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: 01 | 04 | 2025

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Tipo de participante: (X) Niño/a entre 0 y menor de 5 años ( ) Persona Gestante

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

Unidad de Servicio sugerida: CDI Frontera de Paz

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

Número de documento: 1122343510

Fecha nacimiento: 23 | 08 | 2020

Nombres: Jose Daniel

Apellidos: Arciniegas R.

Presenta discapacidad? ( ) Si (X) No

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

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

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

Seleccione la que aplique: ( ) Afrocolombiano (X) 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: La Amistad

Vereda:

Sector:

Dirección: Via agua Clara.

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

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

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

Número de documento: 1122 340 688

Nombres: Yenny Alejandra

Apellidos: Revelo G.

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 16 | 04 | 1994

Correo electrónico: alejandra.9404@hotmail.com

Número de celular: 312 363 7586

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: Yenny Alejandra Revelo

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Mayra Vega

Observaciones:

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:
Jose Daniel Arciniegas Revelo

N° DOCUMENTO: 1122343510 **TIPO DOCUMENTO:** RC x CC ___ OTRO ___
FECHA DE NACIMIENTO: 23- Agosto -2020 **EDAD:** 4-A-7meses
LUGAR DE NACIMIENTO: Puerto Asis Putumayo.

NOMBRE DE LA UDS: CDI Fronteras de Paz
CODIGO UDS: 867571126972 **BARRIO/VEREDA:** B/ la Amistad
FECHA DE INGRESO: 1-4-2025 **FECHA DE RETIRO:** _____

SISBEN: _____ **EPS:** Nueva EPS. **RÉGIMEN (C)** x **(S)** ___
DESPLAZADO: SI ___ **NO** ___ **DISCAPACIDAD: SI** ___ **NO** x **¿CUAL?** _____
GRUPO ETNICO: SI x **NO** ___ **¿CUAL?** AWA LA UNION LA DORADA
GRUPO AFROCOLOMBIANO: SI ___ **NO** x **¿CUAL?** _____
NOMBRE DE LA MADRE: Yenny Alejandra Revelo G.
N° CÉDULA: 1122340688 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Puerto Asis
NOMBRE DEL PADRE: Anderson Arciniegas Vargas
N° CÉDULA: 1126451549 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Miguel
N° DE CELULAR: 3123637536
NOMBRE DEL ACUDIENTE: Yenny A. Revelo
N° CÉDULA: 1122340688 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Puerto Asis
DIRECCIÓN VIVIENDA: B/ la amistad **ZONA POBLACIONAL: (R)** ___ **(U)** x
NUMERO DE CELULAR 3123637536

FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: **N** 1220387

NUIP 1.122.343.510

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
ARCINIEGA REVELO JOSE DANIEL

Fecha de Nacimiento (Mes en letras) | Sexo (en letras) | Tipo Sanguíneo
Año 2020 Mes AGO Día 28 | MASCULINO | B +

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

Fecha de Inscripción (Mes en letras) | Indicativo serial
Año 2020 Mes OCT Día 07 | 0059300724

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
REVELO GALARRAGA YENNY ALEJANDRA

Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.122.340.688 | COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
ARCINIEGA VARGAS ANDERSON

Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.126.451.549 | COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
ARCINIEGA VARGAS ANDERSON

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.126.451.549

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 0 2

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)
Año 2020 Mes OCT Día 07

Adhesivo Copia Registro Civil
26208611-9

Nombre y firma del funcionario

ROY EDISON CALLE QUIRAMA

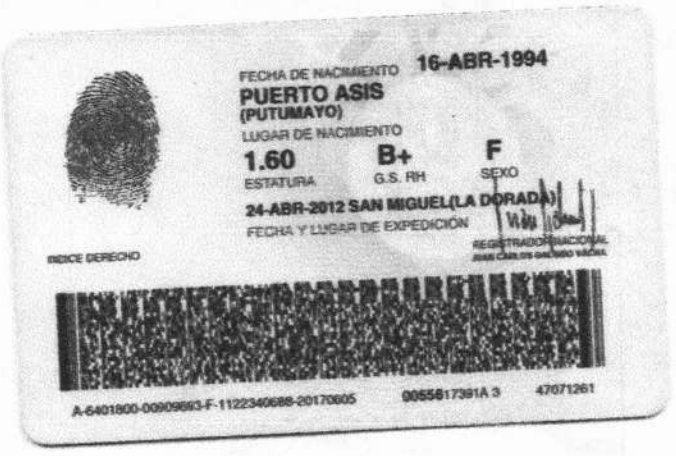
Registrador del Estado Civil



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.122.340.688
REVELO GALARRAGA
APELLIDOS
YENNY ALEJANDRA
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 16-ABR-1994
PUERTO ASIS
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 ESTATURA
B+ G.S. RH
F SEXO
24-ABR-2012 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

A-6401800-00909693-F-1122340688-20170605 0055617391A 3 47071261

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.126.451.549**

ARCINIEGA VARGAS
APELLIDOS

ANDERSON
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-OCT-1990**

SAN MIGUEL (LA DORADA)
SAN MIGUEL(LA DORADA) (PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75 ESTATURA **O+** G.S. RH **M** SEXO

30-OCT-2008 VALLE DEL GUAMUEZ
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-6402800-00147543-M-1126[illegible] 0009616004A 1 25684738

Powered by CamScanner

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	1122343510
NOMBRES	JOSE DANIEL
APELLIDOS	ARCINIEGA REVELO
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
PROTECCIÓN LABORAL C	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	23/08/2020	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/13/2025 14:01:13	**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.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como

7

nueva eps

CERTIFICA

Que la persona relacionada a continuación, en cumplimiento a lo establecido en las normas legales vigentes, ha cotizado al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de esta Entidad Promotora de Salud las siguientes semanas de cotización:

Datos del BENEFICIARIO	
RC 1122343510 JOSE DANIEL ARCINIEGA REVELO	
Estado Cotizante:	**Vigente**
Causal:	
Semanas Cotizadas Nueva EPS S.A.:	**26**
Fecha Afiliación:	**23/08/2020**
Fecha Último Periodo Cotizado:	
Fecha Cancelación:	

La presente certificación se expide el día 26 de Marzo de 2025 a solicitud del (de la) interesado(a).

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A.

Interior

EL(LA) SUSCRITO(A) DIRECTOR(A) DE LA DIRECCION DE ASUNTOS INDIGENAS, ROM Y MINORIAS DEL MINISTERIO DEL INTERIOR

HACE CONSTAR

Que consultado el sistema de información indígena de Colombia (SIIC), se registra la Comunidad Indígena AWA LA UNION LA DORADA en las bases de datos de esta Dirección.

Que consultado el auto-censo sistematizado y aportado por la Comunidad Indígena AWA LA UNION LA DORADA, se registra el Señor (a): JOSE DANIEL ARCINIEGA REVELO, identificado (a) con RC y número de documento: 1122343510, en el(los) censo(s) del(los) año(s) 2024, 2025.

Se expide en Bogotá D.C., al(os) 2 día(s) del mes 12 del año 2025.

La presente información se emite conforme a los registros que al día de hoy reposan en el Sistema de Información Indígena de Colombia

Roquelina Sabis Blanco Moscarella
Director de Asuntos indigenas, Rom y Minorias

Url Verificación

Este Certificado Consta De 01 Hoja(s), y su generación es totalmente gratuito.

CARNET DE SALUD INFANTIL

CONTROL DE CITAS

1er Apellido: Arciniegas

2do Apellido: Favelo

Nombre: Jose Daniel

Fecha de Nacimiento: ___ Día 23 Mes 08 Año 2020

Sexo: F M I

Grupo Sanguíneo: B Rh: +

Lugar de Nacimiento: Puerto Asis

Municipio: _____ Departamento: Putumayo

EPS N.EPS

Nº de Afiliación: _____

Nº de Registro Civil 1.122.343.510

EN CASO DE URGENCIA FAVOR AVISAR A

Nombre: _____

Domicilio: _____

Municipio: _____ Departamento: _____

Teléfonos: _____

Otros domicilios: _____

DATOS DEL RECIÉN NACIDO

Al momento de nacer

Peso al nacer: gr. 3400 Peso al alta gr. -

Talla: cm 50

Perímetro Cefálico: cm Perímetro Toráxico cm

Apgar 1 min: 5 cm Reanimación: SI NO

Prueba Endocrino - Metabólicas (TSH)

1 Muestra: Fecha

2 Muestra: Fecha

Parto: Vaginal: Cesarea

Lugar del Parto:

Antecedentes alimenticias (Consigne el Mes de Iniciación)

Antecedentes alimenticios (Consigne el mes de iniciación)

Lactancia: Materna Desde Leche Artificial

Dieta Complementaria:

Recomendaciones:

Publicada en el diario oficial número 499926 el 06/07/2016.

Patrones de crecimiento infantil de la OMS

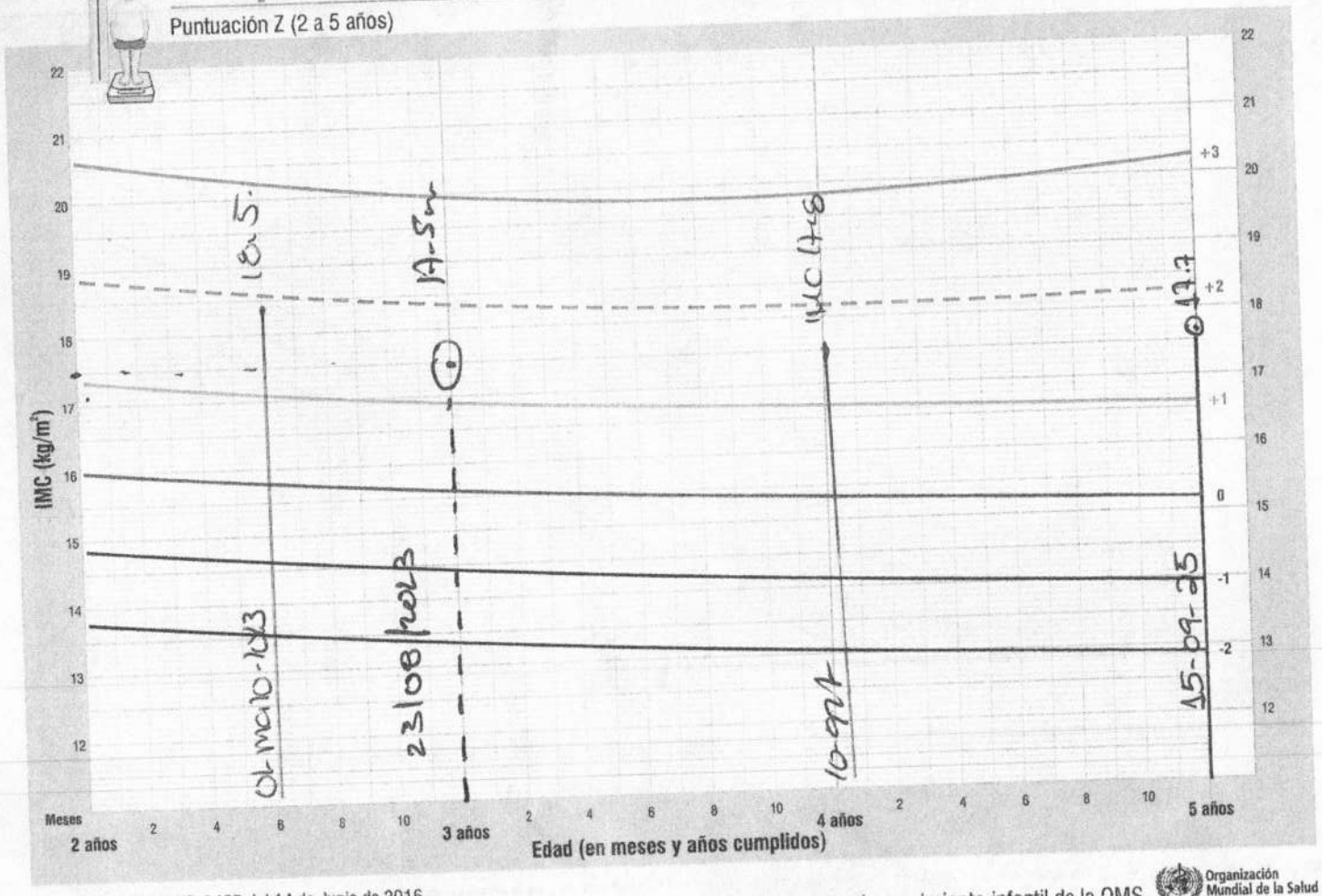
IMC para la Edad Niños

La Salud es de todos | Minsalud

Instituto Nacional de Salud

Bienestar Familiar

Puntuación Z (2 a 5 años)



Resolución MINSALUD 2465 del 14 de Junio de 2016
Publicada en el diario oficial número 499926 el 06/07/2016.

Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Organización Mundial de la Salud

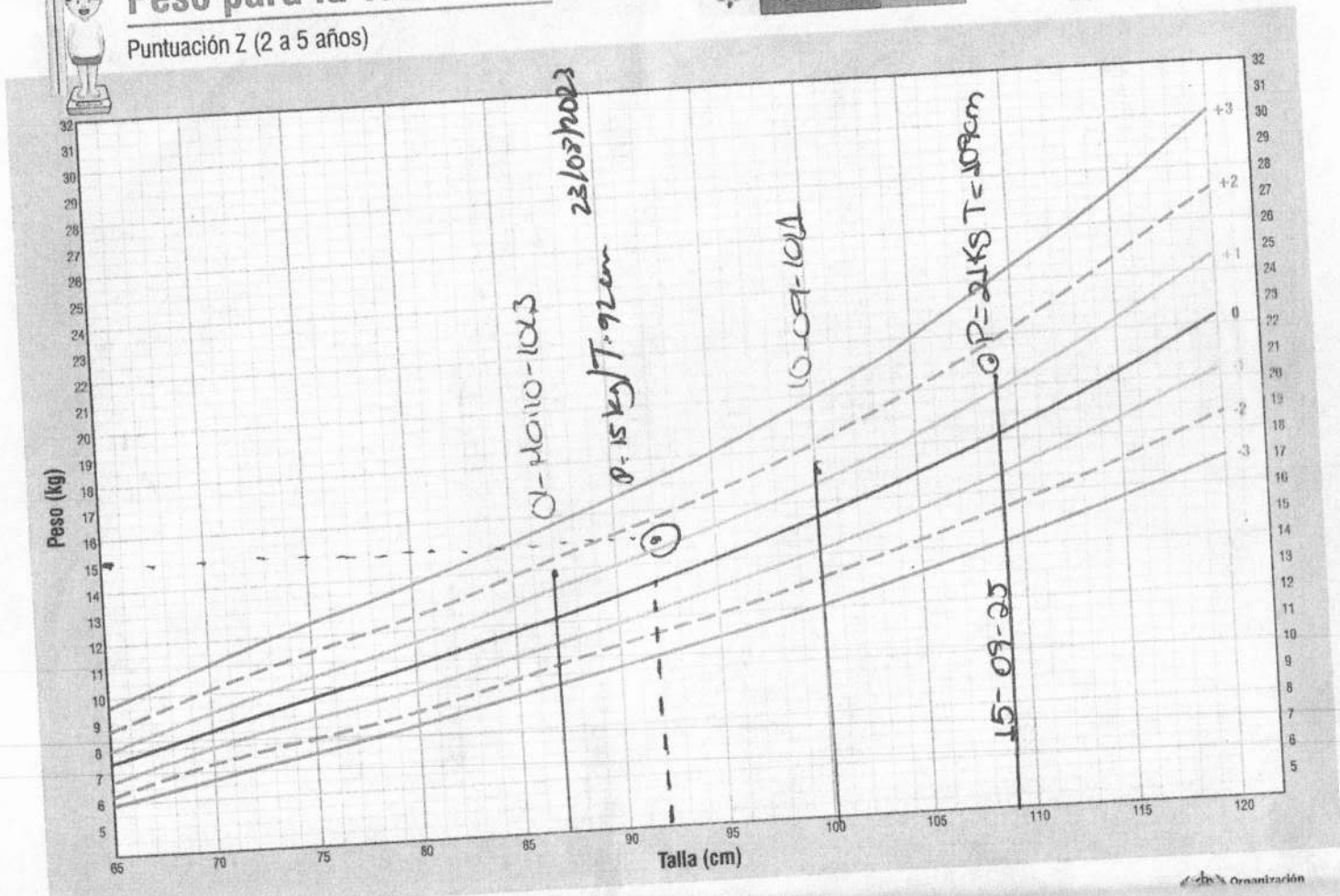
Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)

La Salud es de todos | Minsalud

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

BIENESTAR FAMILIAR



12

Publicada en el diario oficial número 499926 el 06/07/2016. Patrones de crecimiento infantil de la OMS

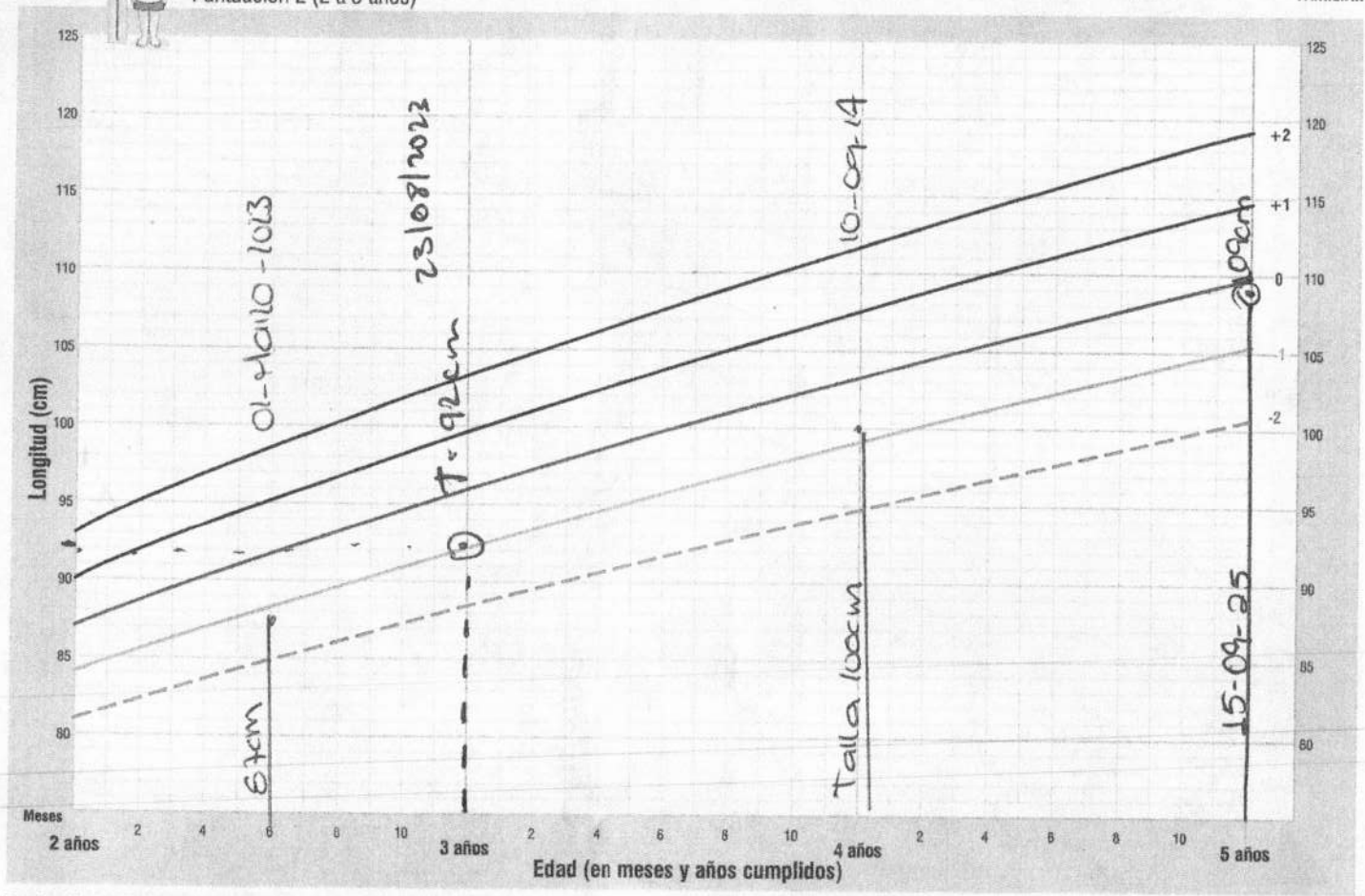
Talla para la edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)

La Salud es de todos · Minsalud

Instituto Nacional de Salud

Bienestar Familiar



Resolución MINSALUD 2465 del 14 de Junio de 2016
Publicada en el diario oficial número 499926 el 06/07/2016.

Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Organización Mundial de la Salud

(3

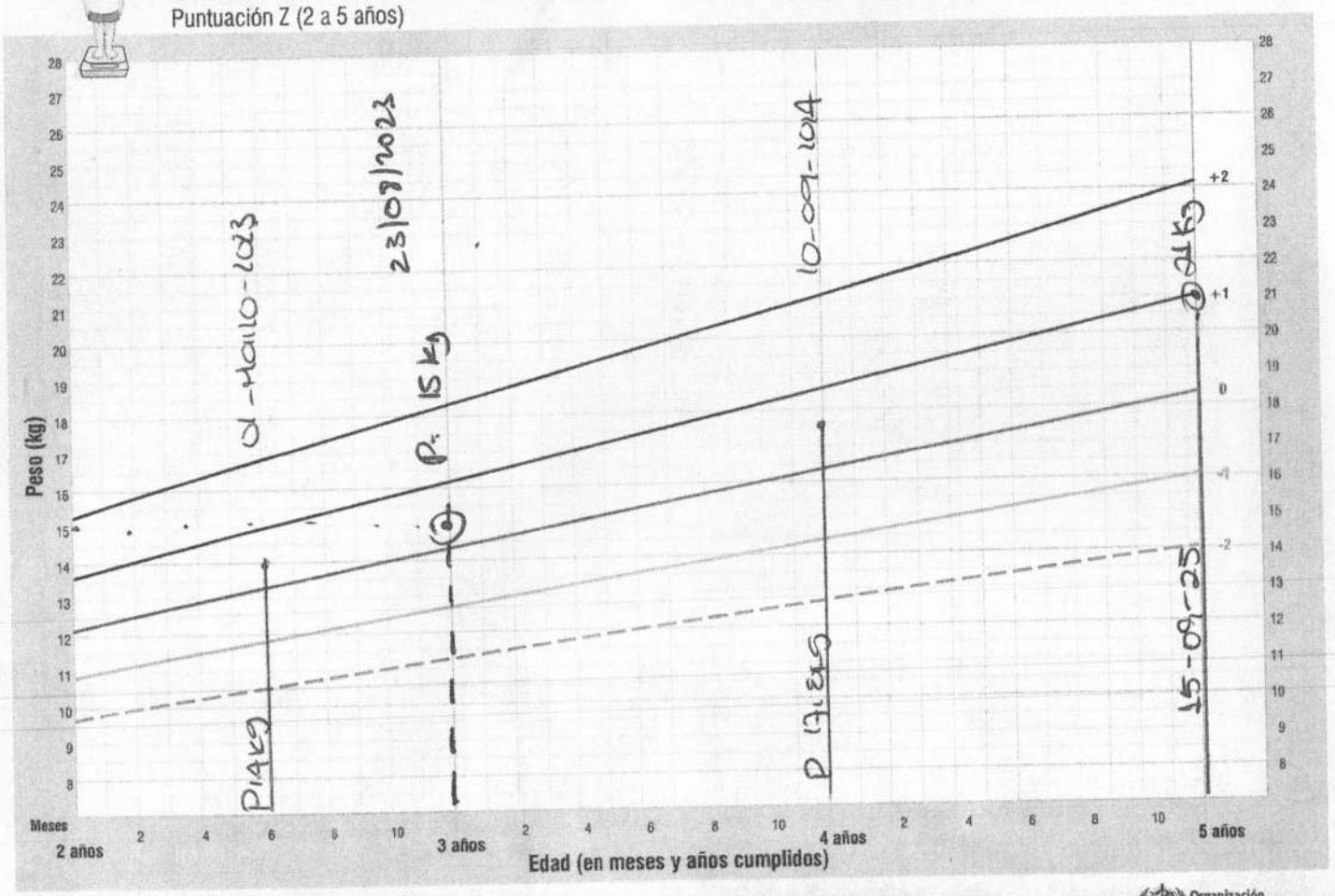
Peso para la Edad Niños

La Salud es de todos | Minsalud

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

BIENESTAR FAMILIAR

Puntuación Z (2 a 5 años)



Resolución MINSALUD 2465 del 14 de Junio de 2016

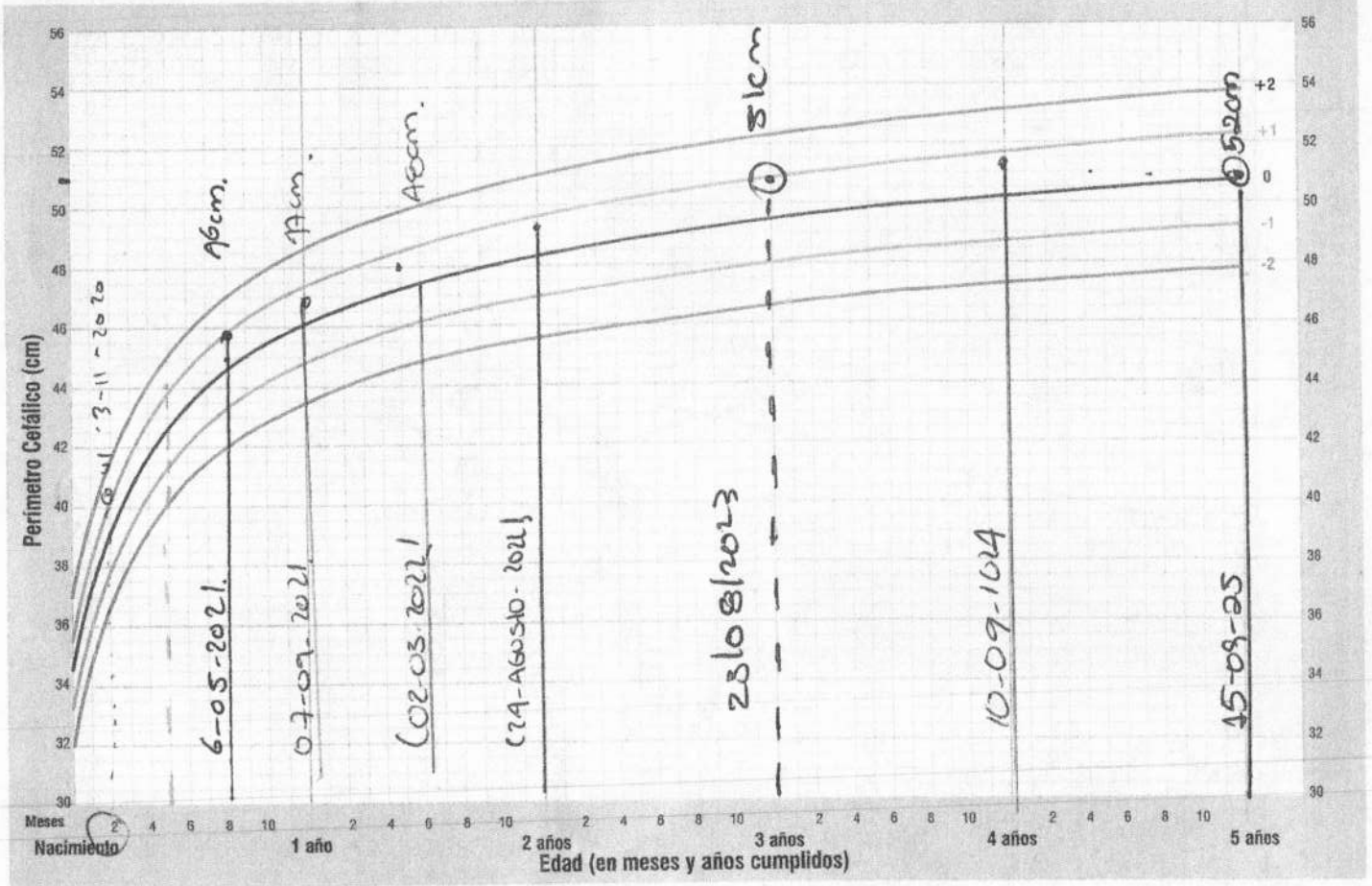
Organización

Publicada en el diario oficial número 499926 el 06/07/2016.

Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)

La Salud es de todos · Minsalud · Instituto Nacional de Salud · Bienestar Familiar



Resolución MINSALUD 2465 del 14 de Junio de 2016
Publicada en el diario oficial número 499926 el 06/07/2016.

Patrones de crecimiento infantil de la OMS · Organización Mundial de la Salud

CONTROL DE CITAS

FECHA			HORA	ASISTIÓ	
DÍA	MES	AÑO		SI	NO
3	Enero	2021	C4D		
2	FEBRERO	2021	C4D.	S.I ✓.	
2	ABRIL	2021	C4D.		
6	MAYO	2021	C4D.	S.I ✓ Obesidad	
24	AGOSTO	2021	C4D.	✓ Desarrollo educado obesidad	
07	Septiembre	2021	C4D	. Desarrollo educado obesidad	
02	Enero.	2022	C4	Desarrollo educado	
24	AGOSTO	2022	C4D.	Peso + talla + edad/edad.	
01	Mayo	2023	C4	Desarrollo educado, bajo peso	
	Agosto	2023	Medico.		
25	AGOSTO	2024	x ENF.		
10	Septem/	2024	C4 ✓		
25	AGOSTO	2026	MAYO		

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

FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) ó AÑOS (A)

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

Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

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

CARNET RIAS

PRIMERA INFANCIA

E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA

Mi prioridad es tu salud

Nombres y Apellidos: Jose Daniel Arcinegas

Doc. de Identidad: RC 1122343510

EPS: Nueva EPS

Teléfono: 3123637536

Domicilio: B/ Amistad

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:

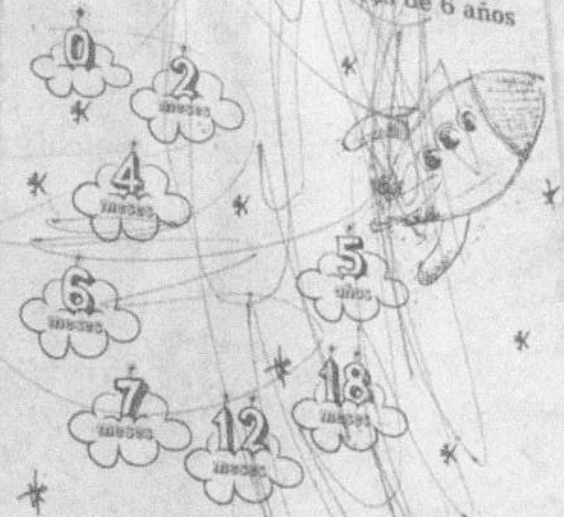
Fecha verificación:

Profesional que verificó:

Exíjalo

Vacunar oportunamente con todas las dosis a los 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, Rubéola, por Haemophilus influenza tipo b, Varicela e Influenza.

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



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

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

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

AIEPI

de cero a siempre

MinSalud

Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: [illegible]

Fecha de nacimiento: [illegible]

Nº de certificado de nacido vivo: [illegible]

Registro civil: 1 122 343 510

Sexo: [illegible]

Grupo sanguíneo: [illegible]

Peso al nacer: [illegible]

Dirección: [illegible]

Teléfono: [illegible]

Responsable: [illegible]

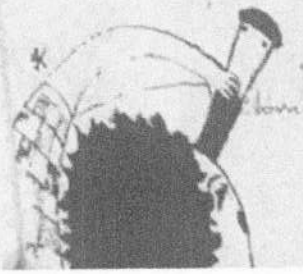
Municipio de residencia: [illegible]

Departamento: [illegible]

1122340488

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

Nombre: _____ Registro Civil: _____

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de Aplicación (Día Mes Año)	Laboratorio	Número de lote	Observaciones	Fecha próximo cita (Día Mes Año)	Nombre del Vacunador
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva Tuberculosis B.C.G.	SI NO						
	Hepatitis B	Única						
2 Meses	Lactancia materna exclusiva	Recien nacido						
	Polio (Oral - IM)	SI NO						
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª						
	Rotavirus	1ª						
	Neumococo	1ª						
4 Meses	Lactancia materna exclusiva	1ª						
	Polio (Oral - IM)	SI NO						
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª						
	Rotavirus	2ª						
	Neumococo	2ª						
6 Meses	Continúa la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.	2ª						
	Polio (Oral - IM)	3ª						
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª						
7 Meses	Influenza	1ª						
	Influenza	2ª						
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª						
12 Meses	Fiebre Amarilla	Refuerzo						
	Neumococo	Anual 2da						
	Influenza	ÚNICA						
	Hepatitis A	1 Refuerzo						
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1 Refuerzo						
	Polio (Oral - IM)	2º Refuerzo						
5 Años	Polio (Oral - IM)	2º Refuerzo						
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	Refuerzo						
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª						
Niñas 9 Años o más	VPH	2ª						
	VPH	3ª						
	VPH							
Vacunas complementarias y otras dosis								

Varicela 31-08-2021 Merck F012958 HFID Toya 6

Unica 21-10-21 Serum 0120021 HFID Kaleni A

Varicela 12-09-25 Merck 2002163 HFID Keli Jiménez

SR

Estas vacunas son gratuitas

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

CITA A los 9 años

19
D/V

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

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

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL

La salud es de todos — Minsalud

CIUDAD San miguel FECHA: DÍA 05 MES 03 AÑO 2025 HORA: 3.44 p.m

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Jose Daniel APELLIDOS Arciniega Revelo

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1.122.343.510

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 23 MES: 08 AÑO: 2020 / EDAD: 4 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Nueva Eps Tel: 3123637538.

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

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

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

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

Miedo a la reacción

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

EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD

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

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

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

Firma de la persona: _____

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

Nombres Yenny Alejandra Apellidos Revelo Galindez

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1.122.340.688

Firma: _____

En caso de requerirse firma a ruego:

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

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

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

de _____

Huella dactilar o plantar del Rogante

Firma del Rogado

C.C. N°

C.C. N°

Nombres y apellidos del vacunador: Isabel Arias Erazo

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

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFLB

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Putumayo

MUNICIPIO: San Miguel

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

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

Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

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

CARNET RIAS

PRIMERA INFANCIA

E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA

Mi prioridad es tu salud



Nombres y Apellidos: Jose Daniel Arciniegas

Doc. de Identidad: RC 1122343510

EPS: Nueva EPS

Teléfono: 3123637536

Domicilio: B/ Amistad

		PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) ó AÑOS (A)												
			5 DÍAS	1 M	2-3 M	4-5 M	6-8 M	9-11M	12-17M	18-23M	24-29M	30-35M	3 A	4 A	5 A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico													
		Atención en salud por medicina general													
		Atención en salud por enfermería													
		Atención en salud por Odontología													
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor												07-NOV-2025	14-NOV-2026
		Profilaxis y remoción de placa												07-NOV-2025	14-NOV-2026
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	V	Vacunación Agudeza visual 20/20 Vision conservada							15-9-2025						

ANA MARIBEL CORDOBA
EN SALUD ORAL
REG. 8600493-2018

ANNY Pantoja M L
ENFERMERA
Reg 1006758488

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 Jose David Arcinega Revelo, identificado (a) con documento de identidad número 1122343510 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, Yenny Alejandra Revelo, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1122340688, 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 Fundacion alma de nina, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa Institucional

Suscriben:

Firma:
Nombre: Yenny Alejandra Revelo Gutiérrez.
Calidad - Titular: Representante legal:
Teléfono de contacto: 3123637536
Fecha: 1-04-2025
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

Firma del Padre de Familia y/o acudiente
Jose Daniel

Agente educativa

Huella del niño/niña

"Generamos Desarrollo con Energía"

Vigilado Superservicios

Código de Suscripción	SM_33150 - 5	Pago oportuno hasta:	21-ABR-25	Mes Facturado
Factura Nro.	2037063539 - 66	Suspensión a partir de:	22-ABR-25	MAR/2025

1.Información General

Nombre: YENNY ALEJANDRA REVELO GALARRAGA	Cédula de ciudadanía 1122340688 9	Último pago	$ 333,730
Dirección: VDA LA AMISTAD		Tuve servicio de energía entre:	03-FEB-25 - 04-MAR-25 (29)

Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Área	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Código Tarifa	División Geopolítica
SM4	S401	107	1	RESIDENCIAL	RURAL	1	2.8	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	26-MAR-25	26/03/2025 12:00:00 AM	PAGO EN EFECTIVO	PAGO DE CONTADO	EEBP 180633

2.Información Consumo Energía

Componentes de Costo (CU)*: Generación 527.6001 + Transmisión 49.8467 + Distribución 253.2346 + Comercialización 121.9495 + Pérdidas 70.7933 + Restricción 14.6758 = CU 1038.1 ($/KwH)

2A.Información Medidor

Marca	Serial	Factor Múltiplo
ELS	8608250	1

2B.Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	12102	11865
Reactiva:		

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

2C.Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh: 237
Consumo Reactiva KVarh:
Costo del consumo $ 246029.7
Tarifa (hasta 173 Kwh): 415.24
Subsidio: % 60 $ -107754.78
Contribución: % $
Sub Total $ 246029.7

Meses en deuda: 2
% Tasa Interés Moratorio: .5

2D.Consumo Últimos 6 Meses

01-FEB-25	226
01-ENE-25	259
01-DIC-24	257
01-NOV-24	244
01-OCT-24	263
01-SEP-24	229

255

2E.Información Calidad del Servicio

Tel. O.R EEBP: 01 8000 942415
Transformador: SLD122 Grupo: 32
DIUG: 95.56 FIUG: 36 Circuito: C14
Cargo D: 249,0104 Dscto %t: 20
CEC: 0
DIU: 75.7782 FIU: 93
HC: 0 VC: 0
Valor a Compensar:

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	246029.7	162299.1	0	408328.8
200 - SUBSIDIO de 0-173 KWH 60.00%	-107754.78	0	0	-107754.78
210 - AJUSTE A SUBSIDIO	3166.9	3166.9	0	8333.8
500 - RECARGO POR MORA	827.33	0	0	827.33
520 - AJUSTE A LA DECENA	-3.15	0	0	-3.15

5.Información Facturación Consumo de Energia + Conceptos EEBP 307732

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	17694	17694	35388

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*	EMPRESA DE ACUEDUCTO,	CRA 36 #10A-20		6000		0	0	6000	0	12000

*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
307732		35388		12000				355120

CUFE: bfc5d7e8fce592a97faac31149020d7df39ce4021427922d04b261e9ea2287bb63c0fd7b8829ee48742cd01fc9d6d4ba

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

(415)7709998005532(8020)1000203706353965(3900)0000355120(96)20250421

Esta Factura prestó Mérito Ejecutivo de acuerdo a las Normas del Derecho Civil y Comercial Ley 142 Art. 130 Proveedor Tecnológico dispapeles S.A.S. NIT: 860 028 560-2 Software fact-elec

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 Jose Daniel Arciniegas Revelo

Fecha de nacimiento 23 08 2020 **N° Documento de Identidad** 1122343510

Sexo Masculino ⊗ Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** Día 1 Mes 4 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Mayra Vega

Fecha de registro cualitativo 8 7 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
Jose Daniel se encuentra en el perfil esperado, demostrando sus habilidades motrices y sociales que le permiten desenvolverse en su entorno que lo rodea.
Además se continuará con las actividades pedagogicas planteados.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Mayra R. Vega.

Fecha de registro cualitativo Día 2 Mes 10 Año 2025

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

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

Observaciones generales Daniel ha desarrollado diferentes habilidades motoras y sociales que le permite interactuar y aprender el mundo, sus dibujos son más reconocibles, además reconoce los colores y formas y entiende el concepto de uno o mucho.

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

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: 20-11-025 No. De inscripción: Grado al que se inscribe: 0 Municipio: San Miguel E. Educativo J. Etno. Ed. Inkal Awa

DATOS DEL ESTUDIANTE

APELLIDOS: Arciniega Revelo NOMBRES: Jose Daniel

LUGAR DE NACIMIENTO: Puerto Asis FECHA DE NACIMIENTO: DÍA 23 MES 8 AÑO 2020

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

No. Documento 1122 343 510 EXPEDIDA EN San Miguel - pto

CON QUIEN VIVE? Papá y Mamá [X] Mamá [ ] Papá [ ] Abuelos [ ] Número de hermanos: ____

PROVIENE DE OTRA INSTITUCIÓN EDUCATIVA? SI [X] NO [ ] ¿CUAL? CDI Fronteras de Paz

INSTITUCIÓN: PÚBLICA [X] PRIVADA [ ] REPITENTE? SI [ ] NO [ ]

TIENE HERMANOS ESTUDIANDO EN ESTE ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO?: SI [ ] NO [X]

NOMBRES _____ GRADO _____

NOMBRE DE LA EPS A LA CUAL ESTÁ AFILIADO Nueva EPS

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

CUAL _____ TIPO DE SANGRE: B^+ (Si presenta alguna discapacidad favor presentar certificado médico)

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

A QUE RESGUARDO PERTENECE? Resguardo Awa Union la Dorada

NIVEL SISBEN _____ ESTRATO _____ ¿PERTENECE A FAMILIAS EN ACCIÓN? SI ____ NO X

¿HIJO VETERANO FUERZA PÚBLICA? SI ____ NO 0

¿BENEFICIARIOS HÉROES DE LA NACIÓN? SI ____ NO X

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

DATOS FAMILIARES

NOMBRE DEL PADRE O ACUDIENTE: Anderson Arciniegas C.C. No: 1126451549 DE V/Guamuez OCUPACIÓN Conductor

NOMBRE DE LA MADRE O ACUDIENTE: Yeni Alejandra Revelo C.C. No: 1122340688 DE San Miguel OCUPACIÓN Profesional independiente

DIRECCIÓN RESIDENCIA: San Miguel BARRIO: Amistad VEREDA _____ ZONA URBANA X RURAL _____

TELÉFONO CASA _____ TELÉFONO CELULAR PADRE: _____ TELÉFONO CELULAR MADRE _____ TELÉFONO TRABAJO _____

(SOLO EN CASO DE NO VIVIR CON SUS PADRES)

ACUDIENTE: _____ PARENTESCO _____ C.C. No: _____ DE _____ OCUPACIÓN _____ Celular: 3123637536

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.

FIRMA DEL PADRE DE FAMILIA o ACUDIENTE

Wilinton Gomulct Docente

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: José Daniel Briniegas **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Jardin 2 **AGENTE EDUCATIVO:** Mayra Vega.

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 1-4-2025

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)
07-10-2025	Durante el llamado a lista se encuentra que el niño no asistio al CDI. por lo tanto se entabla comunicación con la familia para conocer el motivo.	Mediante mensaje de whatsapp. su madre envia soporte médico de atención en salud en Lago Agrio por Estado Asmatico, por lo cual le enviar reposo por 3 dias que se cumple el jueves 2 de octubre. Se realizan las recomendaciones sobe el cuidado en casa y se solicita a la madre informar cualquier noredad adicional.		

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	3-10-2025. La madre llamo manifestando que hoy no trae al niño ya que está lloviendo. además que lo deja en casa para cuidarlo y terminarle de dar los remedios que el medico le suministro.

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

30
D/V

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Jose Daniel. Arcinieyas **UNIDAD DE ATENCIÓN:** jardin 2 **AGENTE EDUCATIVO:** Mayra Vega

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 1-4-2025

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)
13-8-2025.	Se realizo la llamada a la madre quien expresa que el niño amaneció con mucha tos y que lo van a cuidar en casa ya que el niño sufre de bronconeumonia.	se le recomendo a la madre facilitar un oficio expresando el motivo del esta de salud.		

SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO

14-8-2025. la madre expresa que lo esta cuidando en casa para que se recupere bien de la tos. además le esta suministrando.

15-8-2025. la madre expresa que el niño aun presenta mucha tos. además con fiebre. y que lo va llevar al medico la cual se le recomienda facilitar soporte medico.

-19-8-2025 La madre envia el soporte de la incapacidad del niño por 7 dias habiles. desde el 16 hasta 23 de agosto por motivo de presentar bronquitis.

• 20-08-2025 ⇒ Desde el componente de salud y nutrición se realizó llamada de seguimiento para indagar por el estado del niño, en el cual la madre informó se encuentra en proceso de recuperación y que la recomendación médica fue mantenerlo en aislamiento hasta cumplir con el periodo de incapacidad. Por esta razón se continuara realizando seguimiento por llamada hasta terminar dicho periodo.

25-8-2025 el niño asiste a la unidad sin novedad de gripanitos Además comparte e interactua con los demás compañeros.

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
3-6-2025	Agente educativa llamo a la madre la cual expresa que aun sigue en el puerto hospitalizado con tratamiento. pediatrico y medico con el dionotico de neumonia por 7 dias. Ademas la madre refiere le esta brindando cuidado.
5-6-2025.	Agente educativa llamo a la madre preguntando el estado de Salud del niño la cual la madre expresa a las 8H50am que el niño aun esta en observación pediatrica y medica pero el niño ya esta mejorando de la tos.
	9-6-2025 Agente educativa llama a la madre a las 9H00am donde manifiesta que el niño aun presenta tos y fiebre esporádicamente. además le dio el medico incapacidad de 3 dias desde el 9 al 11 de Junio para mejorar la salud del niño y terminar el tratamiento. Además en horas de la tarde facilita la incapacidad de 3 dias, (9-10 y 11 de Junio). 12-6-2025 el niño asiste a la unidad. Sin novedad de gripa ni tos. e interactua con los demás compañeros.

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Jose Daniel Arciniegos **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Jardin 2 **AGENTE EDUCATIVO:** Naira Vega

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

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)
29-05-2025	El equipo interdisciplinario realiza seguimiento al estado de salud del niño en el Hospital Fronterizo la Dorada	El equipo interdisciplinario realiza una usita al niño en el Hospital Fronterizo la Dorado para realizar seguimiento al estado de salud del niño donde el padre manifiesta que el niño ingreso en la noche de ayer 28/05/2025 al servicio de urgencias del hospita porque presentaba Fiebre y presentaba Síntomas de gripe.	El padre manifiesta que el niño estuvo hospitalizado en este mes tambien por gripe y Fiebre. pero que el niño ha recaido y otra vez se encuentra en el hospital. que ellos lo recuperaron y cuando el niño estuvo bien decidieron enviarlo al CDI pero alla al estar en contacto con otros niños que presentaban gripe volvio a recaer y esta vez cuando miraron que esta mal con gripe y Fiebre decidieron decidieron llevarlo a urgencias. El padre manifiesta que le han estado dando medicamento para contrar los episodios de Fiebre y la gripe, que les habian manifestado que	Nutricionista	Anderson Arciniega

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
29-05-2025	hoy le daban de alta pero posiblemente lo dejen otra noche mas. El padre manifiesta que hasta el momento los examenes ha salido bien. El ~~padre~~ y el equipo interdiclinario mantendran comunicacion para conocer la evolucion del niño. Apoyo psicosocial
30-05-2025	El equipo interdiciplinario se comunica con la madre para conocer como sigue el niño realizando seguimiento a su estado de salud, donde la madre refiere que el niño todavia se encuentra en el hospital por diagnostico de neumonia. y los medicos le han suministrado medicamentos. Nutricionista Apoyo psicosocial

33

Hospital de Alta Complejidad del PUTUMAYO
Tu salud, nuestro compromiso

HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD DEL PUTUMAYO S.A.S ZOMAC

PUERTO ASIS-PUTUMAYO
NIT 901201887 - 865680081301

SOLICITUD DE INCAPACIDADES Y/O LICENCIAS DE MATERNIDAD No. 16318

PACIENTE: JOSE DANIEL ARCINIEGA REVELO
EPS: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. - CONTRIBUTIVO 2025
ORIGEN DE LA INCAPACIDAD: COMUN

No. IDENTIFICACIÓN: RC 1122343510
FECHA SOLICITUD: 2025-06-06

INFORMACIÓN SOBRE LA INCAPACIDAD

PRESUNTO ORIGEN INCAPACIDAD: Comun
GRUPOS DE SERVICIOS: Internacion
CAUSA QUE MOTIVA LA ATENCIÓN: Tratamiento
DIAS DE INCAPACIDAD: 12
PRÓRROGA: No
JUSTIFICACIÓN RETROACTIVA: Urgencias o internación del paciente

MODALIDAD DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO: Intramural
FECHA DE INICIO DE LA INCAPACIDAD: 2025-05-31
FECHA DE TERMINACIÓN DE LA INCAPACIDAD: 2025-06-11

INFORMACIÓN DE LA IPS Y MEDICO

NOMBRE DEL MEDICO: INGRIS YOHANA PEREZ CUJIA
NOMBRE DE LA IPS: HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD DEL PUTUMAYO S.A.S ZOMAC

No. IDENTIFICACIÓN: CC 1122399577

DIAGNOSTICOS PRINCIPAL Y RELACIONADOS

DIAGNOSTICO	PRINCIPAL
J129 NEUMONIA VIRAL NO ESPECIFICADA	X

LA PRESENTE INCAPACIDAD SE IMPRIME EL DIA 06/06/2025.

INGRIS YOHANA PEREZ CUJIA
CC 1122399577
PEDIATRIA

IMPRIMIO: SAMUEL FELIPE LINARES ROJAS

VALIDE ÉSTE DOCUMENTO

HOSPITAL INFANTIL LOS ANGELES CRA 32 #21 A 30
891200240

HOJA DE EVOLUCIÓN X MEDICO

Fecha: 16/08/25
Hora: 16:39:39
Página: 1

Paciente: RC 1122343510 JOSE DANIEL ARCINIEGA REVELO
Edad: 4 AÑOS Empresa: NUEVA EPS "C"
Pabellon: CONSULTA DE URGENCIAS Cama:

Evolución

#	Fecha
1	16/08/25 16:35:18

CONTROL: PLACA DE TORAX: Índice cardiotorácico dentro de límites normales.
Tràquea central.
Hilios pulmonares centrales y simétricos.
No se definen alteraciones parenquimatosas pulmonares.
Ángulos cardiocostofrenicos libres.
No se definen alteraciones en las estructuras óseas y tejidos blandos del tórax.

HEMOGRAMA: SIN LEUCOCITOSIS PARA LA EDAD, SIN NEUTROFILIA, PLAQUETAS NORMALES. PCR NEGATIVA.

NO SE VE SEPTICO NI TOXICO, ESTA HIDRATADO, SIN DISTRES RESPIRATORIA.

MANEJO AMBULATORIO, SI PRESENTA SIGNOS DE ALARMA (SE COLOCA MORADO, RESPIRA MUY RÁPIDO, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, VOMITA TODO LO QUE COME, DEPOSICIONES CON SANGRE, CONVULSIONES, INCREMENTO DEL DOLOR ABDOMINAL) CONSULTAR INMEDIATAMENTE A ESTA INSTITUCIÓN POR URGENCIAS. CONTROL EN SU EPS PRIMER NIVEL EN 5 DIAS

1. NAPROX JBE 125 MG/5 ML FCO 1
   TOMAR 4 CC CADA 8 HORAS POR 4 DIAS.

2. AFLUX JBE 1
   TOMAR 2.5 CC CADA 8 HORAS POR 7 DIAS.

SE DA INCAPACIDAD POR 7 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA POR PRESENTAR BRONQUITIS VIRAL.

SERVICIO DE URGENCIAS
SALIDA

ALEXANDER RAMIREZ PABON
Reg. 429-98
MEDICINA GENERAL

J.C. HOSVITAL*

35
R/V

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Jose Daniel Arciniegas UNIDAD DE ATENCIÓN: Jardin 2 AGENTE EDUCATIVO: Mayra Vega

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 1-04-2025

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)
19-05-2025	Niño que es remitido a Saludinutrición y el equipo Interdisciplinario apoyo PSICOSOCIAL, Por que el niño Presenta Inasistencia de 3 días.	El equipo Interdisciplinario realiza llamada via telefonica, para conocer el motivo de Inasistencia del niño, donde la madre refiere que el niño se encuentra en el hospital, en el area de observación. desde el día viernes en horas de la tarde, donde	Se realiza visita en el hogar el día 20-05-2025 con apoyo psicosocial y nutrición, para realizar acompañamiento y verificar el estado de salud del niño, a simple vista se observa que el niño esta mejor de salud. habla sonrie e interactua con los	Apoyo Psicosocial nutricionista	
		la madre informa a la agente educativa el día lunes 19-05-25, y la agente remite a nutrición y apoyo Psicosocial Por lo tanto se programa con la madre de familia visita en el hogar Para el día 20-05-2025 en horas de la mañana, ya que la madre refiere que el niño le van a dar Salida y que esta mejor de salud segun diagnostico medico.	presentes, la madre refiere que estuvo en el hospital en el area de observación por 3 días ya que presento segun diagnostico medico neumonia bacteriana, no especificada, y el día 20-05-2025, siendo las 6:44am le dieron Salida donde Según recomendaciones medicas el niño debe ser cuidado en casa, no exponerlo a los cambios climaticos por 3 días. apartir de 3 días llevarlo por medicina general.		

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
20-03-2025.	El apoyo psicosocial y nutricion. realizan recomendaciones a la madre de Familia que si en caso de seguir con los sintomas llevalo por el area de urgencias, tener los cuidados pertinentes en casa. como no exponelo a lluias y seguir las recomendaciones medicas y estar informando del estado de salud del niño Apoyo Psicosocial nutricionista
21-05-2025	Se realiza llamada, a la madre de Familia, donde se Pregunta Por la salud del niño y suevolución, donde la madre refiere que el niño se encuenta mejor de salud, sigue las recomendaciones del medico al pie de la letra y manifiesta que el niño no ha presentado fiebre. el equipo interdisciplinario recomienda a la madre seguir con los cuidados pertinentes y que en caso de presentar algun signo de alarma llevalo nuevamente al centro de salud, por el area de urgencias Apoyo Psicosocial. nutricionista

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Jose Daniel Arciniegas. **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Jardin 2 **AGENTE EDUCATIVO:** Mayra Vega

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 1-4-2025

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)
28-5-2025.	La madre llamo a las 9:am donde expresa que el niño amaneció con fiebre y tos por esa razon solicita permiso por el día de hoy.	se le recomendó a la madre que lo lleve al medico.			

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Jose Daniel Arciniegas UNIDAD DE ATENCIÓN: Jardin 2 AGENTE EDUCATIVO: Mayra Vega

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 1- 04 - 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)
7-4-25	La madre llamo y manifesto que el niño amanecio con fiebre y tos, y le va habrindar cuidado el dia de hoy en casa, asi mismo que le va a suministrar acetaminofen para la fiebre. segun como amanezca mañana asiste.	se le recomendo a la madre que lo lleve al medico ademas que facilite permiso por escrito.	8-4-25. el niño asistio sin novedad de fiebre		Alexa Ravelo
19-5-25	La madre envia un mensaje por medio whatsap que desde el viernes en la noche lo llevo al hospital y aun lo tiene en el hospital con tratamiento ya que le salio bronquioneumonia.	se le recomienda a la madre facilitar la formula medica o historia clinica.	se remite al apoyo de Salud y nutricion.		
			26-5-2025 el niño asistio a la novedad sin de gripa y fiebre.		