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: 7 | 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 ( ) Participante de continuidad

Unidad de Servicio sugerida: CO. 1 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: 1122344017

Fecha nacimiento: 10 | 06 | 2022

Nombres: Eilin Antonella

Apellidos: Aza Romero.

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 ( ) Victima conflicto armado

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

Departamento residencia: Putumayo

Municipio de residencia: San Miguel

Zona: Rural

Barrio:

Vereda: N - Rosario

Sector: Rural

Dirección: vía ala vereda San carlos.

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

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

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

Número de documento: 1.062283.215

Nombres: Sarah Lucia

Apellidos: Romero Mina

País de nacimiento: colombia

Fecha nacimiento: 30 | 10 | 2005

Correo electrónico: yomerosarita591@gmail.com

Número de celular: 3285555951

Número de fijo:

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

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

Nombre y Firma del padre, madre y/o cuidador: Sarah

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Alexandra Cadillo

Observaciones:

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

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:
Eilin Antonella Aza Romero.

N° DOCUMENTO: 1122344017 **TIPO DOCUMENTO: RC** X **CC** ___ **OTRO** ___
FECHA DE NACIMIENTO: 10-Junio-2022 **EDAD:** 2 años - 9 mes
LUGAR DE NACIMIENTO: Puerto Asis Pty

NOMBRE DE LA UDS: CDI Fronteras de Paz
CODIGO UDS: 867571126972. **BARRIO/VEREDA:** B/7 Agosto.
FECHA DE INGRESO: 1-Abril-2025 **FECHA DE RETIRO:** ___

SISBEN: A3 **EPS:** Nueva EPS **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: Sarah Lucia Romero Mina
N° CÉDULA: 1062283215 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Villa Nueva
NOMBRE DEL PADRE: Damar Fernando Aza Melo
N° CÉDULA: 1118201031 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Villa Nueva
N° DE CELULAR: 3115601490
NOMBRE DEL ACUDIENTE: Sarah Lucia Romero Mina
N° CÉDULA: 1062283215 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Villa Nueva
DIRECCIÓN VIVIENDA: Nueva Ronda **ZONA POBLACIONAL: (R)** X **(U)** ___
NUMERO DE CELULAR 3178555951

Sarah
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Alixandra Chiquito
NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO

3

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: **N** 1573679

NUIP 1.122.344.017

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos

AZA ROMERO EILIN ANTONELLA

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)			Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año 2022	Mes JUN	Día 10	FEMENINO	O +

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA PUTUMAYO PUERTO ASIS

Fecha de Inscripción (Mes en letras)			Indicativo serial
Año 2022	Mes JUN	Día 22	0061322551

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos

ROMERO MINA SARAH LUCIA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
TARJETA DE IDENTIDAD 1.062.283.215	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos

AZA MELO DAMAR FERNANDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.118.201.031	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos

AZA MELO DAMAR FERNANDO

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 1.118.201.031

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: X6Z

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras): Año 2022 Mes JUN Día 22

Nombre y firma del funcionario

ROY EDISON CALLE QUIRAMA

Registrador del Estado Civil

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
30519016-8

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.062.283.215



Apellidos
ROMERO MINA

Nombres
SARAH LUCIA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.72

Sexo
F

Fecha de nacimiento
30 OCT 2005

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
SANTANDER DE QUILICHAO (CAUCA)

Fecha y lugar de expedición
15 NOV 2023, SAN MIGUEL(LA DORADA)

Fecha de expiración
13 DIC 2033

Firma
Sarah Lucia

.CO

035339485

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL035339485064018<<<<<<<<<<
0510305F3312131COL1062283215<3
ROMERO<MINA<<SARAH<LUCIA<<<<<<

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.118.201.031**

AZA MELO

APELLIDOS

DAMAR FERNANDO

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **09-ENE-1996**

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

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

29-ENE-2014 VILLANUEVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-4688000-00549509-M-1118201031-20140222 **0037**376883A 1 42041428

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta:	**26/03/2025**
Ficha:	**867576741052800008667**

A3

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: **EILIN ANTONELLA**

Apellidos: **AZA ROMERO**

Tipo de documento: **Registro civil**

Número de documento: **1122344017**

Municipio: **San Miguel**

Departamento: **Putumayo**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:	**18/06/2024**
Última actualización ciudadano:	**18/06/2024**
Última actualización via registros administrativos:	

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:	**MARIA ZORAYDA LINARES MONTERO**
Dirección:	**Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libertad**
Teléfono:	**4210537 - 3213138790**
Correo Electrónico:	**sisben@sanmiguel-putumayo.gov.co**

ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1122344017
NOMBRES	EILIN ANTONELLA
APELLIDOS	AZA ROMERO
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	NUEVA EPS S.A. - CM	SUBSIDIADO	10/06/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	12/05/2025 08:02:26	**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 complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...Sanos



E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

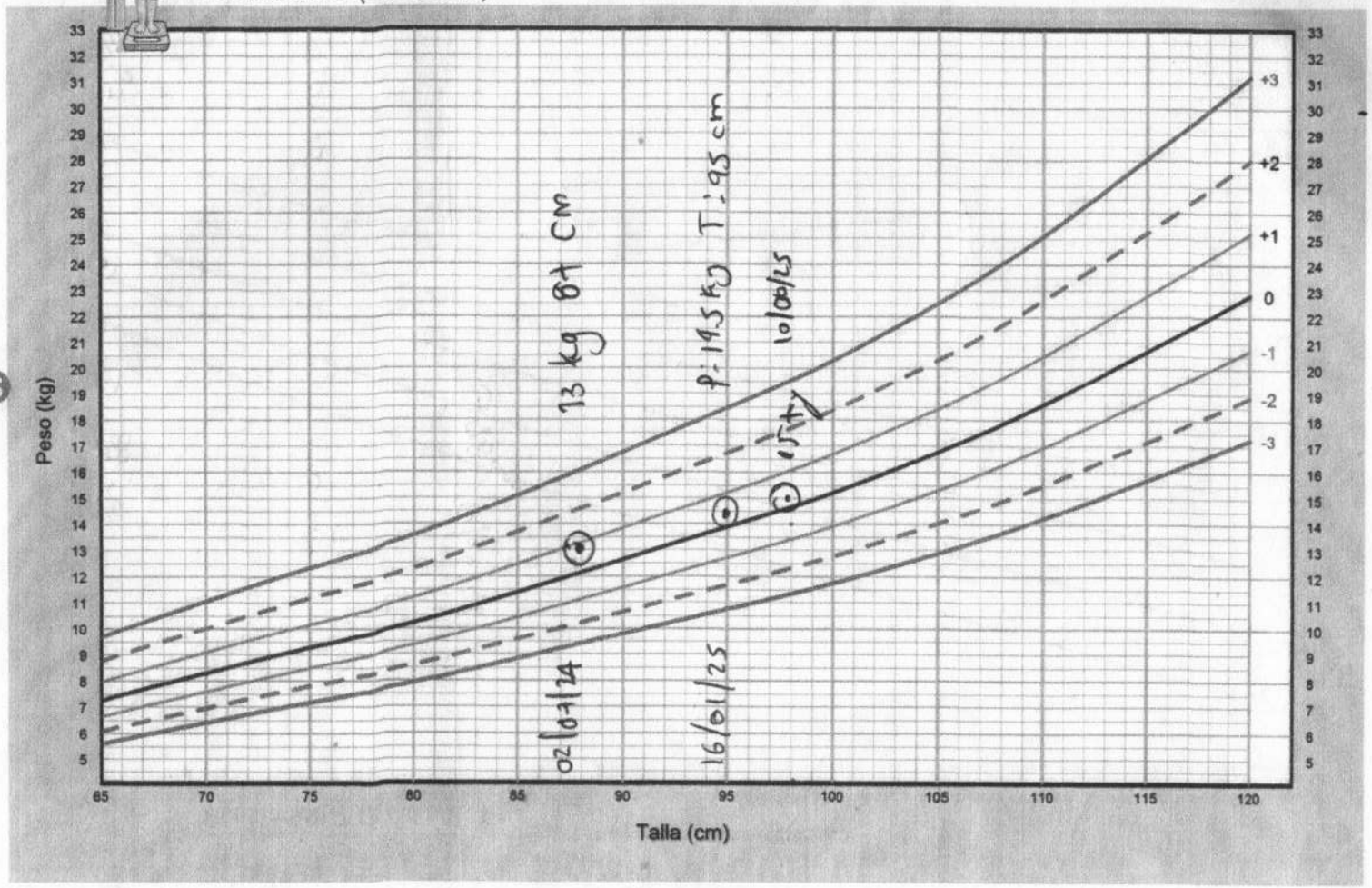
Nombres: EIIN ANTONELLA	Apellidos: AZA ROMERO
Fecha de nacimiento: 10 DÍA | 06 MES | 2022 AÑO	Historia Clínica: 1122347017
Barrio/Vereda: B/ 7 AGUSTO	Responsable del niño: SARA ROMERO
Teléfono:	EPS: NUEVA EPS

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
23/02/23	7.061	68	38	11	15.2	10/02/28	Marlon G
02/07/24	13	88	49	15	16.8	10/12/29	Julissa A Vargas
16/01/25	14.5	95	50	16	16.1	10/06/25	P Lopez
10/06/25	15	98	50	15	15.6	10/06/25	Meiva Guero

10

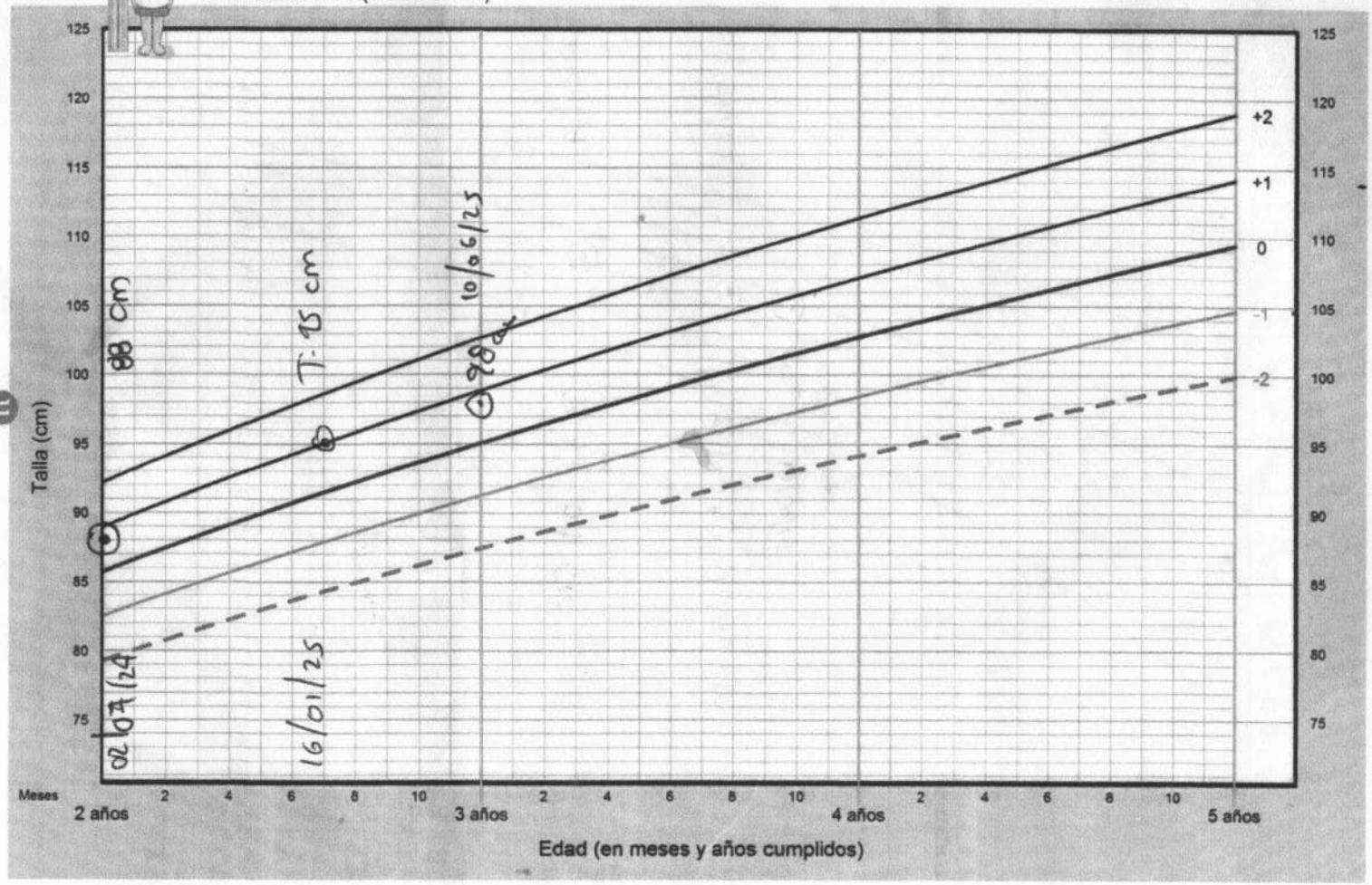
Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



Talla para la Edad Niñas

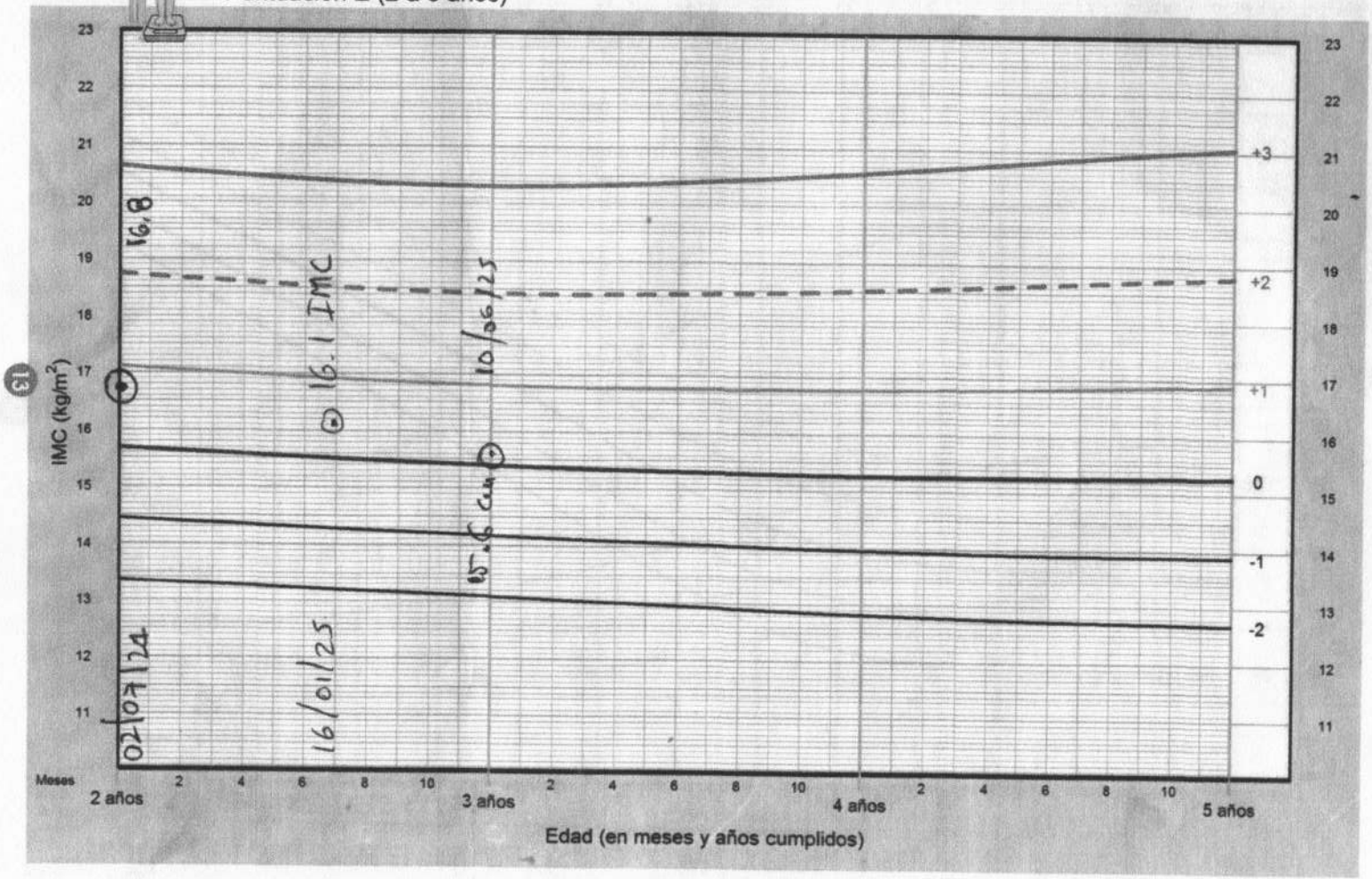
Puntuación Z (2 a 5 años)



12

IMC para la Edad Niñas

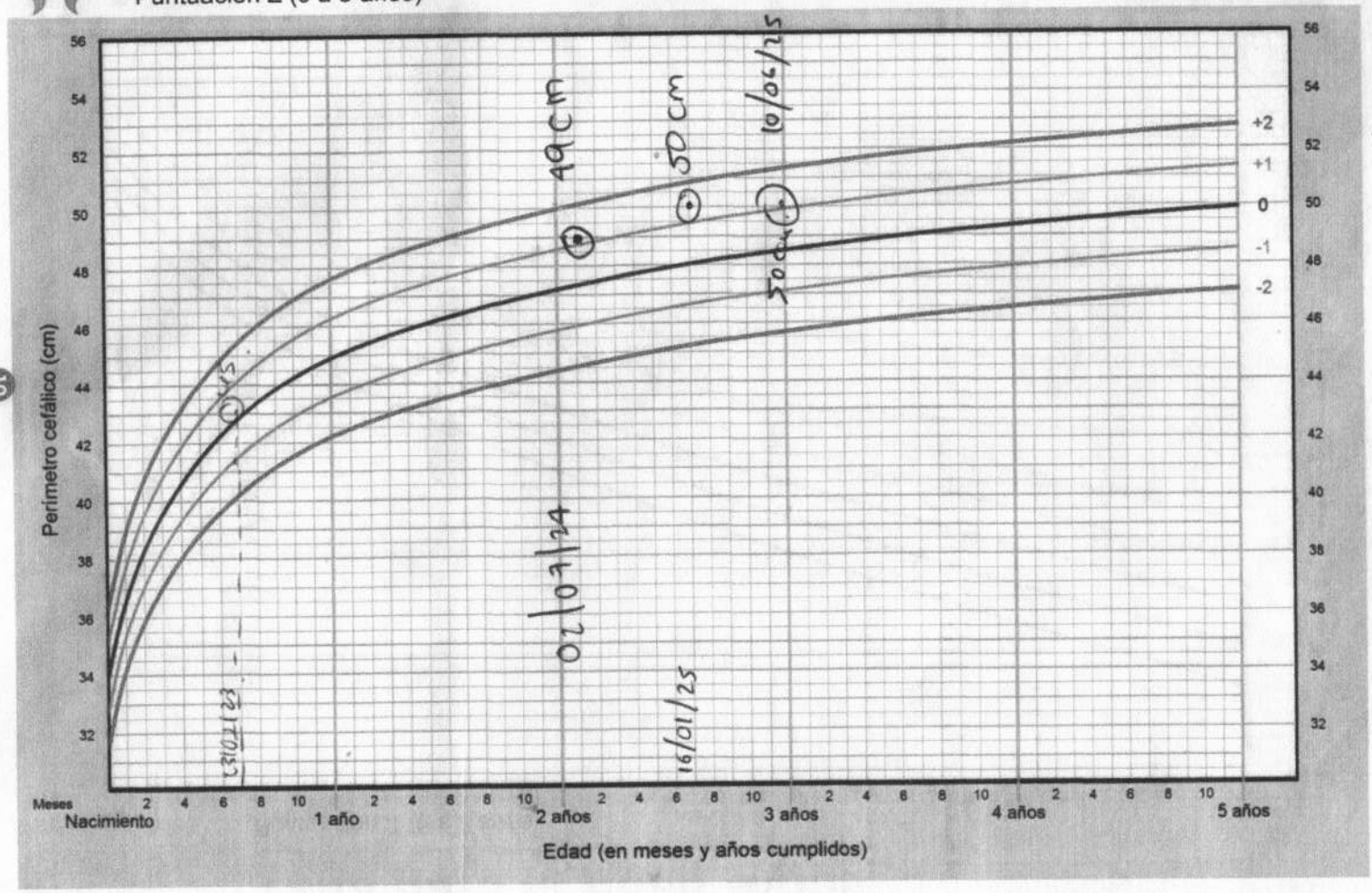
Puntuación Z (2 a 5 años)



13

Perímetro Cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)



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

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO								
Resultado Tamizaje Neonatal	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								

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							

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

3 años					
4 años					
5 años					

*Menor o igual a 20 normal

acunar oportunamente con todas las dosis a tus hijos, garantiza la protección frente a enfermedades como:

Tuberculosis meningea, hepatitis B, poliomielitis, meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b, difteria, tosferina, tétanos, diarrea por rotavirus; neumonía, otitis, meningitis, bacteriemia causada por neumococo, enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza, sarampión, rubéola, parotiditis, varicela, hepatitis A, fiebre amarilla y virus del papiloma humano.

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



Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

3202156151
paula vacunadora

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Erlin Antonella Aza. Romero

Fecha de nacimiento: 10. JUN 21

Nº de certificado de nacido vivo: 1718 68847.

Registro civil: 1.122.344.017

Sexo: FEMENINO

Grupo sanguíneo: CC: 1.062.283.215

Peso al nacer: 2190 Talla: 47.

Dirección:

Teléfono 1: 328555951.

Teléfono 2:

Responsable: Sara lucia Romero.

Municipio de residencia: Dorada.

Departamento: PUTUMAYO

NUEVA EPS.

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Powered by CamSca

Cita: 9 dic 2 vacunas
cumplida

Nombres y Apellidos: **Tipo Identificación:** **No. ID:**

Edad	Me protege de		Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha proxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién nacido							Lactancia materna exclusiva SI ☐ NO ☐						
	Tuberculosis meníngea (BCG)		Única	6	JUN	22	Serum	0320M A098	C.H Cali				Karen Zuluaga
	Hepatitis B		Recién nacido	10	Jun	22	Serum	0320 M 1BB	C.H Cali				
2 meses							Lactancia materna exclusiva SI ☐ NO ☐						
	Poliomielitis (VIP)		1.ª	10	06	22	Biológicos	2 1 2 1 0 0 4 A					
	PENTAVALENTE	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	10	06	22	Serum	2 8 5 1 + 0 0 + D					Dennis H.
	PENTAVALENTE	Hepatitis B	1.ª	10	06	22	Serum	2 8 5 1 + 0 0 3 D	HFLD				
	PENTAVALENTE	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.ª	10	06	22	Serum	2 8 5 1 + 0 0 3 D					
	Diarrea por rotavirus		1.ª	10	06	22	GSK	A R 0 1 C 0 2 A F					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo		1.ª	10	06	22	GSK	F R A 8 9 5					
4 meses							Lactancia materna exclusiva SI ☐ NO ☐			CITA:			
	Poliomielitis (VIP)		2.ª	11	10	22	Biológicos	2 1 4 0 0 0 8		10-octubre			
	PENTAVALENTE	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	11	10	22		2 1 5 8 4 0 2 2 A		2022			Daniela Castellanos Tec-Aux en Enfermería CC. No 1007728227
	PENTAVALENTE	Hepatitis B	2.ª	11	10	22	Serum	1 1 1 1 1 1 1 1 1	HFLD				
	PENTAVALENTE	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.ª	11	10	22							
	Diarrea por rotavirus		2.ª	11	10	22	GSK	A R 0 1 C 0 5 0 D					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo		2.ª	11	10	22	GSK	A S P N B 3 2 M A					
6 meses							Lactancia materna exclusiva SI ☐ NO ☐						
	Poliomielitis (VIP)		3.ª	27	12	22	Biológicos	2 1 4 1 0 1 4		cita 11			
	PENTAVALENTE	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	27	12	22	Serum	2 8 5 1 4 0 2 2 A	HFLD	Diciembre			Dennis H.
	PENTAVALENTE	Hepatitis B	3.ª	27	12	22	Serum	2 8 0 1 4 0 2 2 A		2022			Karen A Isabel
	PENTAVALENTE	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.ª	27	12	22	Serum	2 8 0 1 4 0 2 2 A	HFLD				
	Influenza estacional		1.ª	14	06	23	GC	V S 0 8 6 3 3 0 0 1	HFLD	CITA:			Karen A
7 meses	Influenza estacional		2.ª	26	06	23	Butantan	2 4 0 0 0 9 7 9 1 0	HFLD	20-Junio			Karen A
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)		1.ª	14	06	23	Serum	0 1 3 1 N 0 7 + A	HFLD	2023			Karen A
12 meses	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo		Refuerzo	14	06	23	Pfizer	E X 8 5 8 4	HFLD				Karen A.
	Varicela		2.ª	14	06	23	MSD	W 0 3 1 6 5 7	HFLD				
	Hepatitis A		Única	14	06	23	MSD	W 0 0 0 5 1 4	HFLD				
	Influenza estacional		Anual				pierde	por la edad	(1 AÑO)	11 meses)			
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)		1.er refuerzo	27	12	23	Serum	0 1 3 2 N 0 4 B B	HFLD	cita 27			Paula C.
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)		1.er refuerzo	27	12	23	Serum	2 8 5 1 4 0 3 3 E	HFLD	Dic			Jennifer C.
	Fiebre amarilla		Única	14	05	23	Flacun 2	L 3 1 V F C 0 0 3 Z	HFLD	2023,			
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)		2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)		2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)		2.ª	27	12	23	Serum	0 1 3 2 N 0 4 B B	HFLD				Paula C.
	Varicela		Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)		1.ª										
			2.ª										
			3.ª										
Vacunas complementarias y otras dosis	Influenza		1d	14	05	24	Butantan	2 4 0 0 0 9 7 9 1 0 0	HFLD	Busca ya tus vacunas			Jennifer C.
										es gratis, hazlo de una!			

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir las niñas y los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan 2 años, se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.

17
RIV

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 06 MES 05 AÑO 2025 HORA: 7:45

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Eilin Antonela APELLIDOS Aza Romero

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1122344017

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 10 MES: 06 AÑO: 2022 / EDAD: 2 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Nueva EPS

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)
Refiere que no quiere aplicar la vacuna.

¿CÓMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides).
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar 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: • SaraH

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

Nombres Sara Lucia Apellidos Romero Mina

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1062283215

Firma: • SaraH

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 _____

Firma del Rogado

Huella dactilar o plantar del Rogante

C.C. N°

C.C. N°

Nombres y apellidos del vacunador:

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

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS):

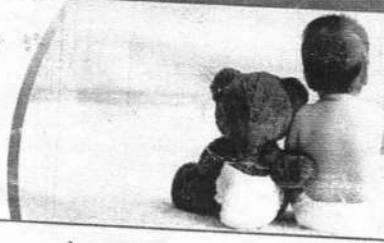
DEPARTAMENTO/DISTRITO: MUNICIPIO:

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.

CARNET RIAS PRIMERA INFANCIA

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

Servimos con amor



Nombres y apellidos: Eilin Antonela Aza R

Doc. de identidad: 1122344017 EPS: Nueva EPS

Teléfono: 3115601490 Domicilio: 7 de agosto

		PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) ó AÑOS (A)											
			5 DÍAS	1 M	2-3 M	4-5 M	6-8 M	9-11 M	12-17 M	18-23 M	24-29 M	30-35 M	3 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											
		Promoción y apoyo de la lactancia manterna											
PROTECCIÓN ESPECÍFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de fluor							16-04-24		24-05-2025		02-11-2026
		Profilaxis y remoción de placa bacteriana							16-10-24				
		Aplicación de sellantes (según criterio)											
	V	Vacunación											

Verónica Cordoba
NIT: 1124812296
HIGIENISTA ORAL

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 Eilin Antonella Aza Romero, identificado (a) con documento de identidad número 1122344017, 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	X	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales	X

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Sarah Lucia Romero, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1062283215, 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	X	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales	X

La autorización comprende:

1. Captar, tomar, almacenar y editar imágenes personales o fotografías, realizar videos y audios del menor de edad y/o del adulto mencionado (s) anteriormente según corresponda.
2. Divulgar y publicar las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción de derechos de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, y en el respeto de sus derechos fundamentales.

Manifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la recolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informado de los derechos con que cuenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales presenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 91 80 80.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra persona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

Los productos autorizados son originados por Fundacion Alma de 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: Sarah
Nombre: Sarah Lucia Romero Mina
Calidad - Titular: X Representante legal: ____
Teléfono de contacto: 3115601490
Fecha: 7-04-2025
Municipio: San Miguel la Dorada

¡Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

PACTO DE CONVIVENCIA MODALIDAD INSTITUCIONAL

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

DERECHOS Y DEBERES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

DERECHOS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

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

DEBERES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

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

DERECHOS Y DEBERES DE LOS PADRES DE FAMILIA

DERECHOS DE LOS PADRES DE FAMILIA

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

DEBERES DE LOS PADRES DE FAMILIA

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

(telefónico, mensajería y/o escrito).

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

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

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

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

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

PAOLA CHATES
Coordinadora pedagógica

EDDY PATRICIA LÓPEZ
Apoyo psicosocial

Sorath Lucía Romero Mena
Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Alexandra Criollo
Agente educativa

Huella del niño/niña



Antonela Aza

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 Superse

Código de Suscripción	SM 26724	Pago oportuno hasta:	INMEDIATA	Mes Factu
Factura Nro.	2037006786	Suspensión a partir de:	INMEDIATA	FEBRERO 2025

1. Información General

Nombre:	OSCAR FLAVIO SOLARTE		02-ENE-2025	Último pago	$
Dirección:	BR 7 DE AGOSTO	Tuve servicio de energía entre:	18-ENE-2025 - 20-FEB-2025 (33)		25-FEB-

Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Área	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Tarifa	División Geopolítica
SM1	S105	220	1	RESIDENCIAL	URBANA	1	1.2	AEREA	EMPRESA	105	SAN MIGUEL - 7 DE AGOSTO

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 502.93 + Transmisión 56.03 + Distribución 249.01 + Comercialización 113.93 + Pérdidas 69.39 + Restricción 10.41 = CU ····· ($/KwH)

2A.Información Medidor

Marca	Serial	Factor Múltiplo
ELS	8160818	1

2B.Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	10780	10620
Reactiva:		

Tipo Liquid. DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

2C.Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh: 160
Consumo Reactiva KVarh: 0
Costo del consumo $ 160271.98
Tarifa (hasta 173 Kwh): 402.74
Subsidio: % 59.7944 $ -95833.67
Contribución: % 0 $ 0
Sub Total $ 64438.31

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

2D.Consumo Ultimos 6 Meses

Mes	Consumo
2025/Ene	26
2024/Dic	24
2024/Nov	89
2024/Oct	30
2024/Sep	0
2024/Ago	0

Promedio: 30

2E.Información Calidad del Servici

Tel. O.R. TEPB 01 8000 942415
Transformador SLD109 Grupo 22
DIUG 30.24 FIUG 19 Circuito C
Cargo D 257.19 Dscto %I 20
CEC 26.22
DIU 109.98 FIU 109.00
NC 3.74 VC 3.00
Valor a compensar 2,697.27

3.Información de Créditos EEBP

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

Gerente General

4.Detalle Conceptos del Servicio de Energía

Conceptos EEBP	Valor Liquidado	Saldo Anterior	Saldo a Favor o Anticipado	TOTAL
ACTIVA SENCILLA MONOMIA	160,271.98	7,946	0.00	168,21
SUBSIDIO	-95,833.67	0	0.00	-95,83
AJUSTE A SUBSIDIO	1,567.52	1,568	0.00	3,13
RECARGO POR MORA	47.57	0	0.00	4
AJUSTE A LA DECENA	2.40	0	0.00	

AVISO DE SUSPENSION

5.Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP

75.56

6.Información Facturación Convenio Impuesto Alumbrado Público

Sujeto Activo	Operador A.P.	Convenio No.	Dirección PQR	Valor Periodo	Saldo Ant.	Valor
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL	MUNICIPIO SAN MIGUEL	ACUERDO 008 31/08/2023	Cra 4 Cll 7 Esquina	1.749	5.816	7,56

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
Alcantarillado				0	0	0 0		0	0	
Aseo*	Alcaldia San Mi	Cra 4 Cll 7 Esq B/La Liberta		6.000	0	0 0		6.000	0	12,00

*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 EEBP	+ Total Impuesto Alumbrado público	+ Total Aseo y/o Alcantarillado	+ Total Otros Convenios	= Debe pagar en Total
75,565	7,565	12,000	0	95,130

CUFE:

cfaa8370a24a2c79f46d79e9dccb13c58d8741990cc0e66a69e1a04fd3e6b...

(415)7709998005532(8020)100020370067860O(3900)0000095130(96)20250306

Paga facil por internet en www.eebpsa.com.co/factura

www.eebpsa.com.co @eebpsaesp /eebpsa

Fac. Electronica: EEBP 122214

Resolución de facturación electrónica DIAN No 18764083711901
desde No. 1 hasta No. 1000000

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

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

FORMATO PARA EL SEGUIMIENTO NUTRICIONAL MENSUAL
DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO INSTITUCIONAL – CONTRATO 86001912025 – SAN MIGUEL

NOMBRE DE LA UDS: Parvulos 1

NOMBRES Y APELLIDOS	PESO	TALLA	PERIMETRO BRAQUIAL	CLASIFICACION NUTRICIONAL	FECHA	REMITIDO SI/NO	OBSERVACIONES	FIRMA DEL RESPONSABLE
Eilyn Antonella Ate	13	97	15.	Riesgo de desnutricion Aguda.	13/05/2025	Si		Sara H
Eilyn Antonella Ate	15.5	98.8	16.2	Peso Adecuado para la talla	18/05/2025	NO	Finalizo Seguimiento ya que se encuentra Adecuado talla	Sara H.

FIRMA DEL PROFESIONAL RESPONSABLE: Yuridiana

321 48 93 186
321 77 48 798
almadevida@outlook.com

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a siempre

Ciudad La dorada San Miguel

Nombre completo de la niña o niño Eylin Antonella Aza Romero

Fecha de nacimiento 10 06 2022 **N° Documento de Identidad** 1122344017

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Alexandra Criollo

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
La niña eilen Antonella se encuentra en perfil esperado deacuerdo con el rango de edad es muy independiente en sus rutinas de cuidado personal sige pequeñas responsabilidades dados por su maestra le gusta jugar y comparte con sus compañeros la salon.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Yurani Galindez.

Fecha de registro cualitativo 03 10 025.

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

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

Observaciones generales
Se evidencia que la niña pertenece al perfil esperado ya que es una niña Activa Participativa se Integra mas Sin embargo es importante fortalecer en ella el Compartir y algunas otras habilidades positivas.

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)***

Valoración Cualitativa ⇨	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 fu[illegible]tales

PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL

27
RIV

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Antonela Aza UNIDAD DE ATENCIÓN: Parvulo 2 AGENTE EDUCATIVO: Andrea Montenegro.

MUNICIPIO: San Miguel. FECHA DE INGRESO: _____

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)
1- diciembre - 2025	la niña no asiste a la Unidad de atención Parvulo 2	Agente educativa realiza llamada telefonica Para Conocer el motivo de la inasistencia, el cual la madre de familia refiere que la niña se queda donde el Papa y el queda en llevarla al CDI.	Andrea Montenegro.	- SARAH

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
2/12/25	La niña asiste a la Unidad de atencion Partos 2, aparentemente bien de Salud. Se Procede a Cernar novedad - SARA H

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Athanela Aza UNIDAD DE ATENCIÓN: Pawlos 2 AGENTE EDUCATIVO: Andrea Montenegro

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 25-10-25

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 - Noviembre - 2025	la niña no asiste a la Unidad de atencion Pawlos 2.	Agente educativa realiza llamada telefonica Para Conocer el motivo de la Inasistencia de la niña, el Cual la madre de familia refiere que Presenta fiebre Se recomienda a la madre de familia si la fiebre persiste llevar al hospital	Andrea Montenegro	SARAH

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
18/11/25	la niña asiste a la Unidad aparentemente bien de Salud se Procede a Cesar nacedad

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Antonela Aza UNIDAD DE ATENCIÓN: Pawlos 2. AGENTE EDUCATIVO: _____

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 25-10-25

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-Septiembre-2025	Agente educativa evidencia en la Carpeta de la niña que en el Carnet de Vacunas le hace falta la Vacuna influenza anual.	Agente educativa dialoga Con la madre de familia y le da a conocer Sobre la Vacuna faltante, Se recomienda acercase al hospital. En horas de la tarde, madre de familia, hace llegar Una Copia de la Vacuna faltante donde refiere que la niña la Recibio Por edad. Se anexa la Copia ala Carpeta. , Se Procede a Cerrar novedad	Andrea Manrique	Sobran

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Anthonela Romero UNIDAD DE ATENCIÓN: Parvulos 2 AGENTE EDUCATIVO: Andrea Montenegro.

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

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)
24-octubre-2025	la niña no asiste a la Unidad de atencion Parvulos 2	Agente educativa realiza llamada telefonica Para conocer el motivo de la inasistencia de la niña, la madre informa que Presenta dolor de estomago, Por lo cual decide mantenerla en casa y favorecer su Pronta recuperación	Andrea Montenegro	+ Sara H

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
27/10/25	la niña asiste a la Unidad de atencion, Pacientes 2, aparentemente bien de Salud, Se Procede a Cenar novedad.

SOYAH

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