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: 19 | 5 | 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: 1118030457

Fecha nacimiento: 19 | 4 | 2021

Nombres: Valery Solanyi

Apellidos: Nieto Chavez

Presenta discapacidad? ○ Sí ⊗ No

¿Se autoreconoce en alguno de los siguientes grupos étnicos? ○ Sí ⊗ No

¿Se autoreconoce en alguno de los siguientes grupos poblacionales? ○ Sí ⊗ 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: Atumayo

Municipio de residencia: San Miguel

Zona: Rural

Barrio:

Vereda: San Juan Bosco

Sector:

Dirección: 100 metros de la escuela

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: 1.117-964780

Nombres: Lina Gisela

Apellidos: Chavez Tique

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 19 | 7 | 2005

Correo electrónico: chavezgissa93.@gmail.com

Número de celular: 3112099386

Número de fijo:

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

Autoriza el registro en sistema?: https://prematricula.icbf.gov.co ⊗ Sí ○ No

Nombre y Firma del padre, madre y/o cuidador: Lina Yicela Chavez Yicela Chavez

Nombre y Firma del profesional que diligencia:

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:

Valery Solanyi Nieto Chavez

N° DOCUMENTO: 1118030457 **TIPO DOCUMENTO:** RC ✓ CC ___ OTRO ___
FECHA DE NACIMIENTO: 19-Abril-2021 **EDAD:** 4 años
LUGAR DE NACIMIENTO: Florencia - Caqueta.

NOMBRE DE LA UDS: CDI Fronteras de Paz.
CODIGO UDS: 86757112 6972 **BARRIO/VEREDA:** 7 de Agosto.
FECHA DE INGRESO: 19-5-2025 **FECHA DE RETIRO:** ___

SISBEN: ___ **EPS:** ASMET salud **RÉGIMEN (C)** ___ **(S)** X
DESPLAZADO: SI ___ **NO** X **DISCAPACIDAD: SI** ___ **NO** ___ **¿CUAL?** ___
GRUPO ETNICO: SI ___ **NO** X **¿CUAL?** ___
GRUPO AFROCOLOMBIANO: SI ___ **NO** X **¿CUAL?** ___
NOMBRE DE LA MADRE: Lina Gisela Chaver Tique
N° CÉDULA: 1117964780 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Pauji
NOMBRE DEL PADRE: Jhon Jorol Nieto Arias
N° CÉDULA: 1118.024036 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** la Montanita
N° DE CELULAR: 3112099386
NOMBRE DEL ACUDIENTE: Lina Gisela Chaver
N° CÉDULA: 1117964780 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Pauji
DIRECCIÓN VIVIENDA: San Juan Bosco **ZONA POBLACIONAL: (R)** X **(U)** ___
NUMERO DE CELULAR 311 209 93 86.

yicela chavez.
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO

3

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.118.030.457

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 61034804

61034804

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [ ] X Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** W 9 M

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
REGISTRADURIA DE EL PAUJIL - COLOMBIA - CAQUETA - EL PAUJIL.....

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
NIETO.....	CHAVEZ.....

Nombre(s)
VALERY SOLANYI.....

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2021 Mes ABR Día 19	FEMENINO.....	O.....	POSITIVO.

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA CAQUETA FLORENCIA.....

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO.....	16573534-0.....

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
CHAVEZ TIQUE LINA GISELA.....

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
TI 1.117.964.780.....	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
NIETO ARIAS JHON JAROL.....

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.118.029.056.....	COLOMBIA.....

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
NIETO ARIAS JHON JAROL.....

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.118.029.056.....	JHON JAROL NIETO

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 ABR Día 27	JULIO SALAZAR SANDOVAL - REGISTRA
	Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
JHON JAROL NIETO	
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
27776449-0

ESTA REPRODUCCIÓN FOTOMECÁNICA ES FIEL COPIA DE LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURÍA

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

dispapeles 76313

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



NUIP 1.117.964.780

Apellidos
CHAVEZ TIQUE

Nombres
LINA GISELA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.55	F

Fecha de nacimiento
19 JUL 2005

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
CARTAGENA DEL CHAIRA (CAQUETA)

Fecha y lugar de expedición
08 AGO 2023, EL PAUJIL

Fecha de expiración
08 AGO 2033

Firma
Gisela Chavez

.CO

026644327

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL026644327444006<<<<<<<<<<
0507196F3308084COL1117964780<2
CHAVEZ<TIQUE<<LINA<GISELA<<<<<

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.118.029.036**

NIETO ARIAS
APELLIDOS

JHON JAROL
NOMBRES

JHON J. NIETO ARIAS
FIRMA



3172099386
mamá
3124467 80
papá



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **04-DIC-1997**
LA MONTAÑITA
(CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

22-FEB-2016 EL PAUJIL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-4400600-00802665-M-1118029036-20160317 **00490**09453A 1 45729746

cel: 3116504443.

6

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: **20/11/2025**

Ficha: **18256124864200006500**

A5

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: **VALERY SOLANYI**

Apellidos: **NIETO CHAVEZ**

Tipo de documento: **Registro civil**

Número de documento: **1118030457**

Municipio: **El Paujil**

Departamento: **Caquetá**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **04/09/2023**

Última actualización ciudadano: **05/09/2023**

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: **ORLANDO CASTRO MAVESOY**

Dirección: **Calle 5 Carrera 5 Esquina**

Teléfono: **4314080 - 4314090 - 3147597759**

Correo Electrónico: **sisben@elpaujil-caqueta.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	1118030457
NOMBRES	VALERY SOLANYI
APELLIDOS	NIETO CHAVEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CAQUETA
MUNICIPIO	EL PAUJIL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ASMET SALUD EPS S.A.S.	SUBSIDIADO	01/12/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/13/2025 13:44:39	**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 se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Solicitud de portabilidad

Usuario: **VALERY SOLANYI NIETO CHAVEZ**

Resumen de la solicitud

Número Solicitud: **200921455**

Estado de Portabilidad	SOLICITADA
Municipio de Portabilidad	SAN MIGUEL, PUTUMAYO
IPS de Portabilidad	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA
Dirección de IPS	CRA 7 N° 1 - 36
Teléfono de IPS	4210138
Fecha de Solicitud de Portabilidad	7 de abril de 2025
Fecha de Inicio de Portabilidad	1 de mayo de 2025
Fecha de Finalización de Portabilidad	6 de abril de 2026
Tipo de portabilidad	TEMPORAL - Portabilidad por trabajo

Su solicitud de portabilidad fue aceptada, sin embargo es importante considerar realizar la encuesta de SISBEN en su nuevo domicilio, o el traslado de EPS si su situación se vuelve permanente.



Seguimiento a las consultas de Salud

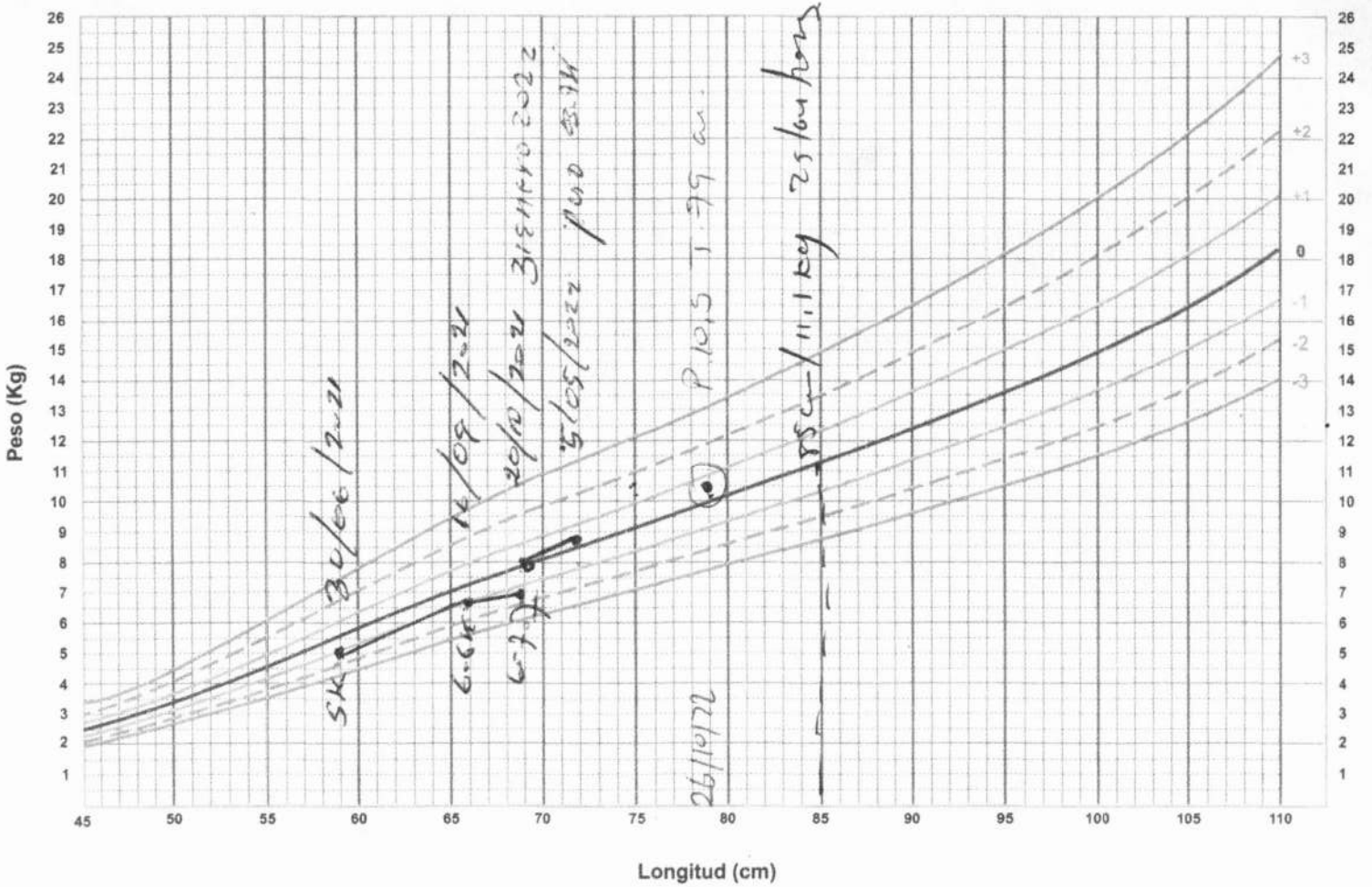
Solanyi Nieto.

Fecha de consulta D	M	A	Edad (meses)	Clasificación nutricional	Resultados valoración del desarrollo: Motricidad gruesa	Motricidad fina	Audición	Lenguaje	Personal y social	Próxima Cita D	M	A	Firma de profesional que realizó el control
30	08	2021	2m		Peso 5K	talla 54.5cm	PC 39	PT 38.		24	Agosto	2021	
16	09	2021	4M		6.6K	66cm	40.	40cm		20	octubre	2021	
20	10	2021	6m		6.7K	68cm	42cm	42cm		20	Enero	2022	EAMS.
31	01	22	9M		7.720	68	42	42	ps	20	ABRIL	2022	
5	05	2022	12m		8-7	72	44	47	15	24	octubre	2022	GHR en FV
26	10	22	18 m		12.	12	12	12	12.	20	04.	23	HGI
25	04	23	24 M.	Alto	23	22	22	22	23.	19	10	23	
5	12	2023	30M		Peso 1.3	talla 88.9	PC 47	51	PS	24	Abril	2024	Nicolas
30	06	24	36M		12,5	93	48	51	16				
21	05	25	4 años 1 mes		32	28	24	30.		19	abril	2026	Pablo Nicolas

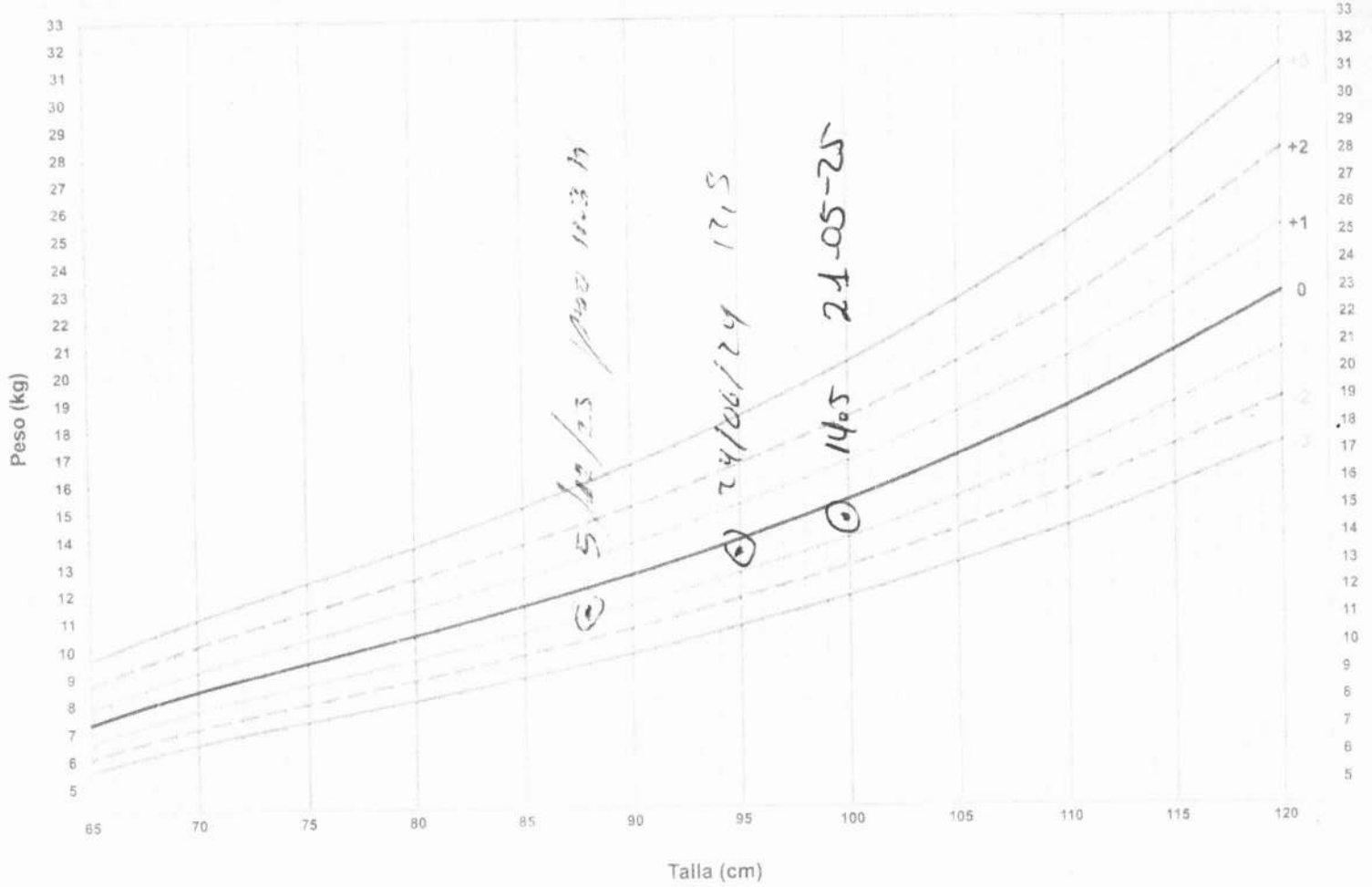


Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (0 a 2) años



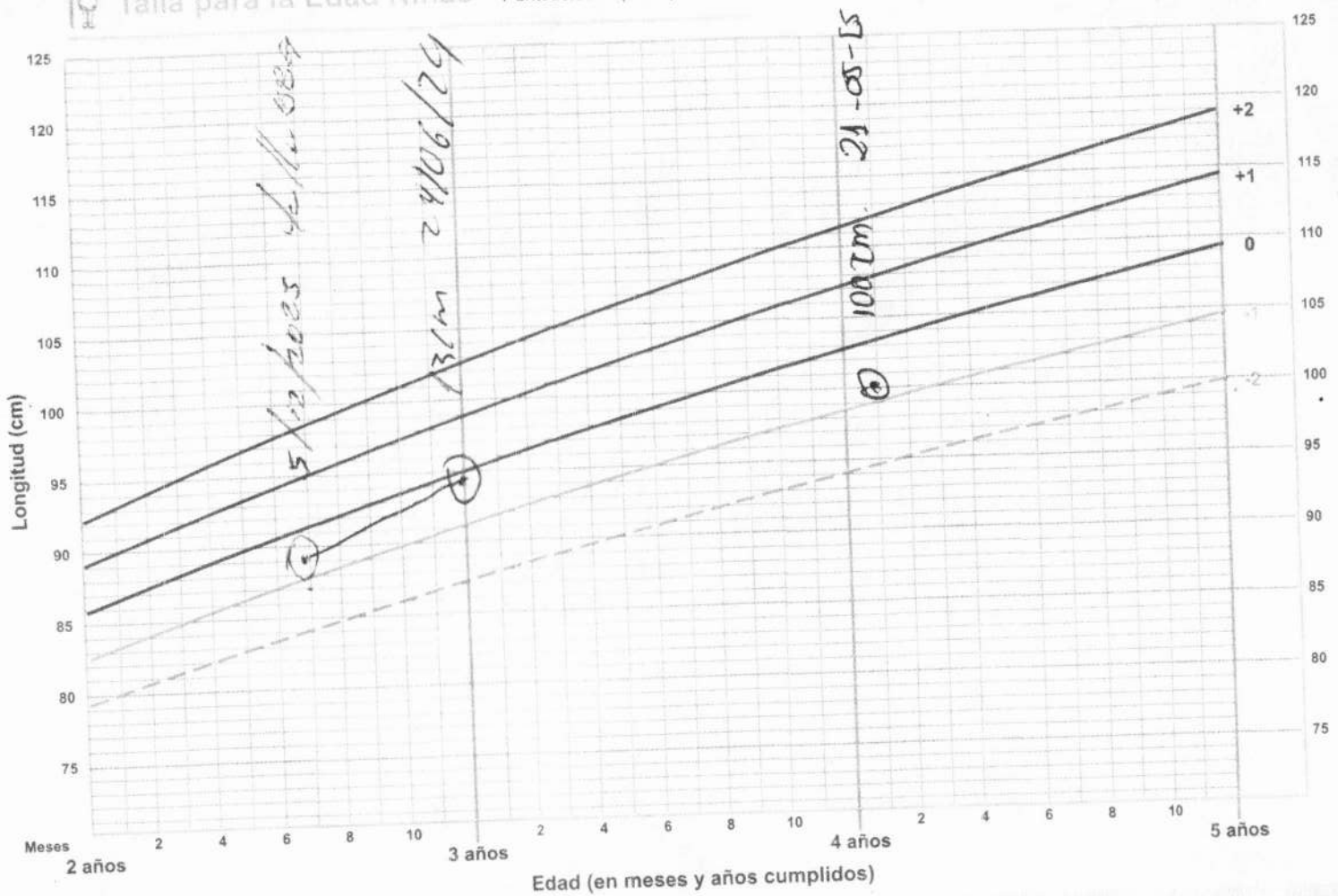
Peso para la Talla Niñas Puntuación Z (2 a 5) años

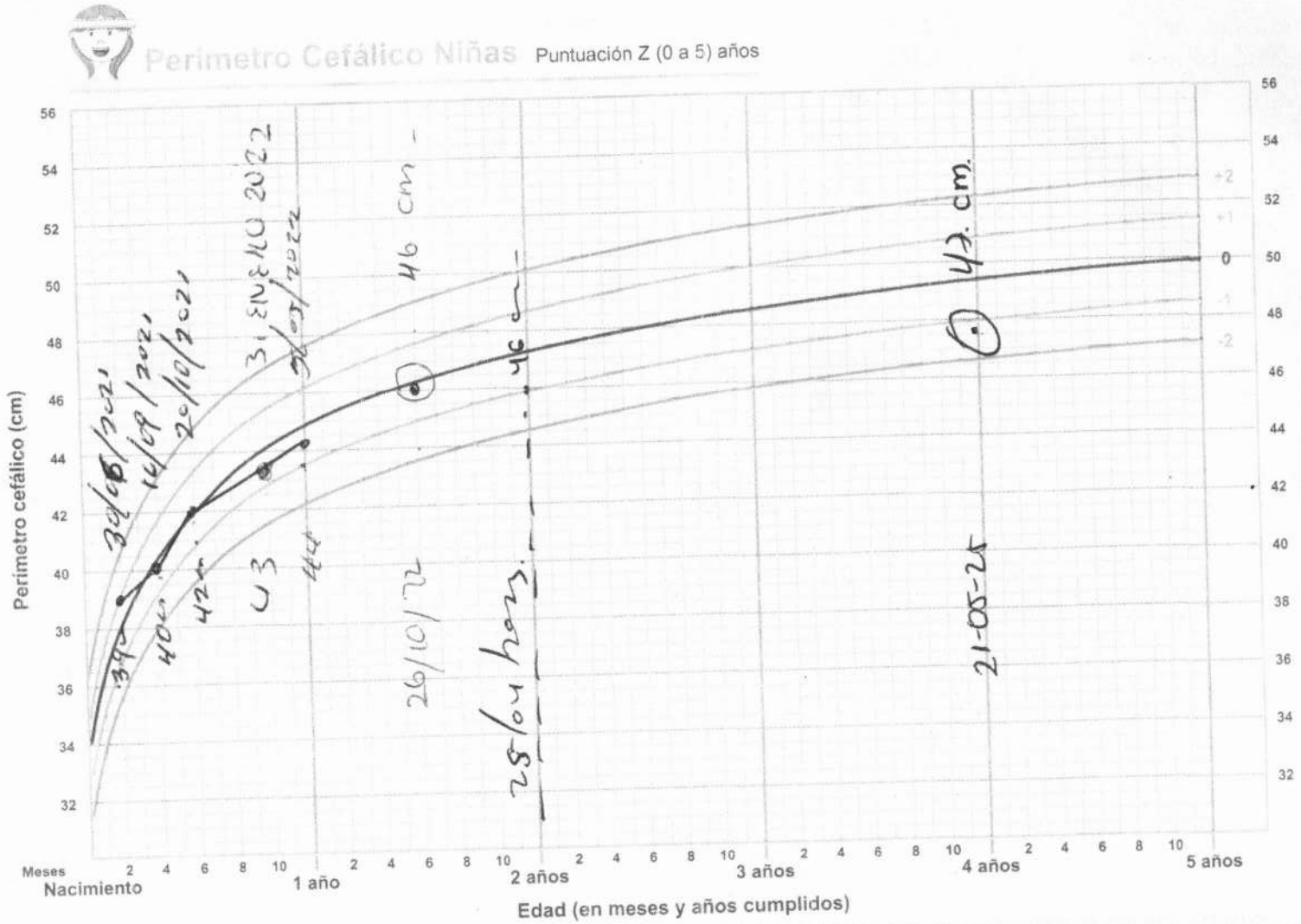


38

Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5) años




Perímetro Cefálico Niñas
Puntuación Z (0 a 5) años
Perímetro cefálico (cm)
Meses
Nacimiento
1 año
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)
+2
+1
0
-1
-2
30/09/2021
16/09/2021
20/10/2021
31 ENERO 2022
03
26/10/22
25/04 hoy
46 cm
42 cm.
21-08-25

		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	5A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico													
		Atención en salud por medicina general													
		Atención en salud por enfermería												21-5-2025	
		Atención en salud por Odontología							próximo		control		19-Abril		2026
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor												20 mayo 2025	
		Profilaxis y remoción de placa													
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	>	Vacunación												20 mayo 2025	

Agudeza visual 20/20 Normal 21-5-2025. Higiene oral 20 Noviembre 2025 (próximo control)

CARNET RIAS

PRIMERA INFANCIA



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

Mi prioridad es tu salud...

Nombres y Apellidos: Valery Solany Neto Chavez

Doc. de Identidad: 1118030457

EPS: Asmet salud

Teléfono: 3112099386

Domicilio: Y San Juan Bosco

SALUD
A INFANCIA

		D	M	A
do		D	M	A
do		D	M	A
do		D	M	A
do		D	M	A
		D	M	A

E), MEDICINA (M),
IAR (MF)

	Puntuación Z	Atención en salud por

N CON MICRONUTRIENTES

M	A
M	A
M	A
M	A
M	A

D	M	A
D	M	A
D	M	A
D	M	A
D	M	A

DE LA SALUD VISUAL
IDEZA VISUAL

M	A
M	A
M	A

SI*	NO*
SI*	NO*
SI*	NO*

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)

ASMET
Asmet Salud.

15 R/V

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nieto chavez

Nombre y Apellidos: VALERY SOLANYI

Fecha de nacimiento: 19 ABRIL 2021

Nº de certificado de nacido vivo: 16573534-0

Registro civil: 1'118.030.457

Sexo: FEMENINO

Grupo sanguíneo: O positivo

Peso al nacer: 3310 gr Talla: 50 cm

Dirección: B/ Coliseo

Teléfono 1: 3112632491

Teléfono 2: 320 232 4960

Responsable: Lina Gisela chavez Tique

TI: 1117964700

Municipio de residencia: EL PAUJIL

Departamento: CAQUETA

S6 = 3B D = NO

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

Nacio H·M·I - Florencia

HMI

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Nombres y Apellidos: Valery Solange Nieto Chavez Tipo identificación: 1118030457 No. ID: TV = 19-Abil-2021 16

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lo	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
Recién nacido	Tuberculosis meníngea (BCG)	Única	20	4	21	Serum	03706000	HDM				Milubina Hernandez
	Hepatitis B	Recién nacido	20	4	21	Serum	03706002A	HDM				Milubina Hernandez
			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						20 Junio 2021			
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1.°	21	06	21	Bithoven	20170044A	PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES E.S.E. SOR TERESA ADELE PAI SEDE PAUJIL				Francy Lozano
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.°	21	06	21	Serum	28501801C					Francy Lozano
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.°										
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	1.°										
	Diarrea por rotavirus	1.°	21	06	21	GSK	ARQLC774AA	PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES E.S.E. SOR TERESA ADELE PAI SEDE PAUJIL				Francy Lozano
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.°	21	06	21	GSK	ASPNB3087A					Francy Lozano
			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2.°	23	AGO	2021	Bithoven	20230064A	PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES E.S.E. SOR TERESA ADELE PAI SEDE PAUJIL				Yamiled Rinón
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.°	23	AGO	2021	Serum	28501021B					Yamiled Rinón
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.°										
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	2.°										
	Diarrea por rotavirus	2.°	23	AGO	2021	GSK	ARDLCTT4AA	PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES E.S.E. SOR TERESA ADELE PAI SEDE PAUJIL				Yamiled Rinón
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.°	23	AGO	2021	GSK	ASPNB3107FA					Yamiled Rinón
			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3.°	25-OCT/2021			Bithoven	20270084A	PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES E.S.E. SOR TERESA ADELE PAI SEDE PAUJIL				Francy Lozano
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.°	25-OCT/2021			Serum	28501034C					Francy Lozano
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.°	—	—	—	—	—					
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	3.°	—	—	—	—	—					
	Influenza estacional	1.°	25-OCT/2021			Sanofi	V3C13 1V	PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES E.S.E. SOR TERESA ADELE PAI SEDE PAUJIL				Francy Lozano
7 meses	Influenza estacional	2.°	25 NOV/2021			Sanofi	V3C13 1V					Yamiled RS
12 meses	Sarampión, rubeola y parotiditis (SRP)	1.°	21 ABR/2022			Serum	01300N12 5B					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	21 ABR/2022			GSK	ASPNB315BA					
	Varicela	Única	21 ABR/2022			MSD	U01 2 F5	PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES E.S.E. PAI SEDE PAUJIL				
	Hepatitis A	Única	21 ABR/2022			MSD	U0047F25					
	Influenza estacional	Anual	19	07	2022	Green	V50222208	HFID				Daniela Casanova Tec. Aux. en Enfermería C.C. No. 1004728227
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPB ☐)	1.er refuerzo	25	10	22	Biological	21402	HFID				
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.er refuerzo	25	10	22	Serum	28201	HFID				
	Fiebre amarilla	Única	21 ABR/2022			SANOFI	T3J55 1V	SEDE PAUJIL	CITA CUMPLIDA			Yamiled RS
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPB ☐)	2.° refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.° refuerzo										
	Sarampión, rubeola y parotiditis (SRP)	2.°	25	04	23	Serum.	01310 8A	HFID	CITA 5 AÑOS CUMPLIDOS			Paula P
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.°										
		2.°										
		3.°										
Vacunas complementarias y otras dosis	Sarampion Rubeola		19	07	22	Serum	0129W214	HFID				Sccm M.
	Próxima cita					25-Octubre-2022						

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.

San Miguel (la dorada Putumayo)- 31 mayo 2025

Señora:

PAULA CHATES

Coordinadora local del centro de desarrollo infantil frontera de paz

Cordial saludo:

Yo yicela chavez Identificada CC 1117964780 madre del niño (a) valery solany nieto identificado con RC 1118030457

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

Atentamente: yicela chavez

Cc 1117964780

Celular: 3117099386.

FECHA	PROCEDIMIENTO				PRÓXIMA CITA
	CP	S	F	D	
18-8-22	X		Y	18	Febrero 23
20-02-23	X				
20-05-25	X	X	X	26	NOV 2025
26-11-25	X	X	X	26	NOV-26

Liliana Maribel Cordoba
HIGIENISTA ORAL
REG 00453 de 2017

RECOMENDACIONES

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

Tu sonrisa refleja lo que tu eres

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

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

MI CARNET DE HIGIENE ORAL

E.P.S. Asmet Salud
Nombres: Valery Selanyi
Apellidos: Prieto Chavez

Sexo: M F Fecha de Nacimiento: 18 04 21
Identificación: RC 1118 036 457
Dirección: N.H.C.

Servimos con amor

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 Valery Sdany Nieto Chavez, identificado (a) con documento de identidad número 1118030457 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, Lina Gisela Chavez Tique, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1117964780, 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 Funavi, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa CDI Institucional

Suscriben:

Firma: Lina yicela chavez
Nombre: yicela chavez
Calidad - Titular: ✓ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3128993 86
Fecha: 19 - 5 - 2025
Municipio: San Miguel

¡Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!

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

PACTO DE CONVIVENCIA MODALIDAD INSTITUCIONAL

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

DERECHOS Y DEBERES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

DERECHOS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

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

DEBERES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

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

DERECHOS Y DEBERES DE LOS PADRES DE FAMILIA

DERECHOS DE LOS PADRES DE FAMILIA

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

DEBERES DE LOS PADRES DE FAMILIA

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

(telefónico, mensajería y/o escrito).

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

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

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

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

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

PAOLA CHATES
Coordinadora pedagógica

EDDY PATRICIA LÓPEZ
Apoyo psicosocial

yicela chavez.
Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Agente educativa

Huella del niño/niña



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

"Generamos Desarrollo con Energía"

Vigilado Superservicios

Código de Suscripción	SM 38111-4	Pago oportuno hasta:	21/05/2025	Mes Facturado
Factura Nro	2037095059	Suspensión a partir de:	22/05/2025	ABRIL 2025

1.Información Genera

Nombre:	LUZ MARY MUÑOZ FERNANDEZ	Último pago	$ 100,260
Dirección:	VDA SAN JUAN BOSCO	Tuve servicio de energía entre:	09-MAR-2025 - 11-ABR-2025 (33)

Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Área	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Código Tarifa	División Geopolítica
SM4	S402	7	1	RESIDENCIAL	RURAL	1	1.5	AEREA	EMPRESA	105	SAN MIGUEL - VEREDA SAN JUAN BOSCO

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	25/04/25	25-APR-25	PAGO EN EFECTIVO	CONTADO	EEBP - 223975 0

2.Información Consumo Energía

Componentes de Costo (CU)*: Generación 554.71 + Transmisión 56.28 + Distribución 265.83 + Comercialización 128.18 + Pérdidas 77.36 + Restricción 23.14 = CU 1105.5 ($/KwH)

2A.Información Medidor

Marca	Serial	Factor Múltiplo
APP	4603699579	1

2B.Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	7397	7192
Reactiva:		

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

2C.Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	205
Consumo Reactiva KVarh:	0
Costo del consumo $	226627.48
Tarifa (hasta 173 Kwh):	442.2
Subsidio: % 60 $	-114750.89
Contribución: % 0 $	0
Sub Total $	111876.59

Meses en deuda: 1 % Tasa Interés Moratorio: 0.5

2D.Consumo Últimos 6 Meses

	Mes	Activa	Reactiva
2024	OCTUBRE	194	0
2024	NOVIEMBRE	218	0
2024	DICIEMBRE	167	0
2025	ENERO	135	0
2025	FEBRERO	189	0
2025	MARZO	192	0
	PROMEDIO	**183**	**0**

2E.Información Calidad del Servicio

Tel. O.R EEBP: 01 8000 942415
Transformador: SSJ159 Grupo: 32
DIUG: 95.56 FIUG: 36 Circuito: C14
Cargo D: 253.2346 Dscto %t:20
CEC: 194.96
DIU: 150.25 FIU: 103
HC: 0 VC: 12
Valor a Compensar: 9874.18

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	226,627.48	.00	.00	226,627.48
SUBSIDIO	-114,750.89	.00	.00	-114,750.89
AJUSTE A SUBSIDIO	3,097.66	.00	.00	3,097.66
COMPENSACION RES.CREG_015/2018	-9,874.18	.00	.00	-9,874.18
AJUSTE A LA DECENA	-2.07	.00	.00	-2.07

5.Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP 105,098

6.Información Facturación Convenio Impuesto Alumbrado Públi

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	13,952	0	13,952

7.Información Facturación Convenio Aseo y Alcantarillad

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
Aseo*				6,000	0			0		6,000

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

8.Información Facturación Otros Convenios

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

Total EEBP	+ Total Impuesto Alumbrado público	+ Total Aseo y/o Alcantarillado	+ Total Otros Convenios	= Debo pagar en Total
105,098	13,952	6,000	0	$ 125,050

IFE: 0be7cbcf7a859d7af6e9475c978490bf851cd1ea2b78cbb6d3d761376d907faae9d20948739fc2f44bc34c36bb347790

(415)7709998005532(8020)1000203709505955(3900)0000125050(96)20250521

Paga fácil por Internet en www.eebpsa.com.co/factur
www.eebpsa.com.co @eebpsaesp /eebpsa

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad La Dorada San Miguel

Nombre completo de la niña o niño Valery Solanyi Nieto Chaver

Fecha de nacimiento Día 19 Mes 4 Año 2021 **N° Documento de Identidad** 1118030457

Sexo Masculino ○ Femenino ⊗ **Fecha de 1er día de atención en el año** Día 19 Mes 5 Año 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Mayra Rocio Vega Vinces.

Fecha de registro cualitativo Día 19 Mes 8 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 Solany se encuentra dentro del perfil esperado donde a demostrado sus habilidades sociales. que la caracteriza por ser amigable y compañerista así mismo sus habilidades motoras. en la realización de volteretas y manejo corporal en las coreografías.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Mayra Rocio Vega Vinces.

Fecha de registro cualitativo Día 19 Mes 11 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 Solanyi a desarrollado diferentes habilidades sociales y motrices que le permite desenvolverse bien en su entorno donde se encuentra. así mismo le gusta bailar y participar por muy contenta en sus actividades diarias.

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

PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL

24
R/V

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Solanyi Nieto **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Jardin 2 **AGENTE EDUCATIVO:** Mayra Vega

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 19-5-2025

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)
11-9-2025	Se realiza llamado a lista y se evidencia que la niña Solanyi no asiste al CDI.	Se realiza llamada a la mamita de la niña Solanyi y nos manifiesta que no trajo la niña porque su padre llego tarde a recogerla y ellos viven retirado		Yicela

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	12-9-2025 El niño asiste a la unidad sin novedad de presencia de enfermedad.

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

25
R/V

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Valery Solanyi Mefo. **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Jardín **AGENTE EDUCATIVO:** Keyra Vega

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 19-5-2025

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)
4/Sept/2025	Dentro del llamado a listado de asistencia se evidencia que la niña no se encuentra presente dentro de la Salida	se procede a llamar a madre de familia manifestando que el día de hoy la niña amaneció con síntomas gripales y que es Por ello que no asistio al CDI se realiza recomendaciones de salud y recomendaciones en cuanto a informar cualquier novedad. Asi mismo seguir atentos a la sintomatologia.	Keyra Vega Apoyo Pedagogical	Yicela Chavez

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	5- 9-2025 la niña asiste a la unidad sin novedad

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Valery Solanyi Nieto **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Jardin 2 **AGENTE EDUCATIVO:** Mayra Vega

MUNICIPIO: San Miguel. **FECHA DE INGRESO:** 19-5-2025

Clasificación de la Información:
CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
27/08-2025	Se realiza llamado a lista y se evidencia que la niña Valery no asistio al CDI. Siendo las 8:54am se llama a la mamita y nos manifiesta que tiene gripa, tos y Fiebre. y por tal motivo no asistio.	se le recomienda ala mamita llevar el niño al medico		yicela chavez.

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	28-8-2025 la niña asiste a la unidad sin novedad de tos. ni gripal.

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

Fundación Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: V. Sdany. **UNIDAD DE ATENCIÓN:** jardin 2 **AGENTE EDUCATIVO:** Mayra Vega

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 19-5-2025

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	SEGUIMIENTO	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
9-6-2025	la niña asiste con un rasponsito en el brazo derecho la madre refiere que se cayo llegando al CDI. comiendo.	se le recomienda a la madre traer la niña cojida de la mano.	23-7-2025 la madre comenta que la niña aun sigue con tos. y le esta Suministrado Acetomenofen y dixodum 24-7-2025 la madre llamo a las 7:50am y manifesto que no asiste la		yice la chavez.
22-7-2025	La madre llamo a las- 7H11 am manifesto que la niña amanecio con dan de estomago. por esa razon no asiste.	se le recomendo a la madre. llevarla al medico	niña ya que aun presenta tos y no quiere ace contagie a los demas compañeros. 28-7-2025 la niña asiste al CDI Sin novedad de tos.		. yice la chavez.