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

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

Unidad de Servicio sugerida: CDI Fronteras de Paz

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

Número de documento: 1126144351

Fecha nacimiento: 10 | 04 | 2022

Nombres: Emmanuel **Apellidos:** Salazar

Presenta discapacidad? ( ) Si (●) No

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

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

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

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

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

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

Departamento residencia: Putumayo **Municipio de residencia:** San Miguel **Zona:** Rural **Barrio:** Chorro **Vereda:**

Sector: **Dirección:** Diagonal a la Drogueria.

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

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

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

Número de documento: 1126445641

Nombres: Heidy **Apellidos:** Romo **País de nacimiento:** Colombia **Fecha nacimiento:** 19 | 12 | 2004

Correo electrónico: Heidyromo19@gmail.com **Número de celular:** 3132331523 **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: Heidy Romo

Nombre y Firma del profesional que diligencia: leidy C.

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:
Emmanuel Salazar Romo

Nº DOCUMENTO: 1126144351 **TIPO DOCUMENTO: RC** X **CC** ___ **OTRO** ___
FECHA DE NACIMIENTO: 10-abril-2022 **EDAD:** 2 años-11 m
LUGAR DE NACIMIENTO: Ecuador

NOMBRE DE LA UDS: CDI Fronteras de Paz
CODIGO UDS: 8675113738 6 **BARRIO/VEREDA:** B/ Floresta
FECHA DE INGRESO: 01-04-2025 **FECHA DE RETIRO:** ___

SISBEN: B-1 **EPS:** Emssanar **RÉGIMEN (C)** ___ **(S)** X
DESPLAZADO: SI ___ **NO** X **DISCAPACIDAD: SI** ___ **NO** X **¿CUAL?** ___
GRUPO ETNICO: SI ___ **NO** X **¿CUAL?** ___
GRUPO AFROCOLOMBIANO: SI ___ **NO** X **¿CUAL?** ___
NOMBRE DE LA MADRE: Heidy Yolieth Romo Paez
Nº CÉDULA: 1126445641 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Valle del Guamuez
NOMBRE DEL PADRE: Manuel Agustin Salazar Manrique
Nº CÉDULA: 83044152 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Pitalito
Nº DE CELULAR: ___
NOMBRE DEL ACUDIENTE: Heidy Romo Paez
Nº CÉDULA: 1126445641 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Valle del Guamuez
DIRECCIÓN VIVIENDA: B/ Chorro **ZONA POBLACIONAL: (R)** X **(U)** ___
NUMERO DE CELULAR 3132331523

Heidy Romo
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Leidy Calderon
NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1126144351

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 57303388

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [X] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código Y 4 Z

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
ECUADOR , SUCUMBIOS , NUEVA LOJA

Datos del inscrito

Primer Apellido: SALAZAR
Segundo Apellido: ROMO
Nombre(s): EMMANUEL
Fecha de nacimiento: Año 2022 Mes ABR Día 10
Sexo (en letras): MASCULINO
Grupo sanguíneo: O
Factor RH: +
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): ECUADOR , SUCUMBIOS , NUEVA LOJA,LAGO AGRIO

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos: REGISTRO DE NACIMIENTO EXTRANJERO
Número certificado de nacido vivo: 2150727861

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: SALAZAR MANRIQUE MANUEL AGUSTIN
Documento de identificación (Clase y número): CC 83044152
Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: ROMO PAEZ HEIDY YULIETH
Documento de identificación (Clase y número): CC 1126445641
Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: ROMO PAEZ HEIDY YULIETH
Documento de identificación (Clase y número): CC 1126445641
Firma: Heidy Romo

Datos Primer testigo

Apellidos y nombres completos: XXXXXXXXXXXXXXXX
Documento de identificación (Clase y número): XXXXXXXXXXXXXXXX
Firma: SIN FIRMA

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos: XXXXXXXXXXXXXXXX
Documento de identificación (Clase y número): XXXXXXXXXXXXXXXX
Firma: SIN FIRMA

Fecha de inscripción: Año 2023 Mes ENE Día 11

Nombre y firma del funcionario que autoriza
MAURA MERCEDES CAMACHO TORRES
Nombre y firma

Reconocimiento paterno
MANUEL AGUSTIN SALAZAR MANRIQUE
Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
MAURA MERCEDES CAMACHO TORRES
Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

Fiel copia del original expedida el 2023/01/11 por MAURA MERCEDES CAMACHO TORRES, CONSUL en el Consulado de Colombia

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

* 57303388 *

CONSULADO EN NUEVA LOJA (ECUADOR)

El suscrito (a) CONSUL certifica que el presente documento es fiel COPIA del REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO tomada de su original que reposa en el Ministerio de Relaciones Exteriores, con serial 57303388 de EMMANUEL SALAZAR ROMO.

Se expide para DEMOSTRAR PARENTESCO.

La copia se expide el 11 de enero de 2023.

MAURA MERCEDES CAMACHO TORRES
CONSUL
NUEVA LOJA

La autenticidad de este documento puede ser verificada en:
http://verificacion.cancilleria.gov.co
Código de Verificación:CRXBL13445566



CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.126.445.641

Apellidos
ROMO PAEZ

Nombres
[illegible]

Nacionalidad
COL

Estatura
1.56

Sexo
F

Fecha de nacimiento
19 DIC 2004

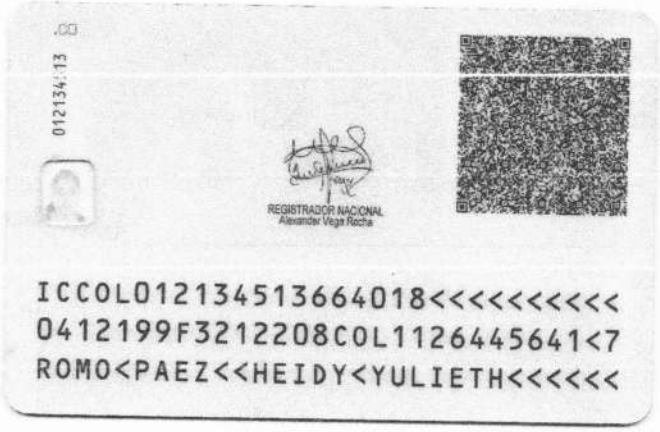
G.S.
O+

Lugar de nacimiento
VALLE DEL GUAMUEZ
(LA HORMIGA)(PUTUMAYO)

Fecha y lugar de expedición
20 DIC 2022, SAN MIGUEL(LA DORADA)

Firma
Heidy Romo

Fecha de expiración
20 DIC 2032



.00

012134:13

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL012134513664018<<<<<<<<<<
0412199F3212208COL1126445641<7
ROMO<PAEZ<<HEIDY<YULIETH<<<<<<



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 83.044.152

SALAZAR MANRIQUE

APELLIDOS

MANUEL AGUSTIN

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 06-ENE-1984

PITALITO
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA

A+ G.S. RH

M SEXO

03-SEP-2002 PITALITO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-6402800-00837346-M-0083044152-20160621 0050204049A 1 46162025

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 25/03/2025

Ficha: 86757674952700005714

B1

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: EMMANUEL

Apellidos: SALAZAR ROMO

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1126144351

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 22/06/2023

Última actualización ciudadano: 22/06/2023

Última actualización via registros administrativos: 25/11/2023

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARIA ZORAYDA LINARES MONTERO

Dirección: Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libertad

Teléfono: 4210537 - 3213138790

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

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEducación - Ministerio de Educación
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ICETEX

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	1126144351
NOMBRES	EMMANUEL
APELLIDOS	SALAZAR ROMO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	SAN MIGUEL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EMSSANAR S.A.S.	SUBSIDIADO	27/06/2023	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	12/05/2025 10:08:09	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...Sanos



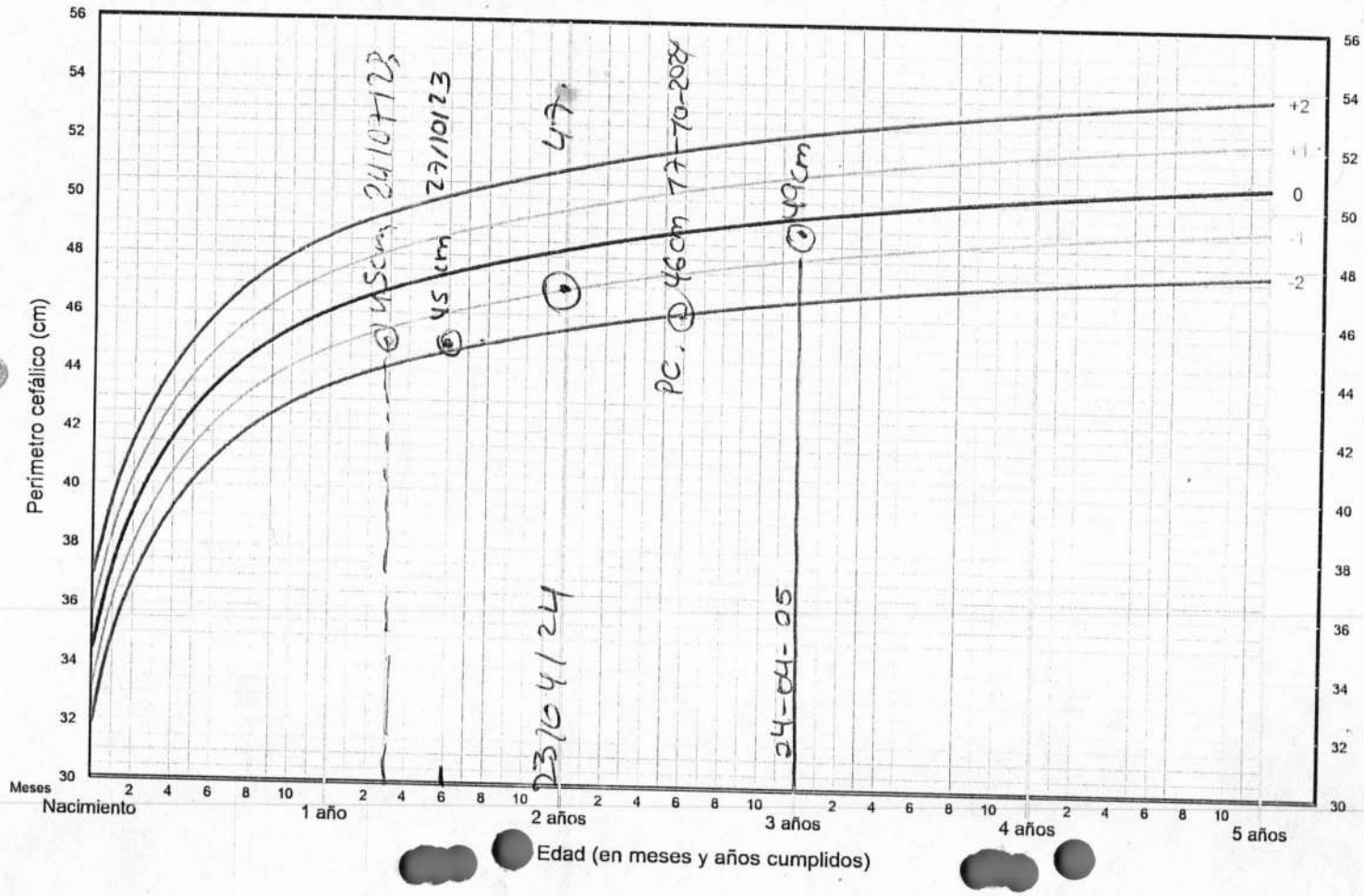
E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

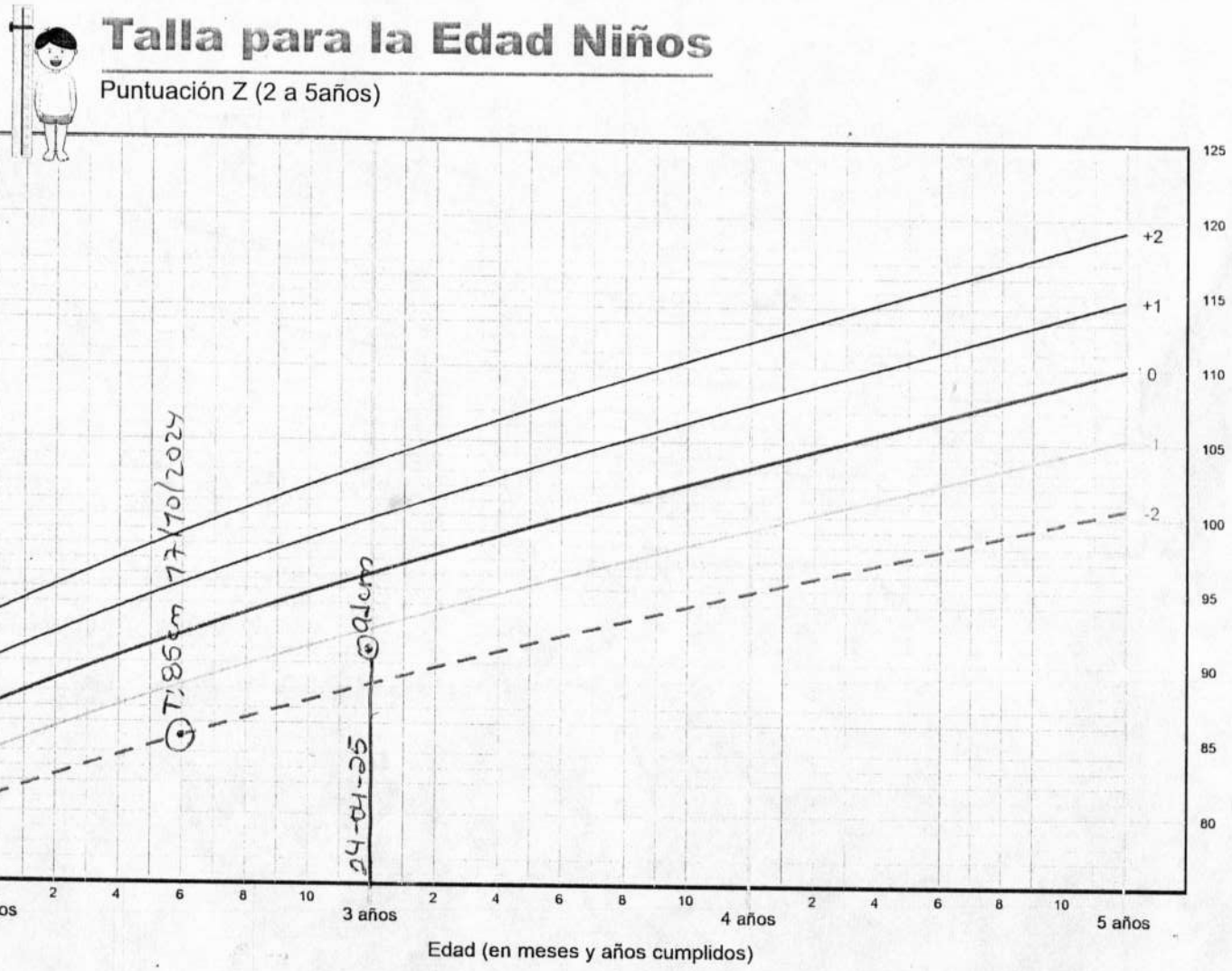
MIS DATOS

Nombres: EMMANUEL	Apellidos: SALAZAR ROMO
Fecha de nacimiento: 10 (DIA) | 04 (MES) | 2022 (AÑO)	Historia Clínica: 1112614435 1
Barrio/Vereda: Pto Colón	Responsable del niño: LEIDY ROMO
Teléfono: 3132331523	EPS:

Perímetro Cefálico Niños

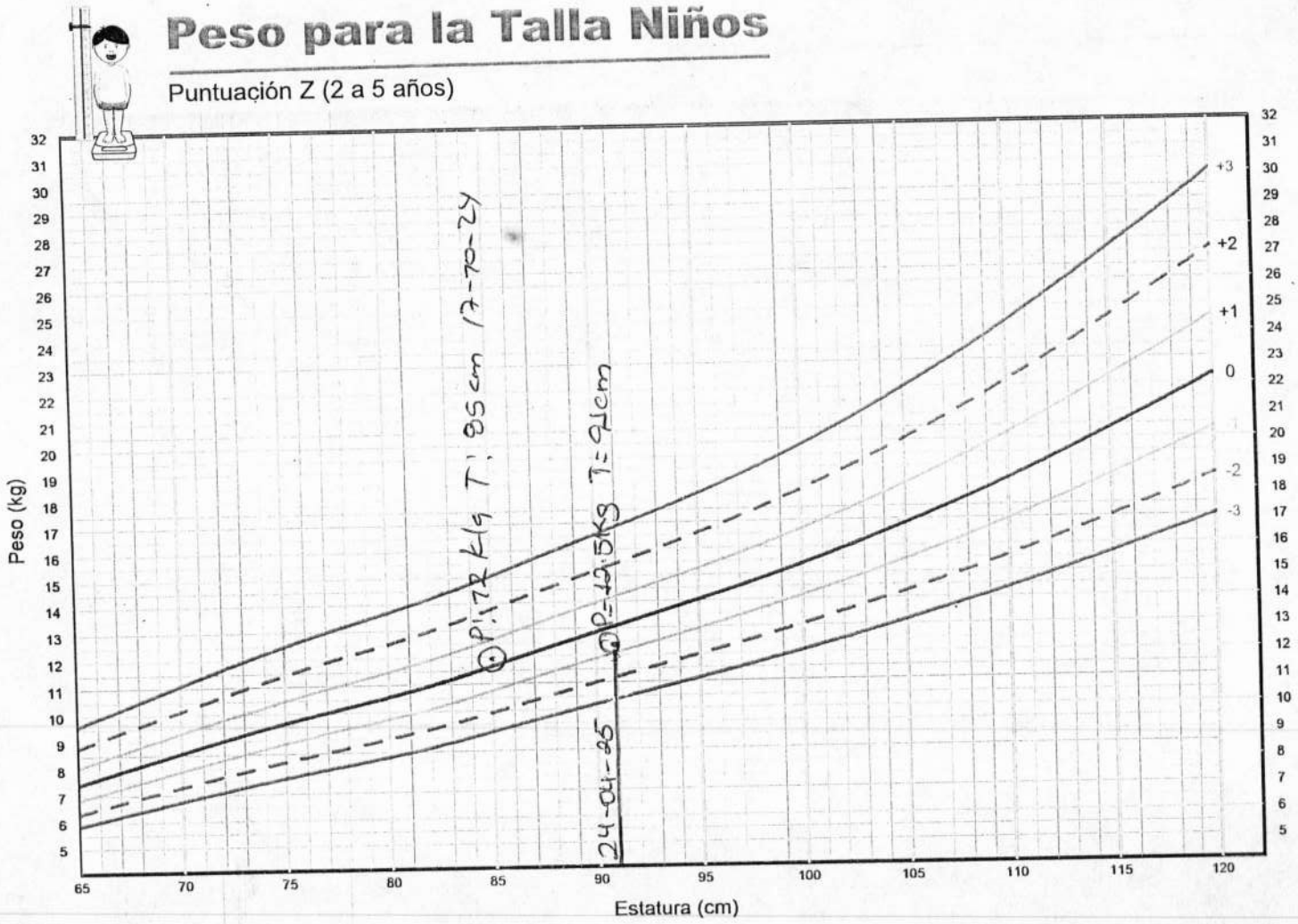
Puntuación Z (0 a 5 años)

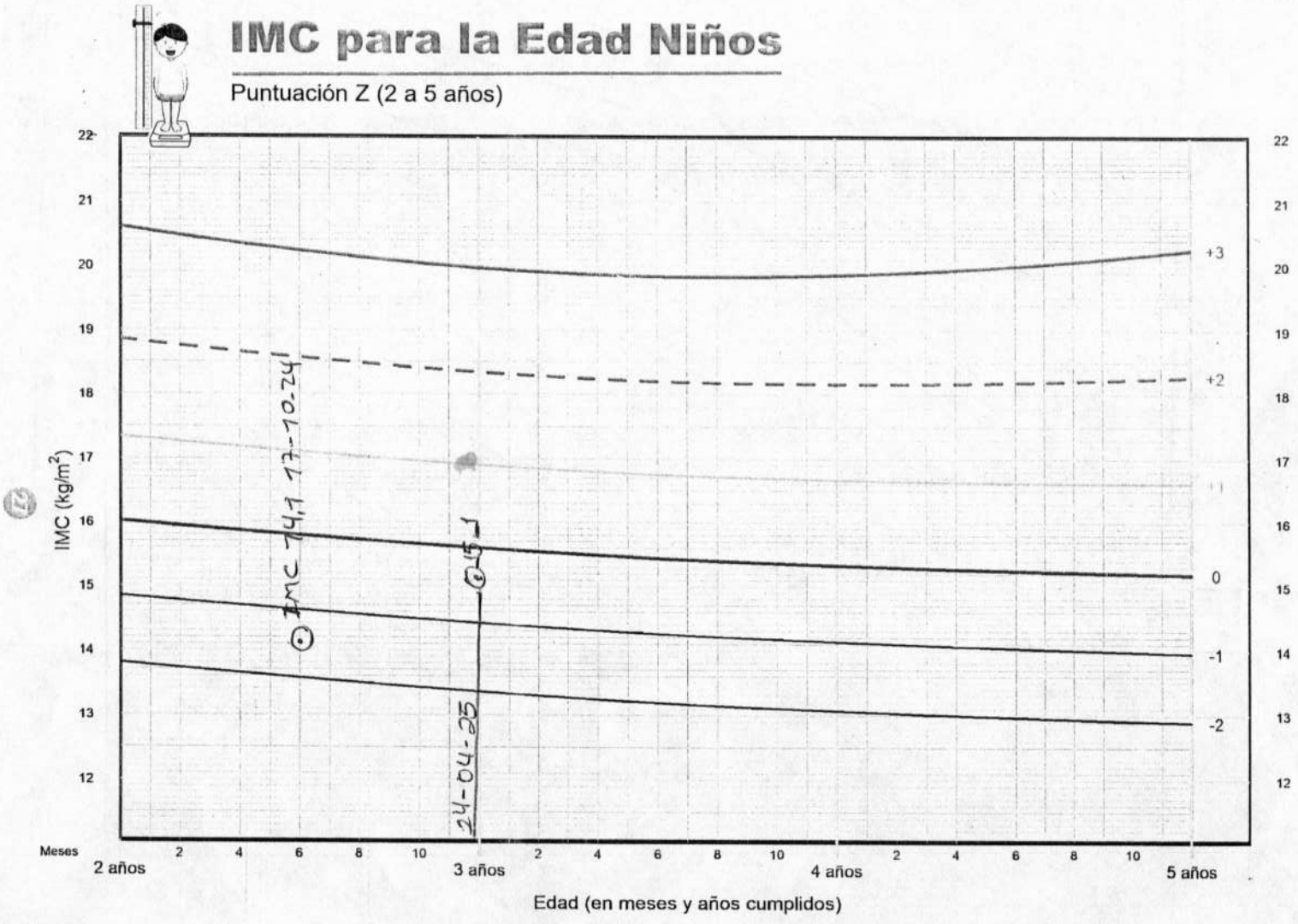



Talla para la Edad Niños
Puntuación Z (2 a 5años)
Talla (cm)
125
120
115
110
105
100
95
90
85
80
+2
+1
0
-1
-2
17/10/2024
24-04-25
Meses
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)

Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)




IMC para la Edad Niños
Puntuación Z (2 a 5 años)
IMC (kg/m²)
22
21
20
19
18
17
16
15
14
13
12
+3
+2
+1
0
-1
-2
IMC 14,1 17-10-24
24-04-25
Meses
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)

CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ	
				SI	NO
24	10	23	Medico	[illegible]	
23	04	24	Medico	SI	
18	Oct.	2024	Ent	SI	
10	Abril	2025	Medico	SI	
10	Abril	2026	Jefe		

Dra. Magaly Cabrera
Médico General
M.P.P.S. 67027189-Univalle

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
24/09/23	9.3	80	44	16	14.5	24/10/23	
27/10/23	10	76,5	45	15	17	10/04/24	
23/04/24	10,7	83	47	15	15,5	10/10/24	Dra. Majaly Médica Ge R.M. 67027189
17-10-2024	11	85	45	14,7	14,7	10-04-2025	Milena C-
24-04-25	12.5	91	49	16	15.1	10-04-2026	

13
R/V

res y Apellidos: [redacted] Tipo de Ind[redacted]ción No. ID:

	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio		Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
			Lactancia materna exclusiva			Si ☐		No ☐					
no	Tuberculosis meníngea (BCG)	Única	19	04	22	Sercm	O	3 7 0 6 1 1 0	ECUADOR				ECUADOR
	Hepatitis B	Recién nacido	19	04	22	Sercm	O	3 2 0 4 0 1 1 C	ECUADOR				ECUADOR
			Lactancia materna exclusiva			Si ☐		No ☐					
	Poliomielitis (VIP)	1ª	10	06	22	BIOLO	2	1 4 3 0 5 0					
Pentavalente	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1ª	10	06	22	Sercm	2	2 0 1 0 2 1 2 1	ECUADOR				TRAIDO DE CARNET HFID.
Pentavalente	Hepatitis B	1ª	10	06	22	Sercm	2	2 0 1 0 2 1 2 1					
Pentavalente	Difteria, Tétanos, Tosferina	1ª	10	06	22	Sercm	2	2 0 1 0 2 1 2 1					
Pentavalente	Diarrea por rotavirus	1ª	10	06	22	GSK	A	R U L E 4 5 B					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	1ª	10	06	22	GSK	A	S P N B 3 4 0 A.					
			Lactancia materna exclusiva			Si ☐		No ☐					
	Poliomielitis (VIP)	2ª	12	07	22	BIOLO	2	1 4 3 0 0 6					
Pentavalente	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2ª	12	07	22	Sercm	2	2 0 1 0 2 1 2 1	ECUADOR				TRAIDO DE CARNET HFID.
Pentavalente	Hepatitis B	2ª	12	07	22	Sercm	2	2 0 1 0 2 1 2 1					
Pentavalente	Difteria, Tétanos, Tosferina	2ª	12	07	22	Sercm	2	2 0 1 0 2 1 2 1					
Pentavalente	Diarrea por rotavirus	2ª	12	07	22	GSK	A	R C L O E 4 0 B					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	2ª	12	07	22	GSK.	A	O P N B 3 4 0 A					
			Lactancia materna exclusiva			Si ☐		No ☐					
	Poliomielitis (VIP)	3ª	15	08	22	BIOLO	2	1 4 0 0 6					
Pentavalente	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3ª	15	08	22	Sercm	2	2 0 1 0 2 1 2 1	ECUADOR				TRAIDO DE CARNET HFID
Pentavalente	Hepatitis B	3ª	15	08	22	Sercm	2	2 0 1 0 2 1 2 1					
Pentavalente	Difteria, Tétanos, Tosferina	3ª	15	08	22	Sercm	2	2 0 1 0 2 1 2 1					
	Influenza estacional	1ª	28	05	22	BUTANTAN	2	4 0 0 0 4 9 0 0	HFID				JENITER C.
s	Influenza estacional	2ª	28	06	22	BUTANTAN	2	4 0 0 9 7 9 0 0	HFID				KERLY J.
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1ª	28	06	22	BUTANTAN	2	4 0 0 9 7 9 0 0	HFID				JENITER C.
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	Refuerzo	15	08	22	GSK	A	S P N B 3 4 0 A.	ECUADOR				TRAIDO DE CARNET HFID
	Varicela	1ª	12	04	23	MSD.	X	O O 2 2 7	ECUADOR				
	Hepatitis A	Única	12	04	23	MSD.	W	U 3 1 6 0 7	ECUADOR.				
	*Influenza estacional	Anual	12										
	Poliomielitis (VIP)	1er Refuerzo	10	10	23	BIOLO	2	2 3 4 0 0 1 A	HFID				JENITER C
s	Difteria, Tosferina y Tétano DPT ☐ Pentavalente ☐	1er Refuerzo	10	10	23	Sercm	2	8 5 1 4 0 3 3 C	HFID.				JENITER C
	**Fiebre Amarilla	Única	27	10	23	SANOFI	W	3 0 0 0 1 V	HFID				SACLIM
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2ª	10	10	23	Sercm	O	1 3 2 N 0 4 8 B	HFID				JENITER C.
	Poliomielitis (VIP) ☐ (VOPb) ☐	2do Refuerzo											
;	Difteria, Tétanos, Tosferina	2do Refuerzo											
	Varicela	Refuerzo											
e	Virus del papiloma humano (VPH)	1ª											
s		2ª											
		3ª											

Tuberculosis meningea, **H**epatitis B, **P**oliomielitis, **M**eningitis y otras enfermedades causadas por Haemophilus Influenzae tipo B, **D**ifteria, **T**osferina, **T**étanos, **D**iarrea por rotavirus; **N**eumonía, **O**titis, Meningitis bacteriemia causada por Neumococo, **E**nfermedad respiratoria causada por el virus de la Influenza, **S**arampión, **R**ubéola, **P**arotiditis, **V**aricela, **H**epatitis A, **F**iebre Amarilla y **V**irus del Papiloma Humano.



Busca ya las vacunas

¡es gratis, hazlo de una!

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección de Promoción y Prevención

Subdirección de Enfermedades Transmisibles

Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles

Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

www.**minsalud**.gov.co @MinSaludCol

SUPLEMENTACIÓN CON MICRO

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

VALORACIÓN DE LA SAL
- AGUDEZA VISU

3 años			
4 años			
5 años			

*Menor o igual a 20 m

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

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

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

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

FORTIFICA
MICRONUT

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

ATENCIÓN EN S

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





Carné de Vacunaci





Nombres y Apellidos ESTMANUE

SALAZAR ROMO

X R.C			1.126.144.
	TI	OTRO	

Tipo de Documento — No. de Doc

Fecha de Nacimiento 10 04

Sexo: MASCULINO

Grupo sanguíneo: O+

Peso al nacer: 3500 K/g Talla

Dirección: V/La Y

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Responsable: MEDY ROM

Municipio de residencia: SANMI

Departamento: PUTUMAYO

MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA DE INFORMACIÓN NOMINAL
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES PAIWEB
CARNET DE VACUNACIÓN

Nombres y Apellidos: EMMANUEL SALAZAR ROMO Documento: RC 1126144351 Fecha Nacimiento: 10/04/2022 Fecha Generación: 27/02/2024

Edad	Me protege de	Dosis	Tipo Esquema	Fecha de Aplicación			Laboratorio	Número de lote	IPS Vacunadora	Fecha próxima cita			Nombres y apellidos del vacunador
				Dia	Mes	Año				Dia	Mes	Año	
Recién nacido	BCG	Única	PAI	19	4	2022	Serum	0370G110	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA				STACCIEE SAOLY MARTINEZ OJEDA
12 meses	Fiebre amarilla	Única	PAI	27	10	2023	Sanofi Pasteur	W3D501V	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA				STACCIEE SAOLY MARTINEZ OJEDA
18 meses	Pentavalente PAI	Primer Refuerzo	PAI	10	10	2023	Serum	2851Y033C	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	9	10	2025	STACCIEE SAOLY MARTINEZ OJEDA
	Antipolio Inactivo (VIP)	Primer Refuerzo	PAI	10	10	2023	Bilthoven Biologicals BV	2234001A	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	7	4	2025	STACCIEE SAOLY MARTINEZ OJEDA
	Triple Viral	Refuerzo	PAI	10	10	2023	Serum	0132N048B	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA				STACCIEE SAOLY MARTINEZ OJEDA
Sin rango de edad	COVID MODERNA PEDIÁTRICA	Primera	PAI Adicional	28	8	2023	Moderna Biotech	044A23A	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	24	2	2024	JENIFFER YULIETH CABEZAS MENESES

Carné Digital de Vacunación Colombia

Salud

Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 7d3e0e97-5bd-46ea-8a02-fe052b8e8c38

Nombres y apellidos / Full name: **EMMANUEL SALAZAR ROMO**

Tipo de identificación / ID Type: **REGISTRO CIVIL**

Número de identificación / ID Number: **1126144351**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **10/04/2022**

País nacimiento / Country of birth: **COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3132332523**

Correo electrónico / e-mail: **vacunacionhfld2016@gmail.com**

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Día / Day	Mes / Month	Año / Year				
BCG	Única	19	4	2022	Serum	0370G110	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	STACCIEE SAOLY MARTINEZ OJEDA
[illegible]ID MODERNA PEDIÁTRICA	Primera	28	8	2023	Moderna Biotech	044A23A	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	JENIFFER YULIETH CABEZAS MENESES
Pentavalente PAI	Primer Refuerzo	10	10	2023	Serum	2851Y033C	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	STACCIEE SAOLY MARTINEZ OJEDA
Antipolio Inactivo (VIP)	Primer Refuerzo	10	10	2023	Bilthoven Biologicals BV	2234001A	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	STACCIEE SAOLY MARTINEZ OJEDA
Triple Viral	Refuerzo	10	10	2023	Serum	0132N048B	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	STACCIEE SAOLY MARTINEZ OJEDA
Fiebre amarilla	Única	27	10	2023	Sanofi Pasteur	W3D501V	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	STACCIEE SAOLY MARTINEZ OJEDA
INFLUENZA TRIVALENTE PEDIÁTRICA	Primera	28	5	2024	BUTANTAN	2400979-00	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	KERLY ROCIO JIMENEZ ZARATE
INFLUENZA TRIVALENTE PEDIÁTRICA	Segunda	28	6	2024	BUTANTAN	2400979-00	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	EDUARD JOBANY IPIAL BETANCOUR

[illegible]Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos [illegible]eron extraídos del Sistema deInformación **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Mnistery of Health and Social Protection certifies that the informatión in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

		PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) ó AÑOS (A)												
			5 DIAS	1 M	2-3 M	4-5 M	6-8 M	9-11 M	12-17 M	18-23 M	24-29 M	30-35 M	3 A	4 A	5 A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico													
		Atención en salud por medicina general													
		Atención en salud por enfermería													
		Atención en salud bucal por odontología									18-09-25				
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECÍFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de fluor							29-01-25		18-09-24	03-12-25	03-12-25		
		Profilaxis y remoción de placa bacteriana									18-09-24	03-12-25	03-12-25		
		Aplicación de sellantes (según criterio)									18-09-24	03-12-25	03-12-25	29/04/2026	
	V	Vacunación													

Valentina Gutiérrez Tafur
T.P. 100-358496

Liliana Marbel Cordoba
HIGIENISTA ORAL
Resolución 00493 de 2011

Odontóloga
TP. 29.110.169

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

OBSERVACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

JINA A. BELALCAZAR FLOREZ
Gerente

CARNET RIAS PRIMERA INFANCIA

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

Servimos con amor



Nombres y apellidos: Emanuel Salazar romo

Doc. de identidad: 1126144351 EPS: Emssanar

Teléfono: 3132331523 Domicilio: Resto colon

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 Emmanuel Salazar Romo, identificado (a) con documento de identidad número 1126144351, 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, Heidy Yolieth Romo Paez, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1126445641, 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 fondacion alma de vida, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa Institucional

Suscriben:

Firma: Heidy Romo P.
Nombre: _____
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: _____
Fecha: 01-04-2025
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.

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

"Generamos Desarrollo con Energía"

Vigilado Superservicios

Código de Suscripción	SM 41080	Pago oportuno hasta:	20-FEB-2025	Mes Facturado
Factura Nro.	2036991231	Suspensión a partir de:	21-FEB-2025	ENERO 2025

1. Información General

Nombre:	NUBIA MARIA VILLARREAL		23-ENE-2025	Último pago	$
Dirección:	BR VEGA	Tuve servicio de energía entre:	06-DIC-2024 04-ENE-2025 (29)		31-ENE-20

Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Área	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Tarifa	División Geopolítica
SM1	5301	0080	1	RESIDENCIAL	RURAL	1	2	AEREA	EMPRESA	105	SAN MIGUEL - PUERTO COLON

Tipo de Documento	Fecha y hora de Emisión	Fecha y hora de Generación	Medio de Pago	Forma de Pago	Factura Electrónica de Venta

2. Información Consumo Energía

Componentes del Costo (CU)*: Generación 455.53 + Transmisión 58.19 + Distribución 257.19 + Comercialización 122.51 + Pérdidas 83.32 + Restricción 4.36 = CU 961.1 ($/KwH)

2A. Información Medidor

Marca	Serial	Factor Múltiplo
AEP	4604244417	1

2B. Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	5562	5369
Reactiva:		

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

2C. Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	193	
Consumo Reactiva KVarh:	0	
Costo del consumo $	185492.3	
Tarifa (hasta 173 Kwh):	400.91	
Subsidio: %	52.28 $	-96912.81
Contribución: %	0 $	0
Sub Total $	88579.49	

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

2D. Consumo Ultimos 6 Meses

Mes	Consumo
2024/Dic	176
2024/Nov	227
2024/Oct	205
2024/Sep	183
2024/Ago	263
2024/Jul	268

Promedio: 219

2E. Información Calidad del Servicio

Transformador SPC130 Grupo 32
DIUG 95.56 FIUG 36 Circuito C14
Cargo D: 254.70 Dscto %D 20
CLC 179.27
DIU 108.78 FIU 98.00
IIC 15.02 VC 14.00
Valor a compensar 18.264.09

3. Información de Créditos EEBP

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

Gerente General

4. Detalle Conceptos del Servicio de Energía

Conceptos EEBP	Valor Liquidado	Saldo Anterior	Saldo a Favor o Anticipado	TOTAL
ACTIVA SENCILLA MONOMIA	185,492.60	0	0.00	185,492
SUBSIDIO	-96,912.81	0	0.00	-96,913
AJUSTE A SUBSIDIO	2,438.34	0	0.00	2,438
COMPENSACION RES.CREG 015/2018	-18,264.09	0	0.00	-18,264
AJUSTE A LA DECENA	3.36	0	0.00	3

5. Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP 72,817

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 31/05/2023	Cra 4 Cll 7 Esquina	14,833	0	14,833

7. Información Facturación Convenio Aseo y Alcantarillado

Concepto	Empresa	Dirección PQR	USO	Valor Tarifa	Subsidio o Factor Solidario	Cargo Consumo o Variable	Valor Tasa Ambiental	Saldo Anterior	Ajustes/Otros	Valor Total
Alcantarillado				0	0	0	0	0	0	0
Aseo*	Alcaldia San Mi	Cra 4 Cll 7 Esq B/La Liberta		6,000	0	0	0	0	0	6,000

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

8. Información Facturación Otros Convenios

Concepto	Empresa	Dirección PQR y/o Teléfono	Valor Tarifa	Saldo Anterior	Valor Total
[redacted]					0
					0
					0

72,817 + 14,833 + 6,000 + 0 = 93,650

CUFE: [redacted]

(415)7709998005533(8020)1000203699123114(3900)0000093650(96)20250220

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

www.eebpsa.com.co @eebpsaesp /eebpsa

Fac. Electronica: EEBP 106881

Resolución de facturación electrónica DIAN No 18764053711901
de fecha 20/11/2024 desde No 1 hasta No. 1000000
vigencia: 20/11/2034

Esta Factura presta Mérito Ejecutivo de acuerdo a las Normas del Derecho Civil y Comercial Ley 142 Art. 130

Proveedor Tecnologico: dispapeles S.A.S. NIT: 860028580-2 Software: fact-e

(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

Heidy Yulieth Rondon P.
Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Leidy Calderon
Agente educativa

Huella del niño/niña

Emmanuel Salazar

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 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

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad Puerto Colon San Miguel

Nombre completo de la niña o niño Emmanuel Salazar Romo

Fecha de nacimiento 10 04 2022 **N° Documento de Identidad** 1126144351

Sexo Masculino ● Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** 01 04 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Leidy Calderon

Fecha de registro cualitativo 03 07 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 Emmanuel Salazar se encuentra en un perfil esperado teniendo en cuenta que ha cumplido con los items de las dimensiones fundamentales que se encuentra dentro de su rango de edad, se ha evidenciado avances en comunicacion verbal, independencia y autoestima.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Leidy Calderon

Fecha de registro cualitativo 02 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 Emmanuel demuestra un desarrollo acorde a su edad, evidenciando avances significativos en la comunicación verbal, la interaccion con sus pares y la exploración del entorno. Se observa curiosidad, participación activa en las actividades y disposicion para aprender lo que refleja un proceso integral en las dimensiones cognitiva, socioemocional y motora.

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

21
RN

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Emmanuel Salazar **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulos **AGENTE EDUCATIVO:** Leidy C.

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

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)
14-11-25	En horas de la mañana la madre envia un mensaje via whatsapp manifestando lo siguiente "profe buenos dias, el niño no asistira hoy, amanecio muy congestionado lo voy a tener en casa el dia de hoy"	Agente educativa agradece la información, le sugiere estar atenta por si presenta o persiste con el sintoma llevarlo al hospital	Leidy C.	

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
18-11-25	El niño ingresa a la unidad aparentemente bien de salud. Se cierra la novedad

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

22
RN

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Emmanuel Salazar **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulos **AGENTE EDUCATIVO:** Leidy Calderon

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

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)
10-11-25	En horas de la mañana al realizar el llamado a lista se verifico la inasistencia del niño.	Agente educativa se comunica via telefonica con la madre y ella manifiesta lo siguiente " profe hoy tuve que salir temprano, estoy en la finca y me traje al niño, bajo tarde y no tengo quien me lo recoja en la tarde por eso lo traje conmigo" agente educativa le recuerda la importancia de la asistencia continua del niño al cdi para no interrumpir su proceso educativo.	Leidy calderon	Heidy Romo.

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
11-1-25	El niño ingresa a la unidad para recibir la atención. Se cierra la novedad,

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

23
RN

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza
Salud mental, pedagogía y desarrollo social

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Emmanuel Salazar **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulos **AGENTE EDUCATIVO:** Leidy C.

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

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)
25-08-2025	En horas de la mañana la madre se comunica via telefonica con la docente donde manifiesta lo siguiente "profe el niño me amanecio con dolor de estomago ya le di medicamento sin embargo el dia de hoy lo voy a tener en casa para ver como sigue"	Agente educativo agradece la informacion y le recomienda prestar atencion a la evolucion del niño, y se le sugiere ir al Centro de salud si el dolor persiste o presenta otros sintomas	Leidy Calderon	Heredy Romo

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
26-08-2025	El niño ingresa a la unidad aparentemente bien de salud. Se cierra la novedad.

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

24
RN

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Emmanuel Salazar **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulos **AGENTE EDUCATIVO:** Leidy.

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

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)
17-07-2025	Al realizar el llamado a lista se verifico la inasistencia del niño.	Agente educativa se comunica via telefonica con la madre y ella manifiesta lo siguiente "profe hoy no lo mande por que presenta sintomas de gripa y prefiero tenerlo en casa para darle remedios caseros" agente educativa le recomienda mantener al niño en reposo, bien hidratado y observar la evolucion de la gripa, se le sugiere ir al centro de salud si los sintomas persisten o se agravan.	Leidy Calderon.	Aady Romo

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
18-07-2025	El niño ingresa a la unidad aparentemente bien de salud. Se cierra la novedad.

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Emmanuel Salacay **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulos **AGENTE EDUCATIVO:** Leidy C.

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)
14-07-2025	En horas de la mañana despues del llamado a lista se verifico la inasistencia del niño.	A las 8:25 am agente educativa se comunica via telefonica con la madre y ella manifiesta lo siguiente. "buenos dias profe no mande al niño porque en la madrugada presento fiebre entonces lo voy a tener en casa, dependiendo de como siga lo mando mañana." Agente educativa le recomienda a la madre que si la fiebre persiste o presenta otros sintomas llevarlo al hospital.	En horas de la tarde agente educativa se comunica con la madre y ella manifiesta que el niño esta bien y que ya no ha vuelto a presentar fiebre y que mañana el niño asiste.	Leidy Calderon	Heidy Romo
			El 15-07-2025 el niño ingresa a la unidad aparentemente bien de salud. Se cierra la novedad		

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Emmanuel Salazar Ramo UNIDAD DE ATENCIÓN: Polvuelo AGENTE EDUCATIVO: Jeidy Calderon

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)
02-05-2025	Niño que tiene vencido el documento de crecimiento y desarrollo	Se realiza llamada via telefonica a la madre de Familia; sensibilizar y orientar	La madre de Familia refiere que las atenciones en Salud se encuentran al dia y que asistio el dia 10 de	nutricionista	Heidy Ramo
		a la madre sobre las atenciones en Salud pendientes.	Abril de 2025. La madre se compromete a traer las copias del carnet de crecimiento y desarrollo al CDI.	Apoyo Psicosocial	
			Se verifica que la madre de familia trajo la documentacion solicitada donde se evidencia que el proximo control es para el dia		
			10 Abril de 2026.		

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Emmanuel Salazar Romo UNIDAD DE ATENCIÓN: Parvulos AGENTE EDUCATIVO: Leidy C.

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 01-4-2025

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)
21-Abril-2025	En el horario de la mañana al realizar llamado de lista se verifico la ausencia del niño	Agente comunica con la madre por via telefonica donde manifiesto que no mando al niño al CDI Porque se encuentra con Fiebre desde hoy en la mañana.	El 22-04-2025 el niño ingresa al CDI aparentemente bien de salud. se cierra la novedad.	Leidy Calderon	Heidy Romo

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Emmanuel Salazar **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulos **AGENTE EDUCATIVO:** Leidy C.

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)
07-abril-2025	En horas de la mañana al realizar el llamado de lista, se verifico la ausencia del niño Emmanuel Salazar.	Agente educativa se comunica via telefonica con la madre del niño y ella refiere lo	El 08-04-2025 el niño ingresa a la unidad aparentemente bien de salud.		
		siguiente "profe es que como estaba el dia medio lluvioso y apenas se le esta pasando la gripa, y como no tenia moto,	Se cierra novedad	Leidy Calderon	Heidy Roma
		y si me hiba a pie el niño se me mojaba, decidi no llevarlo, pero mañana sin falto se lo llevo."			