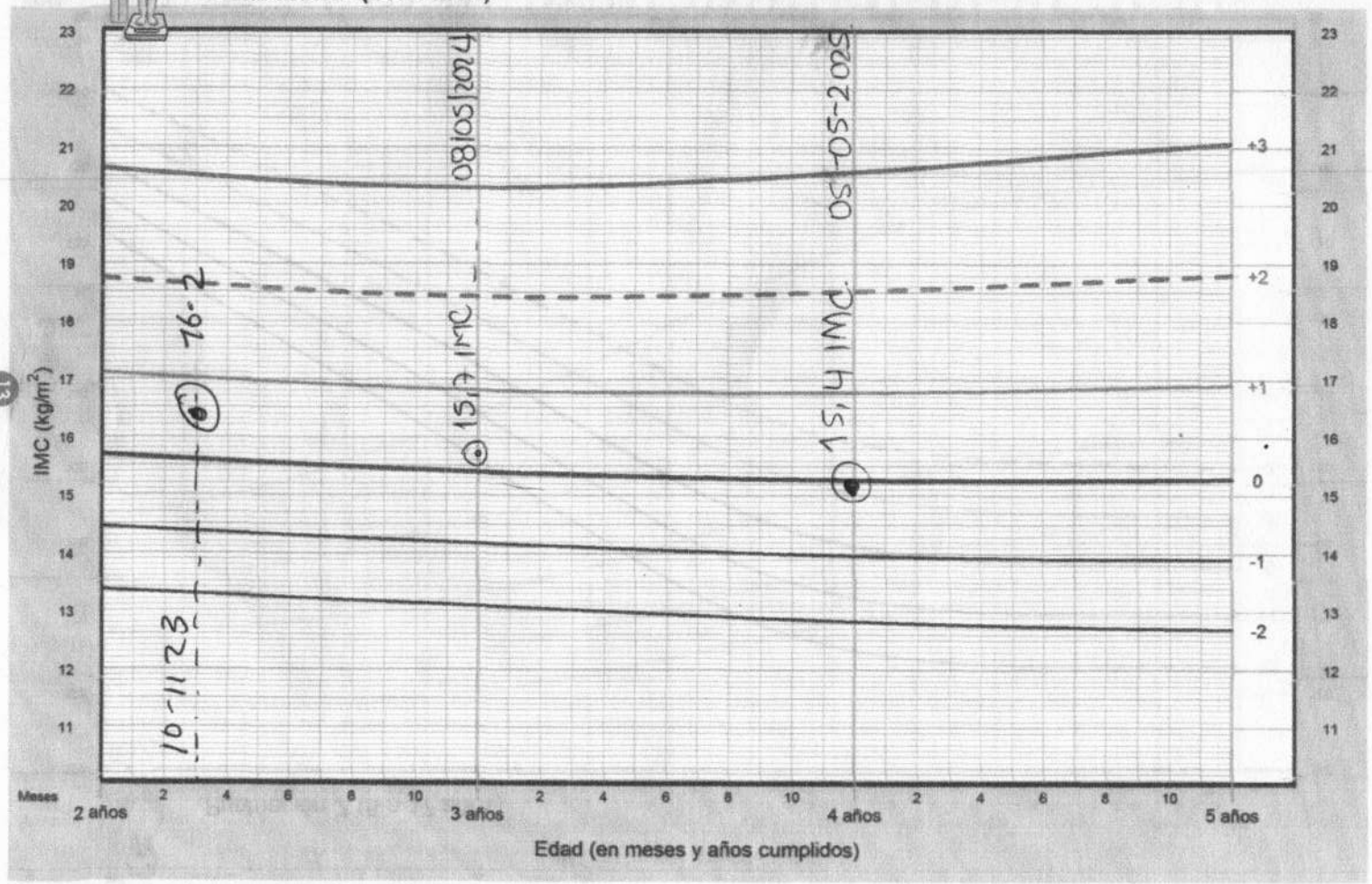
Puntuación Z (2 a 5 años)



14

IMC para la Edad Niñas

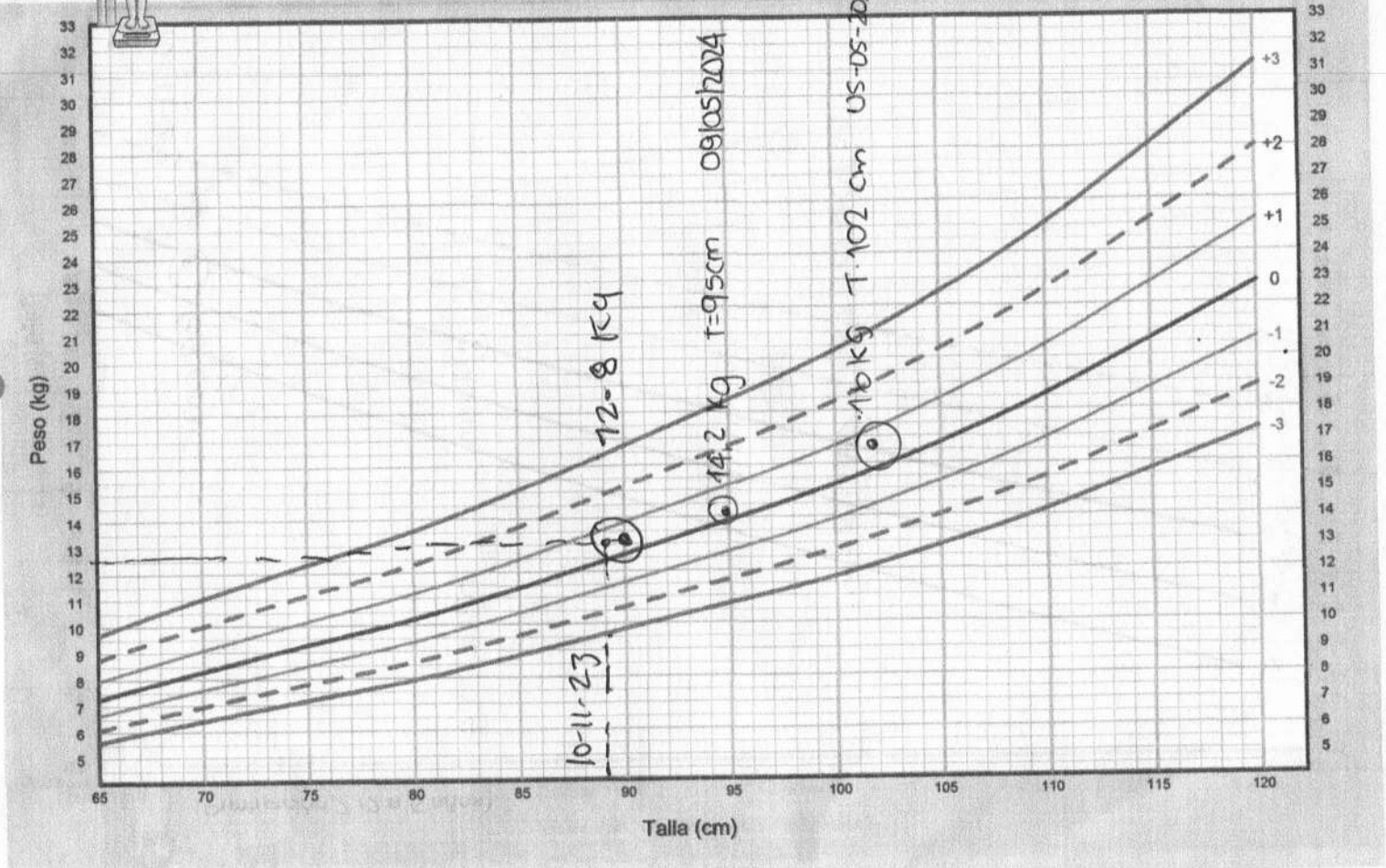
Puntuación Z (2 a 5 años)



15

Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
10-11-2023	12 8	89	49.4	52	16.2	03-mayo-24	Diana Ramos.
08/05/2024	14,2	95	51	96	15,7	08/05/2025	M.F.Cla
05/05/2025	16.	102	51	17	15.4	05/05/2026.	D.I.Cla

A

		PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) Ó AÑOS (A)												
			5 DIAS	1 M	2-3 M	4-5 M	6-8 M	9-11 M	12-17 M	18-23 M	24-29 M	30-35 M	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										4-5-23		05-05-25	
		Atención en salud bucal por odontología										10-11-23			
		Promoción y apoyo de la lactancia manterna													
PROTECCIÓN ESPECÍFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de fluor									18-11-23	06-03-2024	X 18-09-24		
		Profilaxis y remoción de placa bacteriana									18-11-23	06-03-2024	18-03-25		
		Aplicación de sellantes (según criterio)										06-03-2024	X 26-03-2025	25-03-2026	
	V	Vacunación											X		

Lizeth Jiménez Trujillo
Enfermera Profesional
Reg. 22083
Universidad de Caldas

Yuly Vanessa Correa Rodriguez
ENFERMERA PROFESIONAL
C.C. 1094929731

Stephanny Ramirez Ramirez
ODONTOLOGA
T.P. 1094950544
C.C. 1094950544

Proximo control 04-05-2026

05-05-2025 => Agudeza visual: Normal 20/20

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

JINA A. BELALCAZAR FLOREZ
Gerente

CARNET RIAS PRIMERA INFANCIA

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

Servimos con amor



Nombres y apellidos: Paula Sofia Diaz Nadiñeiro

Doc. de identidad: 1122343706 EPS: Emssanar

Teléfono: 3106728393 Domicilio: B/ los Prados

RV
18

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	3-Mayo-2021	Serum	0320002	HFID		Karen A
	Hepatitis B	Recién nacido	3-Mayo-2021	Serum	017843	HFID		Karen A.
	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐					cita	
2 Meses	Polio (Oral - IM)	1ª	07-07-2021	Serca	2017004	HFID	3/jun/2021	Paula.
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	07-07-2021	Bick	28504018	HFD		Ana Legarda
	Rotavirus	1ª	07-07-2021	GSK	A21CA7LF	HFD		Ana Legarda.
	Neumococo	1ª	07-07-2021	GSK	ASPNB328	HFID		Ana Legarda
	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
4 Meses	Polio (Oral - IM)	2ª	07-09-21	Biological	2017004	HFID	cita	Paula C
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	07-09-21	Serum	28504018D	HFID	07-Sep 2021	Paula C.
	Rotavirus	2ª	07-09-21	GSK	A21VC7LF	HFID		Paula C.
	Neumococo	2ª	07-09-21	GSK	ASPNB316A	HFID		Paula C.
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.							
	Polio (Oral - IM)	3ª	11-11-2021	Serum	2017004	HFID		Karen A
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	11-11-2021	Serum	28504018D	HFID		Karen A.
	Influenza	1ª	2-8-2021	Green	VS0222005	HFID		Denis N.
7 Meses	Influenza	2ª 1D	06106128	Green	V25023C01	HFID		Mayerly V
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	05-05-22	Serum	013B12B3	HFID		Paula C
	Fiebre Amarilla	1ª	05-05-22	Sanofi	VSES7	HFID		Paula C
12 Meses	Neumococo	Refuerzo	05-05-22	Serum	ASPNB315A	HFID		Paula C
	Influenza	Anual 2014-07-23		Green	V30523001	HFID		Paula C
	Hepatitis A	ÚNICA	5-05-22	MSD	006752	HFID		Paula C.
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª Refuerzo	17-02-23	Serum	28204015A	HFID		Dennis N
	Polio (Oral - IM)	1ª Refuerzo	17-02-23	Serum	2141014	HFID		Dennis N
5 Años	Polio (Oral - IM)	2° Refuerzo						
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2° Refuerzo						
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1 Refuerzo	17-02-23	Serum	013D133B	HFID		Dennis N.
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª						
	VPH	2ª						
	VPH	3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis	Varicela	Vcl	05-05-22	merck	006174	HFID		Paula C
	Sarampion y Rubeola		2-8-22	012W134		HFID		Denis N

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

PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO			
IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA			
Al momento de nacer	Fecha:		
PRIMER CONTROL MÉDICO			
Durante el primer mes de vida	Fecha:		
SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA			
Edad	Fecha de cita programada	Fecha en que asistió	Profesional que atendió
1 a 3 meses			
4 a 6 meses			
7 a 9 meses			
10 a 12 meses			
13 a 16 meses			
17 a 20 meses			
21 a 24 meses			
25 a 30 meses			
31 a 36 meses			
37 a 48 meses			
49 a 60 meses			
61 a 66 meses			
67 a 72 meses			
73 a 78 meses			
79 a 84 meses			
8 años (1)			
8 años (2)			
9 años			

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

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

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

Valor reportado TSH:	
Fecha verificación:	
Profesional que verificó:	

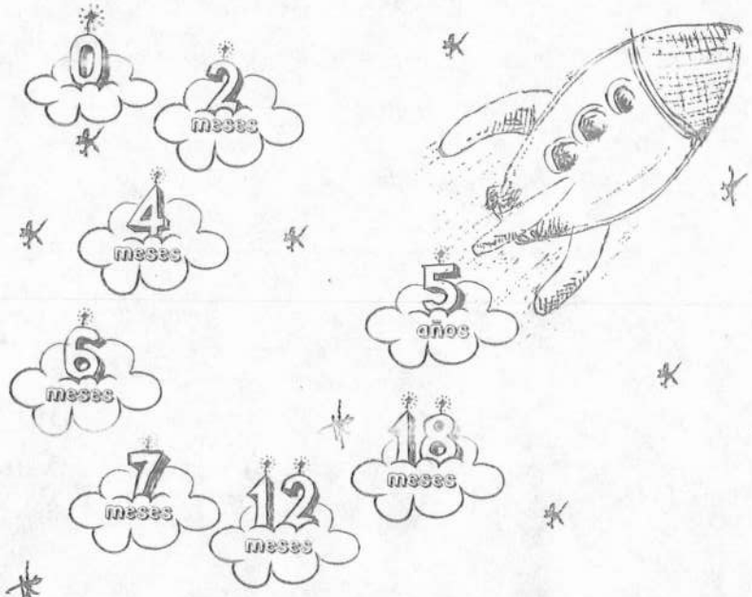
Exíjalo

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

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

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

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



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

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

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

AIEPI
Porque mi vida hoy que protegerla hoy

de cero a Siempre

Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Dulce Maria Diaz Madroñero
Fecha de nacimiento: 31/05/2021
Nº de certificado de nacido vivo: _____
Registro civil: 1122343706
Sexo: Femenino
Grupo sanguíneo: _____
Peso al nacer: _____
Dirección: Bllos Pados
Teléfono: _____
Responsable: Jesica Madroñero
1122341336
Municipio de residencia: San Miguel
Departamento: Putumayo

118

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

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

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

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL

La salud es de todos | Minsalud

CIUDAD Porada FECHA: DÍA 30 MES 04 AÑO 2025 HORA: 4:24 Pm

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Paula Sofia APELLIDOS Diaz Madroñero

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1122343706

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 3 MES: 05 AÑO: 2021 / EDAD: 3 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Emssanar Tel: 3106728393

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)

Madre no autoriza

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

EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD

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

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

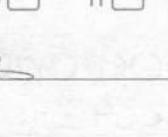
En consecuencia, decido: **ACEPTAR:** ____ que se me aplique la vacuna. **NO ACEPTAR:** X que se me aplique la vacuna.

Firma de la persona: 

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

Nombres Yesica Andrea Apellidos Madronero Andrade

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1122341336

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: Kerly Gimenez

Firma Kerly Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1075682134

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS):

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.

22

		PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) ó AÑOS (A)												
			5 DIAS	1 M	2-3 M	4-5 M	6-8 M	9-11 M	12-17 M	18-23 M	24-29 M	30-35 M	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										4-5-23		05-05-25	
		Atención en salud bucal por odontología										10-11-23			
		Promoción y apoyo de la lactancia manterna													
PROTECCIÓN ESPECÍFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de fluor									8-X-23	06-03-2024	X 18-09-24		
		Profilaxis y remoción de placa bacteriana									18-X-23	06 SEP 2024	X 18-09-24		
		Aplicación de sellantes (según criterio)											X 18-09-24 26-03-2025 26-SEP-2025		
	V	Vacunación													

Lizeth Jiménez Trujillo
Enfermera Profesional
Reg 22083
Universidad de Caldas

Ruby Vanessa Correa Rodriguez
ENFERMERA PROFESIONAL
C.C. 1094929731

Stephanie Ortega
ODONTOLOGA
29-09-2025 570
29-09-2026

Proximo control 04-05-2026

05-05-2025 => Agudeza visual: Normal 20/20

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

JINA A. BELALCAZAR FLOREZ
Gerente

CARNET RIAS PRIMERA INFANCIA

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

Servimos con amor



Nombres y apellidos: Paula Sofia Diaz Nadiñeiro

Doc. de identidad: 1122343706 EPS: Emssanar

Teléfono: 3106728393 Domicilio: Bl los Prados

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 Paula Sofia Diaz Madroñero, identificado (a) con documento de identidad número 1.122.343.706, 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, Yesica Andrea Madroñero Andrade quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1122 341 336, 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 Modalidad Institucional

Suscriben:

Firma: _____
Nombre: Yesica Madroñero A.
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



Paula Sofia. Diaz.

"Generamos Desarrollo con Energía"

Vigilado Superservicios

Código de Suscripción	SM_50582 - 0	Pago oportuno hasta:	02-ABR-25	Mes Facturado
Factura Nro.	2037044121 - 34	Suspensión a partir de:	03-ABR-25	MAR/2025

1.Información General

Nombre:	YESICA ANDREA MADROÑERO ANDRADE	Cédula de ciudadanía 1122341336 6	Último pago	$ 39,790
Dirección:	BARRIO LOS PRADOS	Tuve servicio de energía entre:	19-FEB-25 - 19-MAR-25 (28)	

Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Área	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Código Tarifa	División Geopolítica
SM1	S109	129	1	RESIDENCIAL	URBANA	1	2.1	A	SP	105	SAN MIGUEL

Tipo de Documento	Fecha y hora de Emisión	Fecha y hora de Generación	Medio de Pago	Forma de Pago	Factura Electrónica de Venta
FACTURA DE VENTA	22-MAR-25	22/03/2025 12:00:00 AM	PAGO EN EFECTIVO	PAGO DE CONTADO	EEBP 169404

2.Información Consumo Energía

Componentes de Costo (CU): Generación 527.6001 + Transmisión 49.9467 + Distribución 253.2346 + Comercialización 121.9495 + Pérdidas 70.7933 + Restricción 14.6756 = CU 1038.1 ($/KwH)

2A.Información Medidor

Marca	Serial	Factor Múltipio
UNI	2000134831	1

2B.Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	891	811
Reactiva:		

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

2C.Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh: 80
Consumo Reactiva KVarh:
Costo del consumo $ 83048
Tarifa (hasta 173 Kwh): 415.24
Subsidio: % 60 $ -49828.8
Contribución: % $
Sub Total $ 83048

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

2D.Consumo Últimos 6 Meses

01-FEB-25	118
01-ENE-25	97
01-DIC-24	103
01-NOV-24	101
01-OCT-24	81
01-SEP-24	62

101

2E.Información Calidad del Servicio

Tel. O.R EEBP: 01 8000 942415
Transformador: SLD103 Grupo: 22
DIUG: 30.24 FIUG: 19 Circuito: C14
Cargo D: 249.0104 Dscto %t: 20
CEC: 107.1447
DIU: 63.1093 FIU: 74
HC: 7.6287 VC: 8
Valor a Compensar: 10672.0586

3.Información de Créditos EEBP

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

Gerente General

4.Detalle Conceptos del Servicio de Energía

Conceptos EEBP	Valor Liquidado	Saldo Anterior	Saldo a Favor o Anticipado	Total
100 - ACTIVA SENCILLA MONOMIA	83048	0	0	83048
200 - SUBSIDIO de 0-173 KWH 60.00%	-49828.8	0	0	-49828.8
410 - COMPENSACION RES.CREG_015/2018	-10672.06	0	0	-10672.06
520 - AJUSTE A LA DECENA	3.86	0	0	3.86

5.Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP 22551

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	5449	0	5449

7.Información Facturación Convenio Aseo y Alcantarillado

Concepto	Empresa	Dirección PQR	USO	Valor Tarifa	Subsidio o Factor Solidario	Cargo Consumo o Variable	Valor Tasa Ambiental	Saldo Anterior	Ajustes / Otros	Valor Total
Alcantarillado						0	0		0	
Aseo*						0	0		0	

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

8.Información Facturación Otros Convenios

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

Total EEBP 22551 + Total Impuesto Alumbrado público 5449 + Total Aseo y/o Alcantarillado 0 + Total Otros Convenios = Debo pagar en Total 28000

CUFE: d35488d228369844bb68c58a62bd5325704793a0544e251719f598e49193c8855c88cc69386b4deaccfcc4fac81179e7

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

www.eebpsa.com.co @eebpsaesp /eebpsa

(415)7709998005532(8020)100020370441213O(3900)0000028000(96)20250402

Esta Factura presta Mérito Ejecutivo de acuerdo a las Normas del Derecho Comercial Ley 142 Art. 130
Proveedor Tecnológico dispapeles S.A.S. NIT 860.028.580-2 Software (ref1-ej:*

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre RV 27

Ciudad La Dorada (San Miguel PMO)

Nombre completo de la niña o niño Paula Sofia Diaz Madroñero

Fecha de nacimiento Día 3 Mes 05 Año 2021 **N° Documento de Identidad** 1.122.343.706

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Olga Milena Rendón hija unica

Fecha de registro cualitativo Día 2 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 la niña que cada vez es más cooperante y se integra en juegos de roles con sus pares, proponiendo que juegos quiere realizar, su comunicación verbal y no verbal es acorde a su rango de edad.

- Narra situaciones de manera Coherente vividas en su hogar y en su entorno que lo rodea.
- se continuara Fortaleciendo su motricidad Fina y gruesa.

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 3 Mes 10 Año 2025

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

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

Observaciones generales

- Se evidencia en la niña Paula Sofia Fortalezas ha mejorado su coordinación motora, le agrada participar de una cada una de las estrategias pedagogicas, ya intenta realizar dibujos rudimentarios y hace una descripción de su dibujo.
- le gusta imitar a diferentes personajes como: a Mohana, la Barbie.

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

SECRETARIA DE EDUCACIÓN DE PUTUMAYO "Construyendo región con educación"	FORMATO DE INSCRIPCIÓN	Página 1 de 1 Código: C03.03.F01 Versión: 1.0	
Macro proceso: C Gestión de la Cobertura Educativa			

Fecha: 10-11-2025 No. De inscripción: 19 Grado al que se inscribe: 0 Municipio: San Miguel E. Educativo I.E.R. Agua Clara

DATOS DEL ESTUDIANTE

APELLIDOS: Diaz Madroñero NOMBRES: Paola Sofia

LUGAR DE NACIMIENTO: La Dorada (San Miguel) FECHA DE NACIMIENTO: DÍA 03 MES 05 AÑO 2021

Genero: M ☐ F ☒ EDAD: 4-6 años Tipo de Documento: RC ☒ TI ☐ CC ☐ PE ☐ CE ☐ Cer. Cab. ☐ NES ☐

No. Documento 1122343706 EXPEDIDA EN San Miguel Pty.

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

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

INSTITUCIÓN: PÚBLICA ☐ PRIVADA ☐ REPITENTE? SI ☐ NO ☐

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

NOMBRES ____ GRADO ____

NOMBRE DE LA EPS A LA CUAL ESTÁ AFILIADO Emssanar

DISCAPACIDADES: AUDITIVA ___ VISUAL ___ MOTORA ___ COGNITIVA ___ AUTISMO ___ MÚLTIPLE ___ OTRO ___

CUAL ____ TIPO DE SANGRE: O+ (Si presenta alguna discapacidad favor presentar certificado médico)

¿PERTENECE A UNA ETNIA? SI ___ NO X ¿CUAL? ____ LENGUA MATERNA: ____

A QUE RESGUARDO PERTENECE? ____

NIVEL SISBEN A5 ESTRATO 1 ¿PERTENECE A FAMILIAS EN ACCIÓN? SI X NO ___

¿HIJO VETERANO FUERZA PÚBLICA? SI ___ NO ___

¿BENEFICIARIOS HÉROES DE LA NACIÓN? SI ___ NO ___

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

DATOS FAMILIARES

NOMBRE DEL PADRE O ACUDIENTE: Willian Fernando Diaz C.C. No: 1061787812 DE El Tambo OCUPACIÓN Empleado Publico

NOMBRE DE LA MADRE O ACUDIENTE: Jesica Madroñero Andrade C.C. No: 1122341336 DE San Miguel OCUPACIÓN Empleada

DIRECCIÓN RESIDENCIA: La Dorada BARRIO: los Prados VEREDA ____ ZONA URBANA X RURAL ____

TELÉFONO CASA ____ TELÉFONO CELULAR PADRE: 3108935867 TELÉFONO CELULAR MADRE 3106128913 TELÉFONO TRABAJO ____

(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 – Una fotografía 3x4.

Jesica Madroñero Andrade.
FIRMA DEL PADRE DE FAMILIA o ACUDIENTE

José Luis Achicanoy M.
FIRMA Y NOMBRE LEGIBLE DE RECIBIDO POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Paula Sofia Diaz **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 25-11-2025	Siendo las 6:40am del presente dia la madre de la usuaria Paula Sofia Diaz, Se comunico via whatapps informando que su hijo no asistira por motivo que en la madrugada presento vomito y diarrea, y malestar general.	. A. Educativo le recomienda a la madre si la niña persiste con estos sintomas ingresarla por el area de urgencias. . En horas de la tarde 4:15pm A. Educativo se comunico via whatapps, la madre manifiesto que la niña esta mucho mejor que el padre de Familia le compro medicina en la Farmacia.	A. Educativo.	

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
Miercoles 26-11-2025	Siendo las 7:40 am del presente dia la madre informo que su hija no asistira por que sigue delicada de salud, la van a llevar a la clinica por particular. Se da a conocer la novedad. a la nutricionista. Siendo las 11:00am la madre se comunico via whatapps con la maestra informando que ha su hija la dejaron hospitalizada y le van a realizar examenes de laboratorio F. Madre Flia. A Educativo
Jueves 27-11-25	Siendo las 8:50 am del presente dia A. Educativo Milena Rendon se. comunico via whatapps con la madre de la usuaria Paula Sofia, ella manifiesta que su hija ya se encuentra en casa recuperandose, que el dia choy no asistio ya que la niña esta de mal comer. pero el dia lunes-1. de Diciembre_2025 asistira normalmente. al C.D.T

JORGE LA HORMIGA S.A.S
on 868650026001 Nit: 900115211-7
L Tel. 098- 4283272 - 3138873678.
DO DE LABORATORIO:.

Folio No: 125329
PACIENTE: DIAZ
IDENTIFICACION: RC112
No HISTORIA: 11223
EMPRESA: PARTI

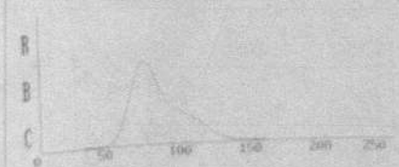
Orden No: 1
FECHA ATENCION: 26/11/2025 11:27 a. m.
: 4 Años 6 Meses
: Femenino
: 03/05/2021
TELEFONO: 3106728393
MUNICIPIO: VALLE DEL GUAMUEZ
DIRECCION: dorada

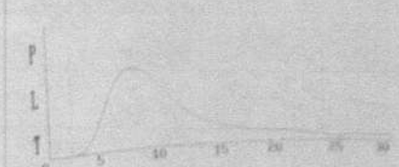
Reporte de Prueba

No.: 25
Nombre: PAULA SOFIA DIAZ
Sexo: Femenino Edad: 4 anos
Tipo de muestra: Sangre completa
Referencia: General
Medico No.: Cama No.: 1122343706
Dept.: PARTICULAR Solicitante:
Inspector: Verificador: LUCY ACOSTA
Test Hora: 11/26/2025 10:19:42

Item	Resultado	Referencia	Nota
WBC	7.97 10^3/uL	4.00-10.00	
LYM#	2.70 10^3/uL	0.60-4.10	
MID#	0.49 10^3/uL	0.10-0.90	
GRA#	4.78 10^3/uL	2.00-7.80	
LYM%	33.9 %	20.0-50.0	
MID%	6.2 %	3.0-10.0	
GRA%	59.9 %	40.0-70.0	
RBC	3.92 10^6/uL	3.80-5.80	
HGB	11.8 g/dL	11.0-16.5	
HCT	35.7 %	35.0-50.0	L
MCV	85.9 fL	80.0-99.0	
MCH	28.6 pg	26.5-33.5	
MCHC	33.3 g/dL	32.0-36.0	
RDW-SD	45.3 fL	35.0-56.0	
RDW-CV	12.0 %	10.0-15.0	
PLT	280 10^3/uL	100-300	
MPV	8.5 fL	7.0-11.0	
PDW	15.8 %	10.0-18.0	
PCT	0.237 %	0.100-0.500	
P-LCR	19.5 %	13.0-43.0	







Banderas:
Imp fecha: 11/26/2025

PROTEINA C REACTIVA:
VR: MENOR 6.0 mg/dl

ANTIGENOS FEBRILES

TIFICO "O": NEG
TIFICO "H" NEG
PARATIFICO "A" NE
PARATIFICO "CH"
BRUCELLA ABORTUS:
PROTEUS 0 X 19: N

PARCIAL DE ORINA:

EXAMEN FISICO QU

COLOR:. . . . .
ASPECTO:. . . .
PH: . . . . . .
DENSIDAD: . . .
PROTEINAS:. . .
SANGRE: . . . .
BILIRRUBINA:. .
CUERPOS CETONICO
NITRITOS: . . .
GLUCOSA:. . . .
UROBILINOGENO:.
LEUCOCITOS: . .

EXAMEN MICROSCOP

CELULAS EPITELIA
BACTERIAS. . . .
LEUCOCITOS . . .
ATIES . . . .
MOCO . . . . .
OBSERVACIONES. .

QUIMICA:

PARAMETRO:

GLICEMIA BASAL:.
OBSERVACIONES:

BAJAS 0-2 XC

AL REFERENCIA:
70 - 105 mg/dl Niños: 30-90 mg/dl

MEDICO: ACOSTA MUÑOZ LUCY ENILSE
ESPECIALIDAD: LABORATORIO CLINICO DE HEMATOL
REG MEDICO: 0481

Fec Impresion: 26/11/2025 12:08:17 p. m. Usuario: LUCY Infosalud Net

RESULTADO DE LABORATORIO:.

32

Folio No: 125329
PACIENTE: DIAZ MADROÑERO PAULA SOFIA
IDENTIFICACION: RC1122343706
No HISTORIA: 1122343706
EMPRESA: PARTICULAR.

EDAD: 4 Años 6 Meses
SEXO: Femenino
FEC. NAC: 03/05/2021

Orden No: 1
FECHA ATENCION: 26/11/2025 11:27 a. m.
TELEFONO: 3106728393
MUNICIPIO: VALLE DEL GUAMUEZ
DIRECCION: dorada

PROTEINA C REACTIVA: 48 mg/dl
VR: MENOR 6.0 mg/dl

ANTIGENOS FEBRILES

TIFICO "O": NEGATIVO
TIFICO "H" NEGATIVO
PARATIFICO "A" NEGATIVO
PARATIFICO "CH" POSITIVO 1/10
BRUCELLA ABORTUS: NEGATIVO
PROTEUS 0 X 19: NEGATIVO

PARCIAL DE ORINA:

EXAMEN FISICO QUIMICO:

COLOR:. . . . . .AMARILLA
ASPECTO:. . . . . .LIG- TURBIA
PH: 5.0
DENSIDAD: 1.020
PROTEINAS:. . . . .NEG
SANGRE: . . . . . .NEG
BILIRRUBINA:. . . .NEG
CUERPOS CETONICOS:.++
NITRITOS: . . . . .NEG
GLUCOSA:. . . . . .NEG
UROBILINOGENO:. . .NEG
LEUCOCITOS: . . . .NEG

EXAMEN MICROSCOPICO:

CELULAS EPITELIALES. .0-2 XC
BACTERIAS. . . . . .+
LEUCOCITOS . . . . . .1-3 XC
HEMATIES . . . . . .0-2 XC
MOCO . . . . . .+
OBSERVACIONES. . . . .CELULAS EPITELIALES BAJAS 0-2 XC

QUIMICA:

PARAMETRO:	RESULTADO mg/dl	VAL REFERENCIA:
GLICEMIA BASAL:.	.62	70 - 105 mg/dl Niños: 30-90 mg/dl
OBSERVACIONES:	.SUERO NORMAL	

Lucy E. Acosta M.
REG. QUIM. BACTERIOLOGA
U. CATOLICA DE MANIZALES

MEDICO: ACOSTA MUÑOZ LUCY ENILSE
ESPECIALIDAD: LABORATORIO CLINICO DE HEMATOL
REG MEDICO: 0481

Fec Impresion: 26/11/2025 12:08:17 p. m. Usuario:

CLINICA SAN JORGE LA HORMIGA S.A.S
codigo de habilitacion 868650026001 Nit: 900115211-7
Dir. CALLE PRINCIPAL Tel. 098- 4283272 - 3138873678.

RESULTADO DE LABORATORIO:.

Folio No: 125334
Orden No: 25
FECHA ATENCION: 26/11/2025 04:38 p. m.

PACIENTE: DIAZ MADROÑERO PAULA SOFIA
IDENTIFICACION: RC1122343706
No HISTORIA: 1122343706
EMPRESA: PARTICULAR.
EDAD: 4 Años 6 Meses
SEXO: Femenino
FEC. NAC: 03/05/2021
TELEFONO: 3106728393
MUNICIPIO: VALLE DEL GUAMUEZ
DIRECCION: dorada

COPROSCÓPICO:
SANGRE OCULTA EN HECES: NEGATIVO
AZUCARES REDUCTORES: NEGATIVO
PH: 6.0

COPROLOGICO:

EXAMEN FISICO QUIMICO:

COLOR. . . . . .CAFE
CONSISTENCIA . . .BLANDO
RESTOS ALIMENTOS .+
ALMIDONES. . . . .ESC XC
GRASAS . . . . . .ESC XC
LEUCOCITOS . . . .NEG
HEMATIES . . . . .NEG
LEVADURAS. . . . .ESC XC
FLORA BACTERIANA .NORMAL

EXAMEN MICROSCOPICO:

Q.BLASTOSITIS HOMINIS . .+

CLINICA SAN JORGE LA HORMIGA S.A.S
codigo de habilitacion 868650026001 Nit: 900115211-7
Dir. CALLE PRINCIPAL Tel. 098- 4283272 - 3138873678.

RESULTADO DE LABORATORIO:.

Orden No: 1
FECHA ATENCION: 26/11/2025 11:27 a. m.

Folio No: 125329
PACIENTE: DIAZ MADROÑERO PAULA SOFIA
IDENTIFICACION: RC1122343706
No HISTORIA: 1122343706
EMPRESA: PARTICULAR.

EDAD: 4 Años 6 Meses
SEXO: Femenino
FEC. NAC: 03/05/2021

TELEFONO: 3106728393
MUNICIPIO: VALLE DEL GUAMUEZ
DIRECCION: dorada

CUADRO HEMATICO

PARAMETRO:	RESULTADO mg/dl	VAL REFERENCIA:
HEMATOCRITO:.	35.7	39 - 51%
HEMOGLOBINA:.	11.8	12,5 - 17,0 g %
LEUCOCITOS:	7.970	4.300 - 10.000 / mm3
NEUTROFILOS:.	59.9	46 - 72 %
LINFOCITOS:	33.9	20 - 47 %
PLAQUETAS:.	280.000	159.000 - 440.000/mm3
MUESTRA 1:.	MID 6.2%	

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Paula Sofia Diaz **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)
Lunes 22-09-2025	El dia lunes- 22-09-2025 A. Educativo le recueido a la madre de la niña, que la proxima cita dela niña para higiene oral es el dia 26-09 2025 Por Favor agendar la cita con anticipacion.	El dia lunes - 29-de 09- 2025 la niña tiene cita de higiene oral. hora: 2:45pm. Se procede a realizar el cierre de la novedad ya que la madre cumplio con la cita y actualizacion del documento higiene oral, se lo Anexo a la carpeta del niña		Jesica. Madroñero

E.S.E. Hospital Fronterizo LA DORADA
NIT. 846002309-9

RECORDATORIO DE CITA Paula.

Codigo: GAU-FR-009
Versión: 001

PROGRAMA:	Higiene Oral.
FECHA:	lunes 29-09.
HORA:	2:45 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.

Nuestro deber es brindarte atención, el tuyo SER PUNTUAL...
Mi Prioridad Es Tu Salud

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Pavla SOFIA Diaz 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 16-09-2025	Siendo las 7:50am del presente dia la madre de la niña Paula SOFIA Diaz Se comunico via whatapps manifestando que su hija no asistira el dia de hoy por motivo que esta mañana presento vomito. y malestar general.	• El dia miercoles 17-sept/ 2025 la niña Paula SOFIA asistio normalmente al CDI se procede a realizar el cierre de la novedad.	A. Educativa	

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Paula sofia Diaz. UNIDAD DE ATENCIÓN: Jardin 1. AGENTE EDUCATIVO: Milena Rendon

MUNICIPIO: San Migud 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)
Jueves 4-09-2025	Siendo las 6:40am del presente A. Educativo recibio un mensaje de la madre de la niña Paula sofia Diaz, manifestando que su hija llegara al C.D.I despues de las 9:00 am por motivo de examenes medicos	Siendo las 9:15am la niña Paula Sofia Diaz se reintegro al C.D.I • Madre informa que su hija debe viajar a la ciudad de Pasto (Nariño) a una cita con especialista en ortopedia la cual viajara el dia de hoy a la 10:00am ya que la cita la tiene a las 8:00am el dia viernes 5- sept/ 2025 es una cita particular. Madre hace entrega de permiso por escrito, se anexa a la novedad.	A. Educativo.	Yesica Madroñero A.

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
VIERNES- 5-09-2025	Siendo las 8:20am del presente dia A.Educativo se comunico via whatapps con el padre de la niña el manifiesta que llegaron esta madrugada a la ciudad de Pasto que en estos momentos se encuentran en la Clinica esperando la atencion con el ortopedista A.Educativa
LUNES 8-09-25	Siendo las 8:00am del presente dia la niña Paula SOFIA DIAZ asistio normalmente al C.D.I sin ninguna novedad, el padre de Familia envio los soportes Clinicos por medio de whatapps. Se procede a realizar el cierre de la novedad.

4 de Septiembre de 2025.

Cordial Saludo

Por medio del presente solicito un permiso para mi hija Paula Sofia Diaz, ya que el dia de hoy Jueves viaja a las 10:00 am a una cita medica con el ortopedista (cita particular) en la ciudad de Pasto Nariño.

El dia lunes ya estare presentando los soportes medicos para justificar la inasistencia de mi niña.

Att: Yesica Madrazero Andrade.