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

Unidad de Servicio sugerida: 401 Fronteras de Paz

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

Nacionalidad: _____

Número de documento: 1122343701

Fecha nacimiento: 18 04 2021

Nombres: Sergio

Apellidos: Arevalo Patiño

Presenta discapacidad? ( ) Si (X) No

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

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

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

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

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

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

Departamento residencia: Putumayo

Municipio de residencia: San Miguel

Zona: Rural

Barrio:

Vereda: Risoralda

Sector:

Dirección: Al frente del parque de la vereda

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

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

Tipo documento identidad: ( ) Tarjeta identidad (X) 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: 1006789.271

Nombres: Yuliza Yiseth

Apellidos: Patiño Carrera

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 31 10 2002

Correo electrónico: yulizacarrera@.gmail.com.

Número de celular: 3249710932

Número de fijo:

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

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

Nombre y Firma del padre, madre y/o cuidador: Yuliza Patiño Yuliza Patiño

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Mayra Vaya

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:
SERGIO ARNALDO PATIÑO

N° DOCUMENTO: 1.122343.701 **TIPO DOCUMENTO: RC** X **CC** ___ **OTRO** ___
FECHA DE NACIMIENTO: 18-04-2021 **EDAD:** 3A. 9 Meses
LUGAR DE NACIMIENTO: San Miguel la Dorada

NOMBRE DE LA UDS: Fronteras de Paz
CODIGO UDS: 867571126977 **BARRIO/VEREDA:** 7 de agosto
FECHA DE INGRESO: 1-04-2025 **FECHA DE RETIRO:** ___

SISBEN: A3 **EPS:** Emssanar **RÉGIMEN (C)**___ **(S)** X
DESPLAZADO: SI X **NO**___ **DISCAPACIDAD: SI**___ **NO** X **¿CUAL?** ___
GRUPO ETNICO: SI___ **NO** X **¿CUAL?** ___
GRUPO AFROCOLOMBIANO: SI___ **NO** X **¿CUAL?** ___
NOMBRE DE LA MADRE: Yuliza Yisth Patiño Carrera
N° CÉDULA: 1.006.789.271 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Miguel
NOMBRE DEL PADRE: ___
N° CÉDULA: ___ **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** ___
N° DE CELULAR: 3249710932
NOMBRE DEL ACUDIENTE: Yuliza Yisth Patiño Carrera
N° CÉDULA: 1.006.789.271 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Miguel la Dorada
DIRECCIÓN VIVIENDA: V/San Juan Bajo **ZONA POBLACIONAL: (R)** X **(U)**___
NUMERO DE CELULAR 3249710932 - 3222906997

Yuliza Patiño

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** 1442813

NUIP 1.122.343.701

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco X

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
AREVALO PATIÑO SERGIO

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)											Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año	2	0	2	1	Mes	A	B	R	Día	1	8	MASCULINO	O +

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

Fecha de Inscripción (Mes en letras)											Indicativo serial
Año	2	0	2	1	Mes	M	A	Y	Día	0	3	0061318449

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
PATIÑO CARRERA YULIZA YISETH

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.006.789.271	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
AREVALO ORTEGA EDISSON ABRAHAN

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.122.341.399	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
AREVALO ORTEGA EDISSON ABRAHAN

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.122.341.399

Espacio para notas
VALIDO PARA TRAMITES LEGALES Y CIVILES

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

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

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)											
Año	2	0	2	1	Mes	M	A	Y	Día	0	3

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL — Adhesivo Copia Registro Civil 26209267-8

Nombre y firma del funcionario

ROY EDISON CALLE QUIRAMA
Registrador del Estado Civil

sergio Patiño .



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.006.789.271
PATIÑO CARRERA

APELLIDOS
YULIZA YISETH

NOMBRES
Yuliza Patiño v

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 31-OCT-2002
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

05-NOV-2020 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

P-6401800-01178650-F-1006789271-20201112 0072436112A 1 53572443

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

A3

Fecha de consulta: 30/03/2025

Ficha: 86757674952700000408

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: SERGIO

Apellidos: AREVALO PATIÑO

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122343701

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 14/09/2021

Última actualización ciudadano: 14/09/2021

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARIA ZORAYDA LINARES MONTE

Dirección: Carrera 4 Calle 7 Esquina La Liberi

Teléfono: 4210537 - 32131387

Correo Electrónico: sisben@sanmiguel-putumayo.gov

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	1122343701
NOMBRES	SERGIO
APELLIDOS	AREVALO PATIÑO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	SAN MIGUEL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EMSSANAR S.A.S.	SUBSIDIADO	01/05/2021	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/13/2025 13:47:38	**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

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS EMSSANAR EPS SAS
Régimen Subsidiado

EMSSANAR EPS SAS, CERTIFICA que el afiliado relacionado a continuación, presenta la siguiente información a la fecha de su expedición:

Tipo y Número de identificación:	RC 1122343701
Apellidos:	AREVALO PATIÑO
Nombres:	SERGIO
Ficha Sisben:	86757674952700000408
Nivel Sisben:	Nivel I
Grupo Sisben	A03
Tipo de discapacidad:	Ninguna
Plan de salud:	Régimen Subsidiado
Estado de servicio:	Vigente
Fecha de Afiliación:	18/04/2021
Departamento de Afiliación:	PUTUMAYO
Municipio de Afiliación:	SAN MIGUEL
Zona:	Rural - Dispersal

IV - Afiliado cumple con metodología IV SISBEN.

IPS de atención de primer nivel

IPS	Direccion	Servicio
ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA - SAN MIGUEL (PUTUMAYO)	KR 7 # 1 - 36	MEDICINA GENERAL

Tiene derecho a recibir los servicios contemplados en el Plan de Beneficios en Salud.
Válida únicamente para comprobación de derechos de la red prestadora, en la fecha de expedición. No es válido para aclarar multiafiliación ni para traslados (Decreto 806 Artículo 55 y 56).

Señores Prestadores: Esta certificación es válida únicamente para corroborar el estado del afiliado en el momento de la prestación del servicio, de la población contratada y remitida periódicamente por la institución según normatividad. En ningún momento esta certificación puede ser empleada para reemplazar las autorizaciones necesarias para la prestación de servicios en los niveles superiores de complejidad

En constancia se firma el 31 de Marzo de 2025 a solicitud del interesado.

JEFE COMERCIAL
EMSSANAR EPS SAS

Toda certificación generada es almacenada en base de datos para su verificación, la modificación parcial o total de este documento puede incurrir en un delito.

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...Sanos



E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

Nombres: SERGIO	Apellidos: AREVALO
Fecha de nacimiento: 18 DÍA | 04 MES | 2021 AÑO	Historia Clínica: 1122343701
Barrio/Vereda: V/ SAN JUAN BOSCO	Responsable del niño:
Teléfono:	EPS: 118

CITAS PROGRAMADAS

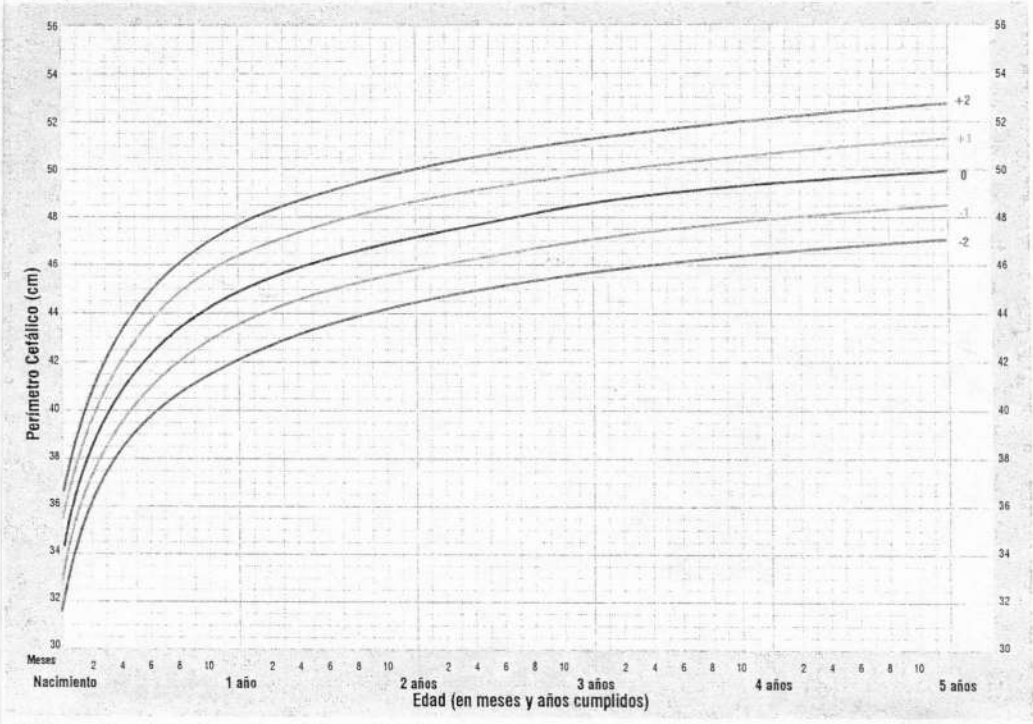
DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ	
				SI	NO
30	08	2021			
20	04	2021	Jef.		
18	Enero	2021	Enfermera		
25	0C	2022	Med y Enf.	Si	
20	02	23	ENF	Si	
17	04	23	MED		
18	octubre	2023	ENF	Si	
18	Abril	2024	Med.		
13	Abril	2025	ENF	SI	P. Lopez
18	Abril	2026	Medico		

10/R/Y



Perímetro Cefálico Niñas

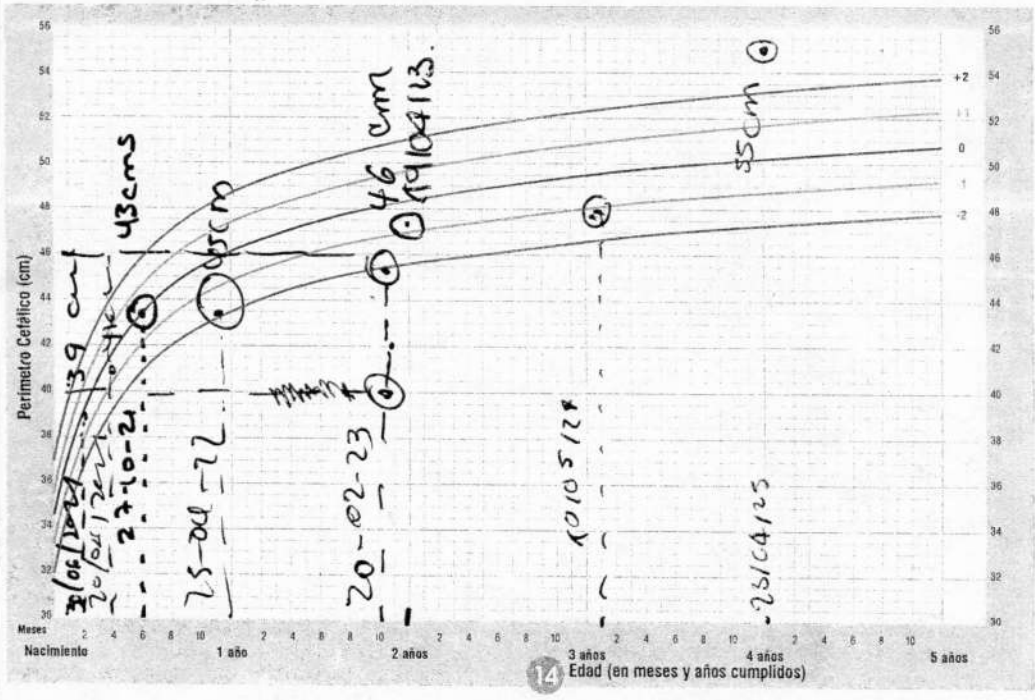
Puntuación Z (0 a 5 años)





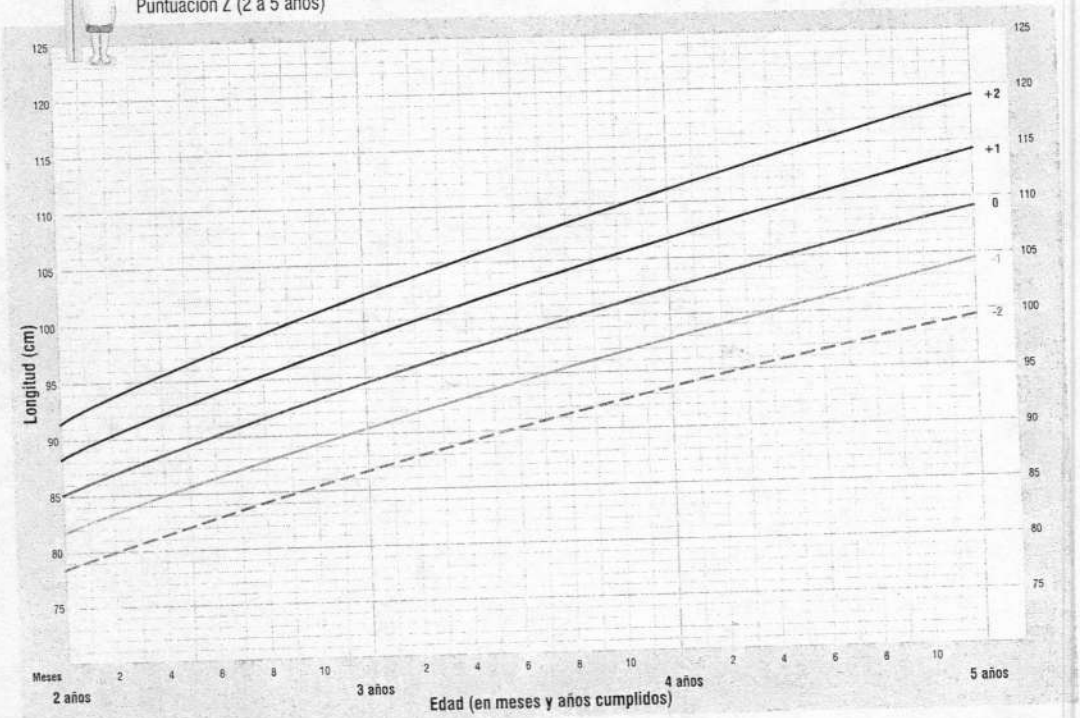
Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)



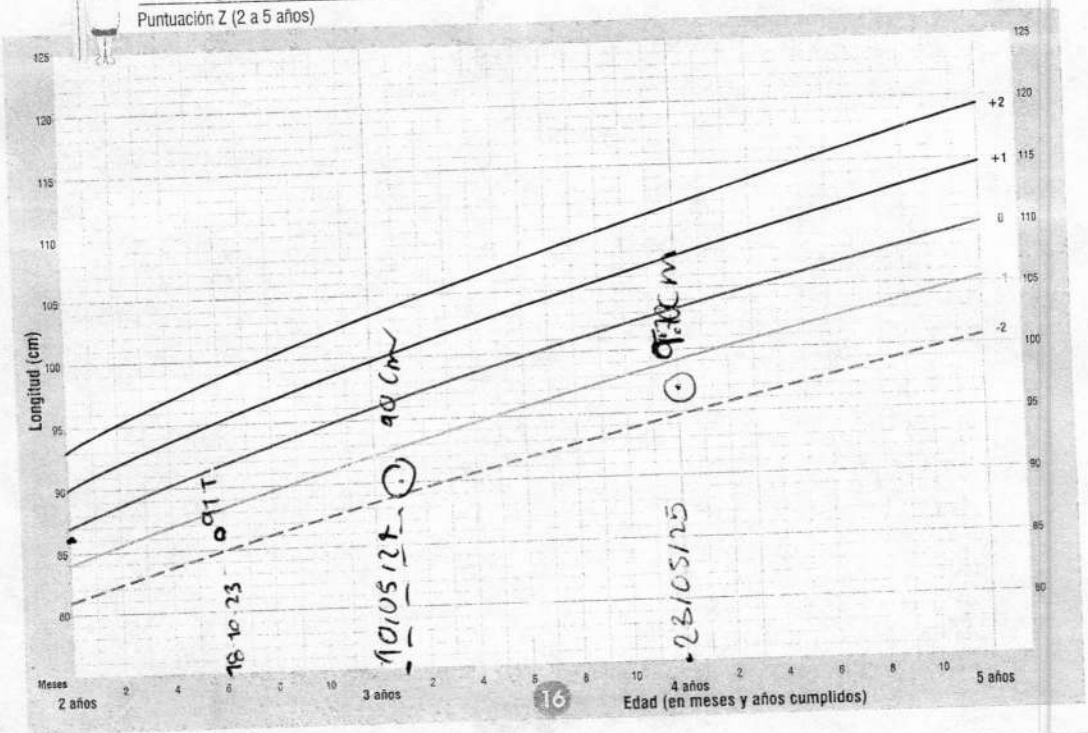
Talla para la edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



Talla para la edad Niños

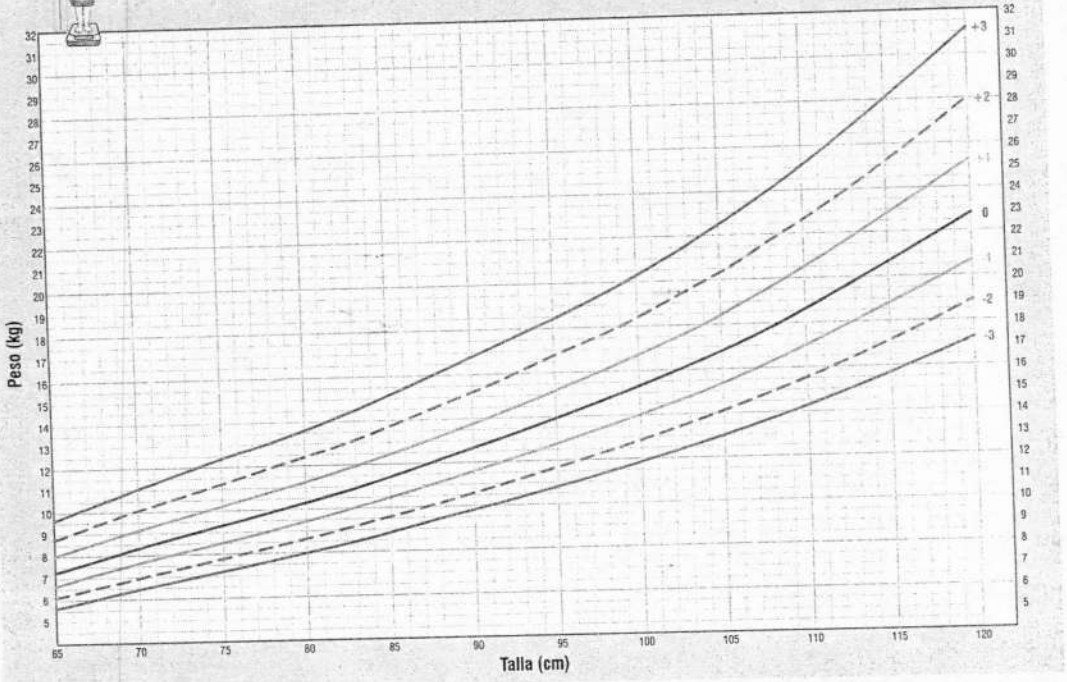
Puntuación Z (2 a 5 años)



7 2
R/V

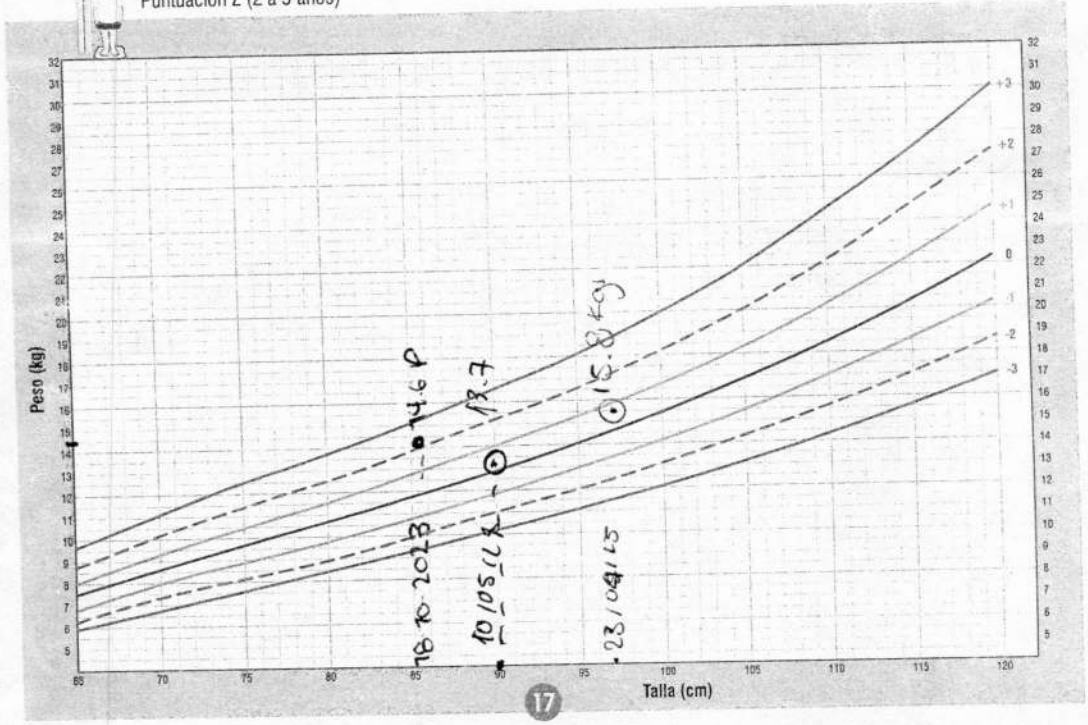
Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



Peso para la Talla Niños

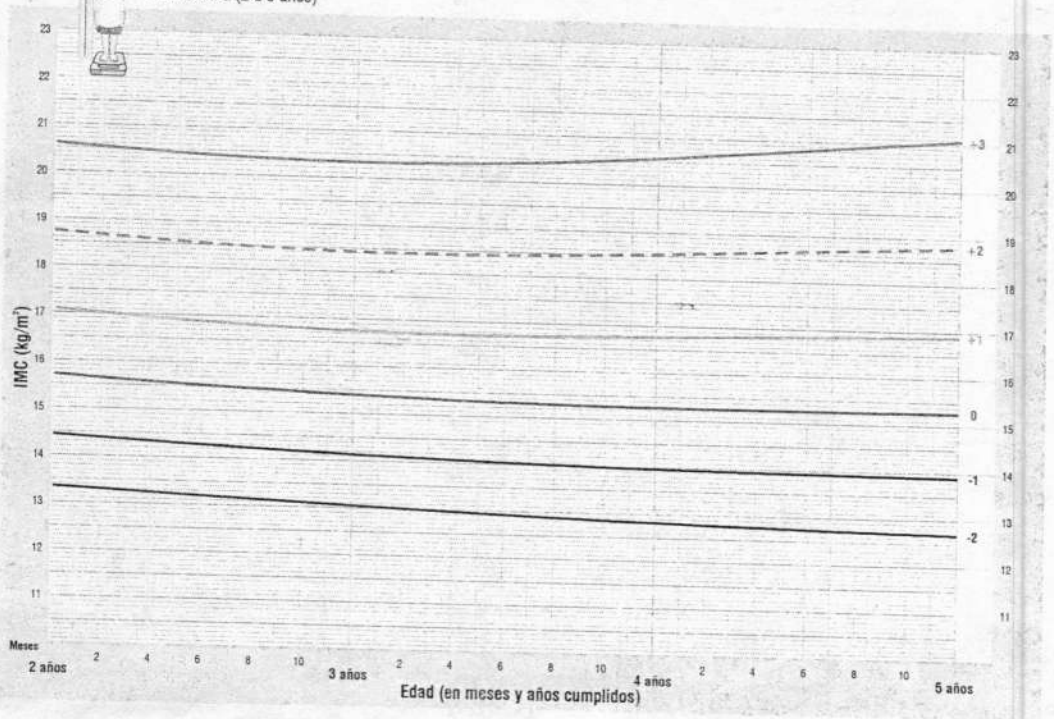
Puntuación Z (2 a 5 años)



13

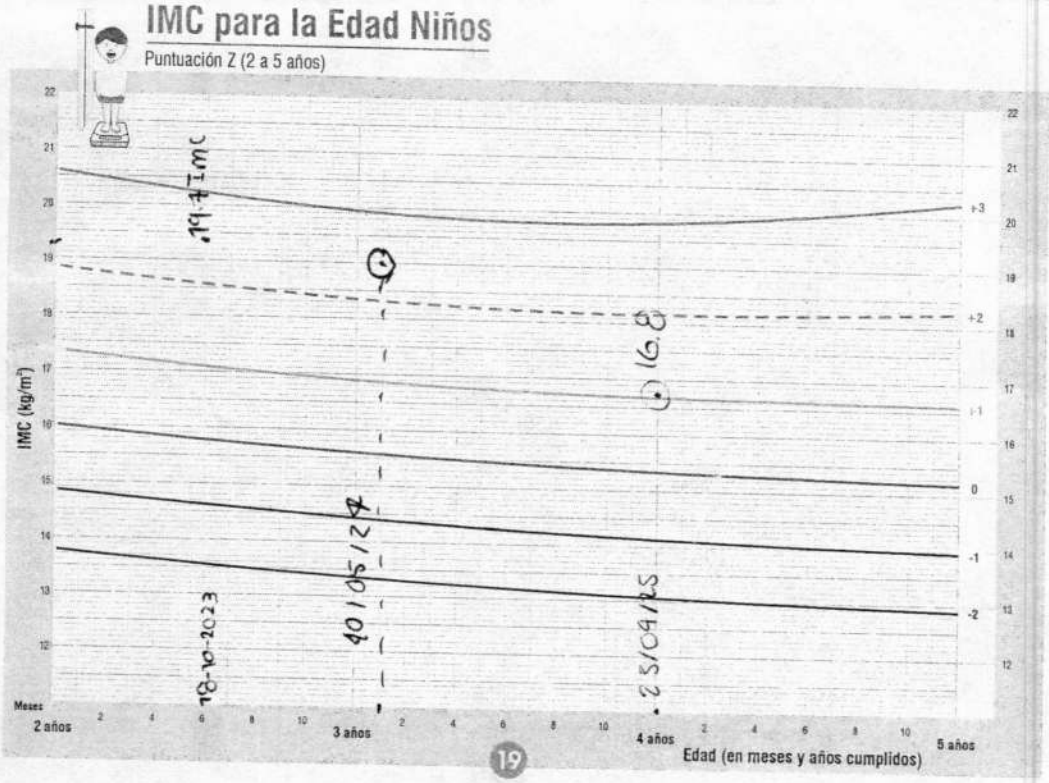
IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



CARNET RIAS — PRIMERA INFANCIA

E.S.E. Hospital Fronterizo LA DORADA

≠ Mi prioridad es tu salud



Nombres y Apellidos: Sergio Arevalo Patiño

Doc. de Identidad: 1122343701

EPS: Emssanar

Teléfono: 3222906997

Domicilio: V/ Risaralda

IMIENTOS / 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
r[illegible]én nacido por médico													
n salud por medicina general													
n salud por enfermería												23-4-2025	
n salud por Odontología							Proximo	control	18.	Abril	2026		
y apoyo de la lactancia materna													
de barniz de flúor											6- Marzo 2025	17-09-2025 11-03-2026	
remoción de placa													
de sellantes (Según Criterio)													

Lizeth Jiménez Trujillo
Enfermera Profesional
Reg 22083
Universidad de Caldas

ón

al 2020 Normal 23-4-2025 Higiene oral 11 Marzo 2025 Proximo control

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

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

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

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

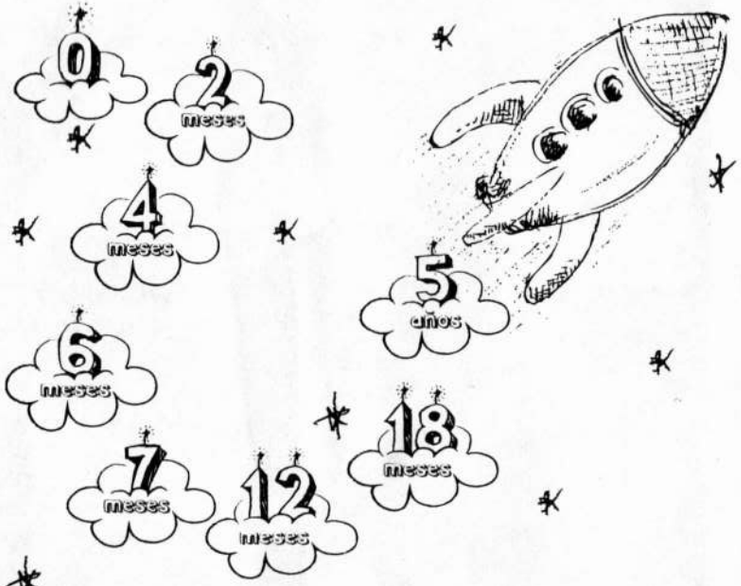
Valor reportado TSH:	
Fecha verificación:	
Profesional que verificó:	

Exíjalo

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

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

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



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

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

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

AIEPI
Porque mi vida hay que protegerla hoy

de cero a Siempre
ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Sergio Arevalo Patiño
Fecha de nacimiento: 18-Abril-2021
Nº de certificado de nacido vivo: _____
Registro civil: 1122343701
Sexo: MASCULINO
Grupo sanguíneo: _____
Peso al nacer: 3500 kg
Dirección: SAN JUAN BOCA
Teléfono: _____
Responsable: Luisa Patiño
Municipio de residencia: San Miguel
Departamento: Putumayo

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

Nombre: _____ Regist. Civil: _____

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de Aplicación Día Mes Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día Mes Año	Nombre del Vacunador
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva Sí | | No | |							
	Tuberculosis B.C.G.	Única	18- Abril -2021	Serv	037600BA	HFD		Ana Lagarda
	Hepatitis B	Recién nacido	18 - Abril - 2021	Serv.	032900 2A	HFD		Ana Lagarda
	Lactancia materna exclusiva Sí | | No | |						cita.	
	Polio (Oral - IM)	1ª	18- Junio 21	Serum	1800PJ2	HFLD	18 - junio - 2021	Dennis Narvaez.
2 Meses	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	18-06-21	Serum	28504028	HFLD		Dennis Narvaez
	Rotavirus	1ª	18-06-21	GSK	AHCLC764AA	HFLD		Dennis Narvaez
	Neumococo	1ª	18-06-21	GSK	ASPNB 286AB	HFLD		Dennis Narvaez
	Lactancia materna exclusiva Sí | | No | |							
	Polio (Oral - IM)	2ª	18-8-21	Serum	2017004	HFID	Cita	Talya b
4 Meses	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	18-8-21	Serum	28504021B	HFID	18- agosto	Talya b
	Rotavirus	2ª	18-8-21	GSK	AROIC772F.	HFID	2021	Talya b
	Neumococo	2ª	18-8-21	GSK	ASPNB308BA	HFID		Talya b
	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.						cita.	
6 Meses	Polio (Oral - IM)	3ª	19-10-21	Serum	2017004	HFID	18/Octubre/2021	Talya b
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	19-10-21	Serum	28504018D	HFID		Talya b
	Influenza	1ª	19-10-21	Serum	V3C13	HFID		Talya b.
7 Meses	Influenza	2ª	17-11-21	Sau	V3C131	HFD	cita	Ana Lagarda.
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	18-04/22	Serum	0130N1218	HFD	19/11/21.	edvac 18
	Fiebre Amarilla	1ª	27-oct 22	Sanofi	U3E57	HSCJ		Leonisa Gamez
12 Meses	Neumococo	Refuerzo	18-04/22	GSK/1	ASPNB230KA	HFD	CITA.	Edvac 18
	Influenza	Anual	27-oct 22	Sanofi	U3222008	HSCJ	18-Abril-2022.	Leonisa Gamez
	Hepatitis A	ÚNICA	18-04/22	MSD	V019226	HFID		ED vac 18
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1r Refuerzo	27 oct 22	Serum	2820Q06A	HSCJ		Leonisa Gamez
	Polio (Oral - IM)	1r Refuerzo	27 oct 22	Bidog	2141074	HSCJ		Leonisa Gamez
	Polio (Oral - IM)	2º Refuerzo						
5 Años	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2º Refuerzo						
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo	20/06/23	Serum	0181N071A	HFID		Hayeily V
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª						
	VPH	2ª						
	VPH	3ª						
	SR	REF	12/09/23	serum	0129QV018.	HFIO	cita 20/julio/23	EILANA C.
Vacunas complementarias y otras dosis								

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.

17
8/4

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 04 MES 04 AÑO 2025 HORA: 2:10 p.m

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Sergio APELLIDOS Arevalo

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [x] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1122343701

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 18 MES: 04 AÑO: 2021 / EDAD: 3 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Emssanar Tel: 3249710932

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)

Alerdo 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:** _____ que se me aplique la vacuna.

Firma de la persona: _____

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

Nombres Yuliza Apellidos Patiño

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1006789271

Firma: Yuliza Patiño J.

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 1.004695.938

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.

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 Sergio Arevalo Patiño, identificado (a) con documento de identidad número 1.122343.201 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, Yoliza Yoseth Patiño, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1.606.789.271 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 la Fundación alma de vida (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 Institucional.

Suscriben:

Firma: Yoliza Patiño
Nombre: Yoliza Yiseth Patiño.
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3249770932.
Fecha: 1-04-2025
Municipio: San Miguel

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

Yuliza Yiseth Patiño.
Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Agente educativa

Huella del niño/niña

EMPRESA DE ERGÍA DEL BAJO PUTUMA S.A. E.S.P.
Nit. 846.000.553-0 2-16568000-7
Autorretenedores Res. / de 25/01/2002
Responsables de IVA

"Generamos Desarrollo con Energía"

Vigilado Superservic

Código de Suscripción	SM 37214	Pago oportuno hasta:	21-ABR-2025	Mes Facturado
Factura Nro.	2037063280	Suspensión a partir de:	22-ABR-2025	MARZO 2025

1. Información General

Nombre:	OLMER HERNAN ARBOLEDA RUIZ		18 MAR 2025	Último pago	$
Dirección:	VDA RISARALDA	Tuvo servicio de energía entre:	05 FEB 2025 - 05 MAR 2025 (28)		25 MAR 20

Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Área	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Tarifa	División Geopolítica
[illegible]	[illegible]	58	1	RESIDENCIAL	RURAL	1	1.5	AEREA	EMPRESA	1	SAN MIGUEL - VEREDA RISARALDA

Tipo de Documento	Fecha y hora de Emisión	Fecha y hora de Generación	Medio de Pago	Forma de Pago		Factura Electrónica de Venta
FACTURA VENTA	2025-04-02	[illegible]	PAGO EFECTIVO	CONTADO	EEBP	180353

2. Información Consumo Energía

Componentes del Costo (CU): Generación + Transmisión + Distribución + Comercialización + Pérdidas + Restricción
527.50 + 19.35 + 253.23 + 121.95 + 20.79 + 14.68 = CU 1,038 ($/KwH)

2A. Información Medidor

Marca	Serial	Factor Múltiplo
[illegible]	[illegible]	[illegible]

2C. Liquidación Consumo del Periodo

Activa Kwh: 86
Reactiva KVarh: 0
89276.6
415.24
$ 53985.00
0 $ 0
5710.61
Tasa Interés Moratorio: 5

2D. Consumo Ultimos 6 Meses

Mes	Consumo
[illegible]	124
[illegible]	79
[illegible]	84
[illegible]	139
[illegible]	95
[illegible]	135

Promedio: 103

2E. Información Calidad del Servicio

Transformador SRS153 Cuenta 32
DIAS 95.56 HORAS 95.56 Circuito C14
Cuenta D 249.01 Descto %1.20
GLC 124.82
DIF 140.79 UH 160.06
HC 0.00 VC 6.00
Valor a Compensar 6,216.28

TRANSACCION EXITOSA

NUMERO TRANSACCION: 319031153
FECHA: 09/04/2025 HORA: 11:09:32
VENDEDOR: 1006848202
SUPERSERVICIOS DE MARINO S.A.
NIT: 800249355-1

CODIGO SEGURIDAD
>3842#3636*

RECAUDO EMPRESA DE ENERGIA DEL BAJO PUTU
MAYO EEBP
REFERENCIA: 2037063280
CLIENTE: *
VALOR PAGO: $43,380
FECHA PAGO: 09/04/2025 HORA:11:09:30
NRO SUSCRIPCION: 37214

TRANSACCION EXITOSA

4. Detalle Conceptos del Servicio de Energía

Conceptos EEBP	Valor Liquidado	Saldo Anterior	Saldo a Favor o Anticipado	TOTAL
ACTIVA SENCILLA MONOMIA	89276.60	0	0.00	89,277
SUBSIDIO	-53,985.00	0	0.00	-53,985
AJUSTE A SUBSIDIO	-2,570.00	0	0.00	-2,570
COMPENSACION RES.CREG 015/2018	-6,216.28	0	0.00	-6,216
AJUSTE A LA DECENA	-0.09	0	0.00	1
+ Conceptos EEBP				32,065

Alumbrado Público

	Convenio No.	Dirección PDR	Valor Periodo	Saldo Ant.	Valor Total
	ACUERDO 008 31/05/2023	[illegible]	[illegible]	[illegible]	5,315

Otros Facturado

	Uso	Valor Tarifa	Subsidio o Factor Solidario	Cargo Comercializ o Variables	Valor Tasa Ambiental	Saldo Anterior	Ajustes/Otros	Valor Total
[illegible]	[illegible]	0	0	0	0	0	0	0
[illegible]	[illegible]	6,000	0	0	0	0	0	6,000

		Dirección PDR y/o Teléfono	Valor Tarifa	Saldo Anterior	Valor Total
					0
					0
					0

Total EEBP 32,065 + [illegible] 5,315 + [illegible] 6,000 + [illegible] 0 = [illegible] 43,380

CUFE: [illegible]

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

www.eebpsa.com.co @eebpsaesp /eebpsa

Fact. Electronica: EEBP 180353

Resolución de facturación electrónica DIAN No [illegible]
de fecha [illegible] desde No [illegible]
vigencia [illegible]

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre 23 8/V

Ciudad La Dorada San Miguel

Nombre completo de la niña o niño Sergio Arevalo Patiño P1

Fecha de nacimiento 18 04 2021 **N° Documento de Identidad** 1122343701 H1

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Mayra R Vega.

Fecha de registro cualitativo 04 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 Sergio ha desarrollado diferentes habilidades motrices. que le permite jugar e interactuar con su cuerpo. Además es cariñoso, amable, respetuoso, amistoso. y carismatico ofreciendo su ayuda si lo requiere. Nos demós escucha atentamente cuentos o historias. participa y trabaja en equipo y hace amigos, se continuará con las actividades programadas

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Mayra Vega

Fecha de registro cualitativo Día 3 10 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 Sergio. demuestra su amabilidad y cariño hacia los demós. con abrazos, juega de forma cooperativa con otros niños. comprende reglas simples de juego. muestra más empatía y puede expresar una gama amplia de emociones. se conoce algunos colores. y formas. se continuará con las actividades pedagogicas planteadas.

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																																							
	Comunicación						Interacción						Construcción de normas			Relación consigo misma/o																										
	Verbal			No verbal			Independencia			Cooperación			Autonomía			Identidad						Autoestima			Manejo corporal			Conocimiento de los objetos			Relaciones de causalidad			Representación de la Realidad Social					
																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	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

24
R/V

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Sergio Patiño **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)
2-12-2025	la madre llamo y manifesto que la moto amaneció pinchada y no podia venir hacerlo al niño ya que vive en la finca siempre lejos del pueblo.	se le recomendo que se apoye con su red familiar.		Yuliza Patiño

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

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	3- 12- 205 el niño asiste a la unidad normalmente

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: Sergio Acevedo. UNIDAD DE ATENCIÓN: Jardín 2 AGENTE EDUCATIVO: Mayra V.

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)
27-11-2025	la madre llamo manifestando que el niño amaneció con fiebre la cual ella le dio acetaminofen lo va llevar en casa para observar si le vuelve la fiebre para llevarlo al medico.	se le recomienda llevarlo al hospital. - El niño		Yuliza Patiño

1-12-2025 d'un oiseau sur novembre

BIENESTAR FAMILIAR

26/11/25

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Sergio A. Patiño UNIDAD DE ATENCIÓN: Jardín 2 AGENTE EDUCATIVO: Marisa 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)
25-11-2025	La madre llamo a las 7:35 am manifestando que el niño amaneció con tos por esa razón no asiste el día de hoy	se le recomienda a la madre llevarlo al hospital.		Yolima Patiño

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	26 - 11 el niño asistió al CDI sin novedad

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

27
R/V

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Sergio Arevalo- 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)
3-10-2025	• se realizo el llamado a lista donde se observo que el niño no asistio a la unidad.	La madre envio un mensaje por whatsap manifestando que por motivo de la lluvia, ademas viene de la finca. Asi mismo se recomendo que se apoyara en su nucleo familiar para que el niño no falte a la unidad.		Yuliza Patiño

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	6- 10-2025 el niño regresa a la unidad.

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

28

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Sergio Acevalo. **UNIDAD DE ATENCIÓN:** jardin 2 **AGENTE EDUCATIVO:** Hayra 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)
22-8-2025	La madre llamo a la 8H30 am manifestando que el niño no asistia ya que no tenia quien se lo traiga porque ella estaba muy delicada de salud.	se le recomendo a la madre que se apoye en su red familiar para que el niño no falte a la unidad.		Yuliza Patiño

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	25- 8-2025 el niño asiste nuevamente a la unidad sin novedad.

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

322 290 69 97

29
R/r

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Sergio. Arevallo. **UNIDAD DE ATENCIÓN:** jardin 2 **AGENTE EDUCATIVO:** Moyra 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)
26-8-2025	se realizo la llamada a la madre quien expresa que amanecio con muchos tos y gripa, por esa razón no asiste a la unidad. de atención. le esta suministrando acetaminofen y remedios caseros y miel tertos.	se le recomienda a la madre. llevarlo al medico para que no lo automedique.		
27-8-2025	se recibe reporte por parte de agente educativa. comentando que el niño no asistio los dias 26 y 27 de agosto.	se realiza llamada telefonica con el fin de indagar estado de salud del niño manifestando que se encuentra muy bien acompañado adecuadamente. informa que el dia de mañana se reintegra al CDI. se atenta en informa cualquier novedad en salud.	Apoyo Psicosocial.	

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
28/08/2025	Se realiza llamado a casa y se encuentra que el niño aun no retorna al CDI, en comunicación con la madre de familia, comunica que el niño. esta cuidado en casa ya que llovio y no quere que se vuelva a poner mal de la gripa por eso envia permiso por el dia de hoy. 1-9-2025 el niño asiste a la unidad. sin novedad de gripo o tos. Yuliza Patiño.

30
R/V

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Sergio Acevedo **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Jardín 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)
14-8-2025	La madre envia un mensaje por medio whatsapp manifestando que el niño no asiste por motivo que amaneció con fiebre. Además le suministro Acetomeno. fen y emvion de scoth. por la gripa y fiebre.	se le recomendo a la madre que lo lleve al medico		Yudra Patiño.

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	15-8-2025 la madre expresa que el niño amaneció con mucha tos. además con fiebre y le esta realizando remedios caseros. según como siga lo lleva al medico. 19-8-2025 el niño asiste sin novedad de tos. ni gripa.

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Sergio Patiño **UNIDAD DE ATENCIÓN:** jardin 2 **AGENTE EDUCATIVO:** Moyra 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)
9-6-2025	La madre envia un mensyé por whatsap manifestando que se le presento un asunto familiar y tiene que viyar a la ciudad de Pasto.	se le recomienda a la mamá facilitar el permiso por escrito.		Madre Patiño.

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	11 – 6 – 2025 el niño asiste a la unidad sin novedad

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: Sergio Arevalo. **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)
16-5-2025.	Siendo las 2PM se acerca la madre del niño solicitando Permiso para llevar al niño ya que en la hora de la Salida no tiene quien lo recoja.	se recomienda prestarle los Debidos cuidados en el transcurso a la finca donde se dirige.	19-5-2025 el niño visita sin ninguna novedad.		Yoliza Patiño.
3-6-2025	La madre llamo a las 7:20am manifestando que el niño amaneció con calentico y le Suministro acetamenosen según como siga llevara al medico	se le recomendo a la madre llevarlo al medico que no lo automedique	4-6-2025 el niño asiste a las labores ordenadas la mamá expresa que si después el niño le da fiebre o tos la llevara		Yoliza Patiño.

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Sergio Patiño **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Jardín 2 **AGENTE EDUCATIVO:** Paola 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)
9-12-2025	La madre llamo a las 7:50 am manifestando que el niño amaneció con dolor de estomago ya que la mamá lo había purgado el día anterior.	se le recomienda a la madre. que lo lleve al medico.		9/12/25 Patiño
12-12-2025.	La madre llamó a las 8H10 am manifestando que se varo la moto. y que le hace dificil transportarse ya que vive en la finca. de la vereda Risoralda	se le recomendo a la madre que se apoye de su red de apoyo. para que el niño no falte al cdi.		

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	10 - 12 - 2025 el niño asiste normalmente pero sin embargo la madre expresa que si el niño presenta dolor o diarrea que la llame inmediatamente.

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