Fecha de diligenciamiento: 1 | 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: 1140016093

Fecha nacimiento: 2 | 05 | 2022

Nombres: Esteban Santiago **Apellidos:** Moreno Rincon

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:** _____ **Vereda:** Loro 2

Sector: _____ **Dirección:** Diagonal a las ferias

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

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

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

Número de documento: 1.000.461.200

Nombres: Ayy Juliana **Apellidos:** Rincon Mahecha **País de nacimiento:** Colombia **Fecha nacimiento:** 14 | 11 | 2002

Correo electrónico: julirincon214@gmail.com **Número de celular:** 3025316369 **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: Juliana Rincon

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Andrea Montenegro

Observaciones: _____

Fundación Alma de Vida

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO: Esteban Santiago Moreno Rincon

Nº DOCUMENTO: 1140016093 **TIPO DOCUMENTO:** RC X CC__ OTRO___

FECHA DE NACIMIENTO: 2-05-2022 **EDAD:** 2.A 10 M

LUGAR DE NACIMIENTO: Valle de Guamuez

NOMBRE DE LA UDS: CDI Fronteras de Paz

CODIGO UDS: 867571126972 **BARRIO/VEREDA:** B/ 7 de Agosto

FECHA DE INGRESO: 1-04-2025 **FECHA DE RETIRO:** _____

SISBEN: B1 **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: Angy Juliana Rincon Mahecha

Nº CÉDULA: 1000461.200 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Valle del Guamuez

NOMBRE DEL PADRE: Freider Antonio Moreno Muñoz

Nº CÉDULA: 1004.749.255 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Popayan

Nº DE CELULAR: 3025316369

NOMBRE DEL ACUDIENTE: Angy Juliana Rincon Mahecha

Nº CÉDULA: 1004612?? **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Valle del Guamuez

DIRECCIÓN VIVIENDA: V/ lero 2. **ZONA POBLACIONAL: (R)** X **(U)**___

NUMERO DE CELULAR 3025316369

Juliana Rincon
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Andrea Montenegro
NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO

REPÚBLICA DE COLOMBIA

REGISTRO CIVIL
FIRMADO DIGITALMENTE

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

NUIP 1140016093

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial **59616462**

59616462

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de	Código
X						D Q Y

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - PUTUMAYO - VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA) VALLE DEL GUAMUEZ H.S.C DE JESUS ***

Datos del Inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MORENO **********	RINCON **********

Nombre(s)

ESTEBAN SANTIAGO **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes MAY Día 02	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA - PUTUMAYO - VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA) **********

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO **********	169717158 ********

Datos de 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

RINCON MAHECHA ANGY JULIANA **********

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1000461200 **********	COLOMBIA ********

Datos de 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

MORENO MUÑOZ FREIDER ANTONIO **********

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1004749255 **********	COLOMBIA ********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MORENO MUÑOZ FREIDER ANTONIO **********

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1004749255 **********	Freider Moreno

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

****

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
**********	**********

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

****

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
**********	**********

Fecha de Inscripción	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2022 Mes MAY Día 03	CARMEN PATRICIA CASANOVA YANDI Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Freider Moreno Firma	CARMEN PATRICIA CASANOVA YANDI Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS:FOLIO 21;03/05/2022

NÚMERO DE PREPARACIÓN 19501862

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
Adhesivo Copia Registro Civil
33438378-2

ENTREGADO 17 FEB 2023



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.000.461.200
RINCON MAHECHA

APELLIDOS
ANGY JULIANA

NOMBRES

Juliana Rincón
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 14-NOV-2002
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
08-JUN-2021 VALLE DEL GUAMUEZ LA HORMI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
INDICE DERECHO

P-6402800-01250413-F-1000461200-20210819 0075333724A 1 54664744

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.004.749.255**
MORENO MUÑOZ
APELLIDOS
FREIDER ANTONIO
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **24-AGO-2001**
TAMINANGO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

30-AGO-2019 POPAYAN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1100100-01099634-M-1004749255-20190927 **00678**68520A 1 47881652

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 25/03/2025

Ficha: 86757674952700001906

B1

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: **ESTEBAN SANTIAGO**

Apellidos: **MORENO RINCON**

Tipo de documento: **Registro civil**

Número de documento: **1140016093**

Municipio: **San Miguel**

Departamento: **Putumayo**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 10/03/2022

Última actualización ciudadano: 13/09/2023

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: **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	1140016093
NOMBRES	ESTEBAN SANTIAGO
APELLIDOS	MORENO RINCON
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	SAN MIGUEL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EMSSANAR S.A.S.	SUBSIDIADO	01/07/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	12/04/2025 17:47:59	**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

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS EMSSANAR EPS SAS
Régimen Subsidiado

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

Tipo y Número de identificación:	RC 1140016093
Apellidos:	MORENO RINCON
Nombres:	ESTEBAN SANTIAGO
Tipo de discapacidad:	Ninguna
Plan de salud:	Régimen Subsidiado
Estado de servicio:	Vigente
Fecha de Afiliación:	01/07/2022
Departamento de Afiliación:	PUTUMAYO
Municipio de Afiliación:	SAN MIGUEL
Zona:	Urbana - Cabecera Municipal

N - El afiliado no requiere encuesta SISBEN debido al grupo poblacional que tiene.

IPS de atención de primer nivel

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

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

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

En constancia se firma el 12 de Abril de 2025 a solicitud del interesado.

JEFE COMERCIAL
EMSSANAR EPS SAS

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

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...Sanos



E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

Nombres: ESTEBAN SANTIAGO	Apellidos: MORENO RINCON
Fecha de nacimiento: 02 DÍA / 05 MES / 2022 AÑO	Historia Clínica: 1140016093
Barrio/Vereda: B/ SAN FELIPE	Responsable del niño:
Teléfono:	EPS: 118

CITAS PROGRAMADAS

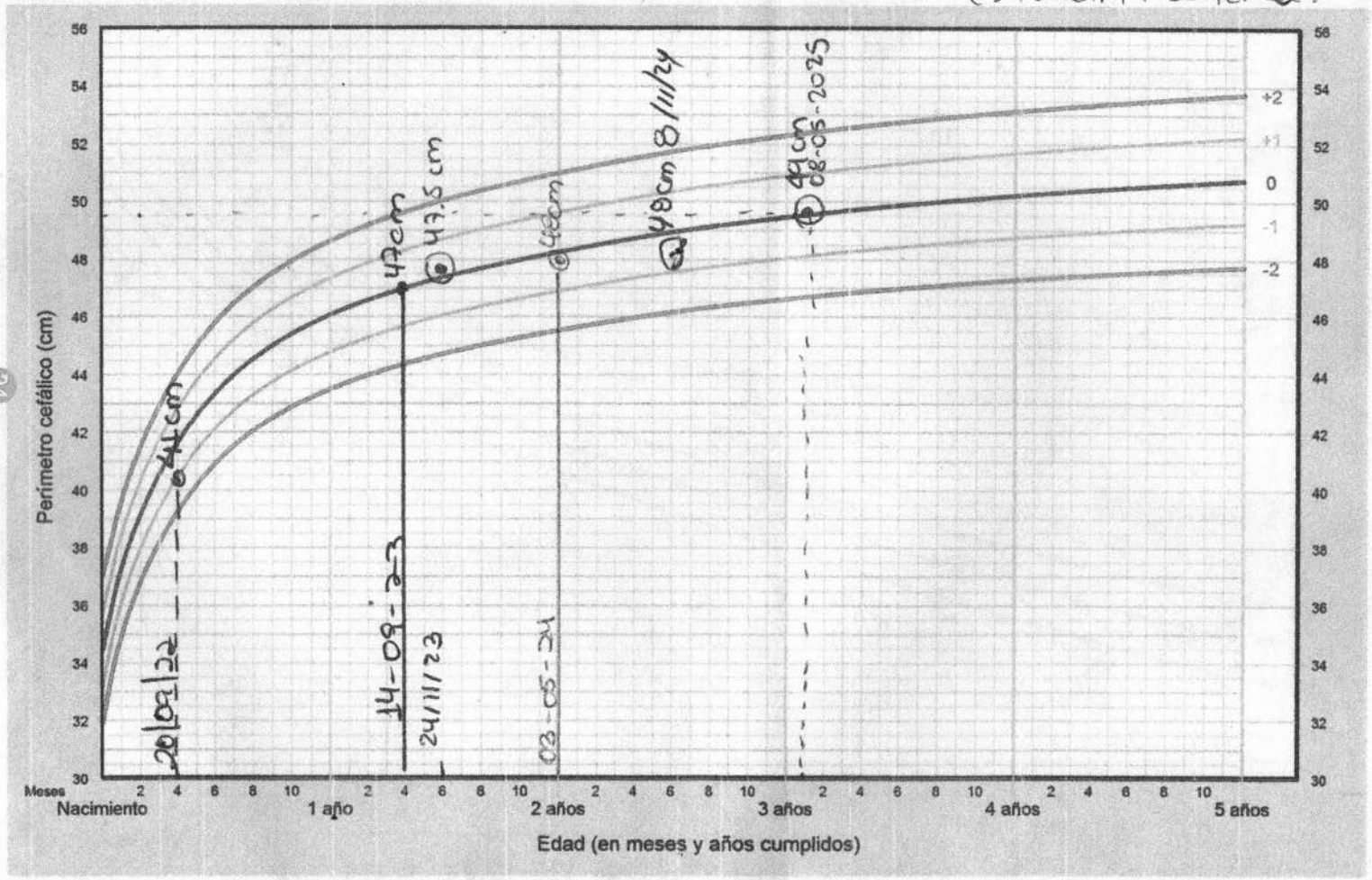
DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
14	Nov	0024	Enf.	✓	
02	Mayo	2024	Med.	✓	
08	Noviembre	2024	Enf.	SI / olvidé C	
02	Mayo	2025	Medico		
08	Mayo	2025	Jefe		

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
20 Sept. 22	7.4 Kg	68cm	41cm	15cm	16	20 Nov 22	
14 Sep 23	11.3	81cm	47cm	14cm	17.2	14 Nov 23	
24 Nov 23	11.4	87 cm	47.8 cm	15 cm	15.2	02 Mayo 24	
03 Mayo 24						02-Noviembre 24	
8-NOV-2024	13,6	92	48	16,5	16,1	02-Mayo-25	M/Enf C.
8-Mayo-2025	14	99.	49.	17.	14.3	08-mayo 26	

Perímetro Cefálico Niños

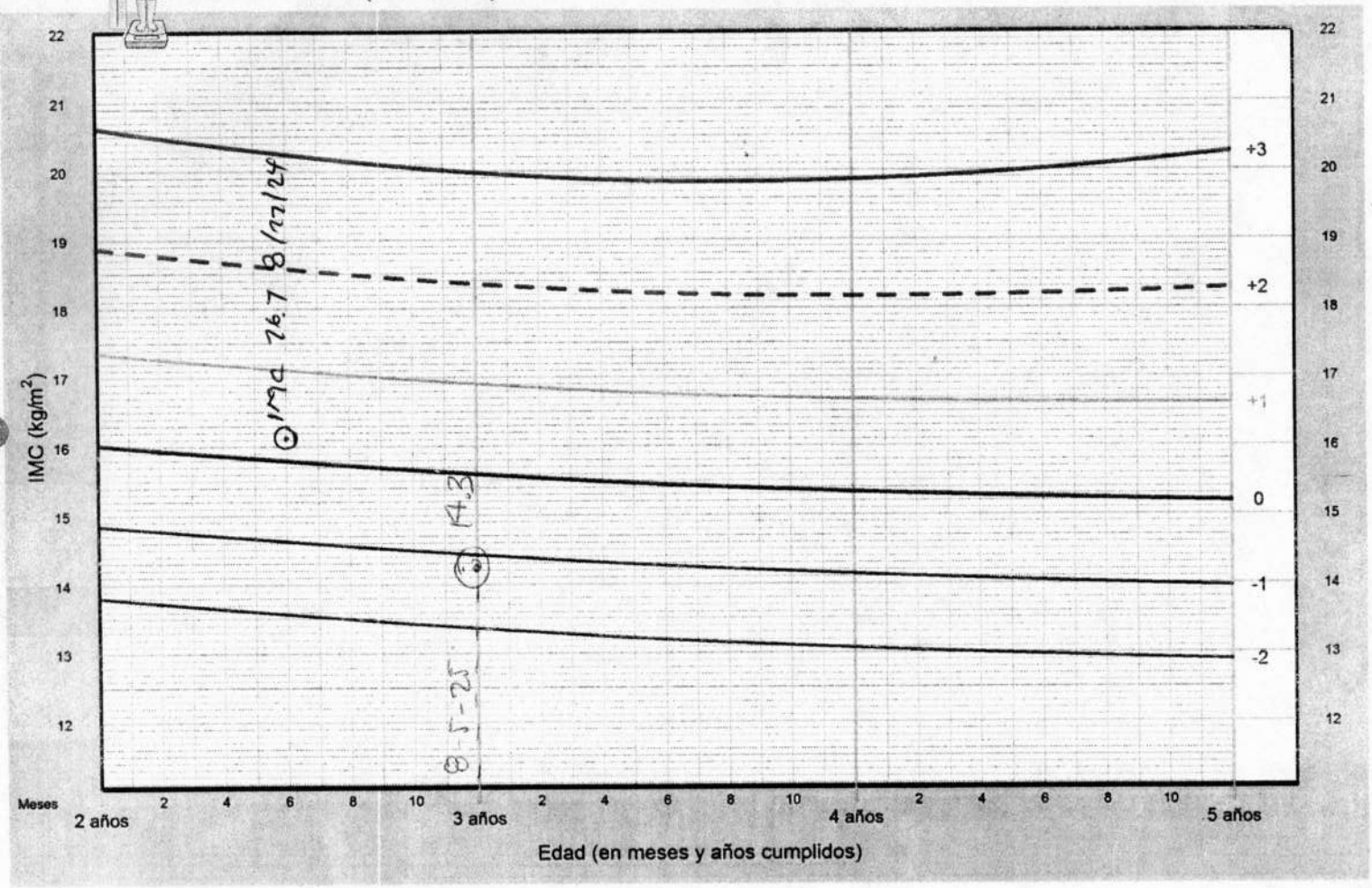
Puntuación Z (0 a 5 años)

Esteban Moreno.



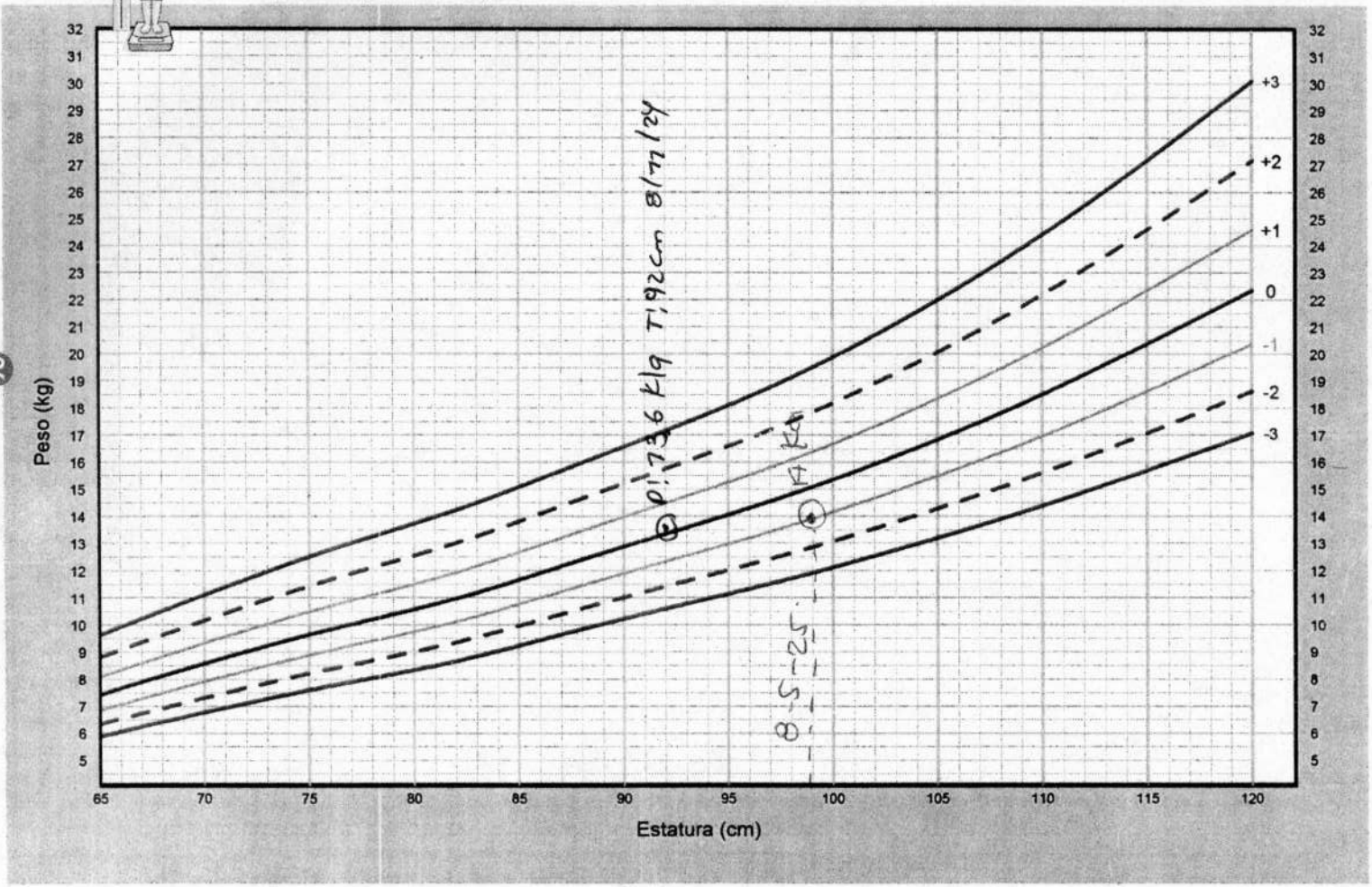
IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



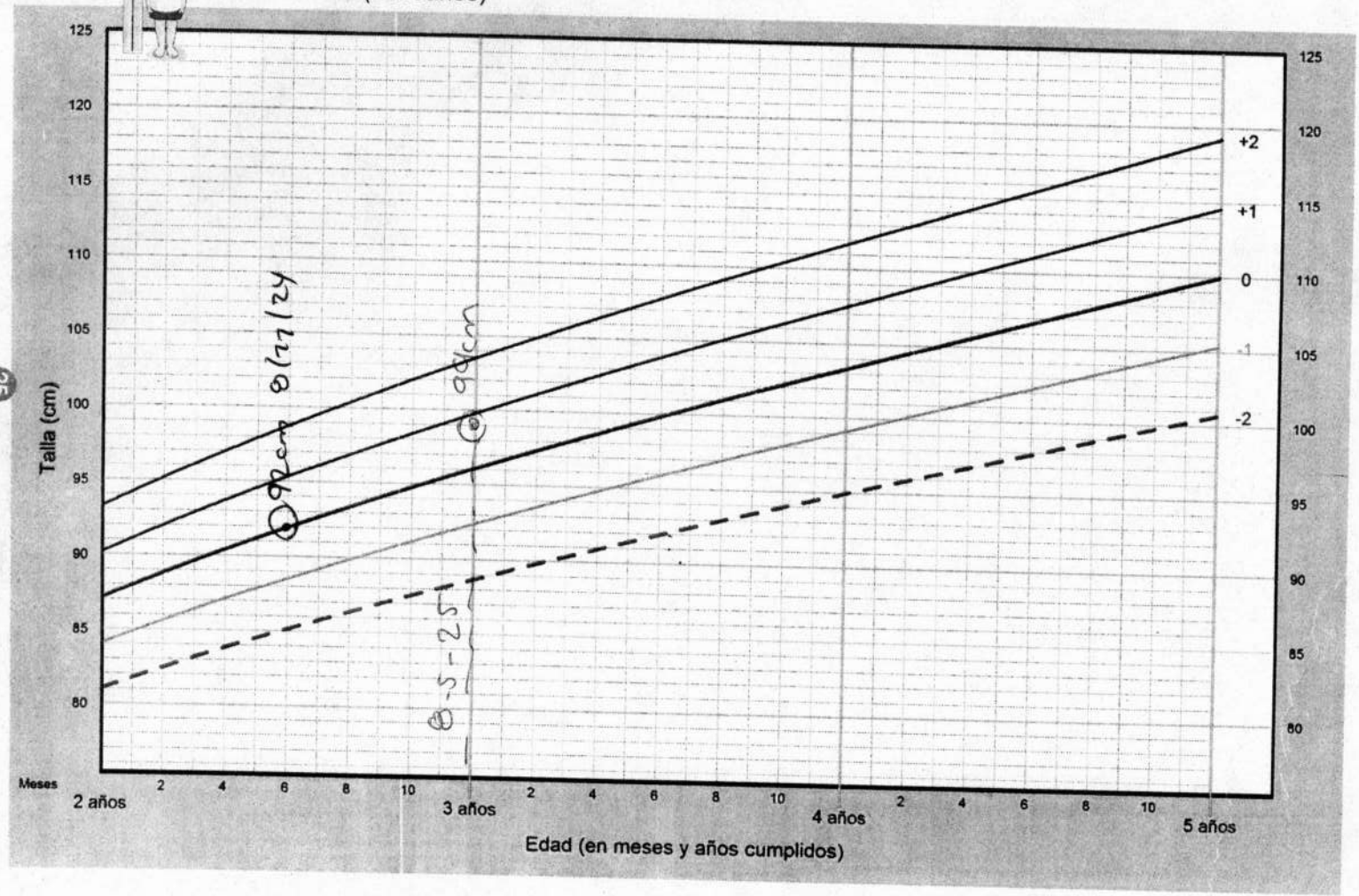
Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5años)



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

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO								
Resulado Tamizaje Neonatal	TSH neonatal	Normal		Alterado				
	Auditivo OEA/PEAA	Normal		Alterado				
	Cardipopatía 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

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

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

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



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

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: ESTEBAN SANTIAGO MORENO RINCON
Fecha de nacimiento: 02 MAYO 2022
Nº de certificado de nacido vivo:
Registro civil: 1140.026.093
Sexo: MASCULINO
Grupo sanguíneo: O+
Peso al nacer: 3100 Talla: 53 - 38 S.
Dirección: LA DORADA
Teléfono 1: 317 525 2157.
Teléfono 2: 321 467 4185
Responsable: ANGI JULIANA RINCÓN
Municipio de residencia: LA DORADA.
Departamento: PUTUMAYO.

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Nombres y Apellidos: Moreno Rincon Esteban Santiago **Tipo Identificación:** RC **No. ID:** 1140016093

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicacion Día	Mes	Año	Laboratorio	Numero de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
Recién nacido	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	2	5	22	Serum	0370MA098	ESE HSCJ				LAURA SEBOR
	Hepatitis B	Recién nacido	2	5	22	Serum	0320X017D	ESE HSCJ				
			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1.ª	5	7	22	Biologicals	2 1 2 1004	26.11.23 Subrednorte	2 julio			Mercy Sanche
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	5	7	22	Serum	28SIX007C	31.10.23 Subrednorte	2022			Mercy Sanche
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª	5	7	22			Subrednorte				Mercy Sanch
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	1.ª	5	7	22			Subrednorte				Mercy Sanchez
	Diarrea por rotavirus	1.ª	5	7	22	Biologicals	ARZLD041AD	31.8.23 Subrednorte				Mercy Sanche
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	5	7	22	Prevenar 13valente.	FR4897	2.24. Subrednorte				Mercy Sanche
			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2.ª	05	Sep	2022	Biological	2 1 4 0 0 0 3	ESE HSCJ	5	9	22	Liz Tobar
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	05	Sep	2022	Serum	7 8 5 1 4 0 2 2 A	ESE HSCJ				Liz Tobar
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª	05	Sep	2022	Serum	2 8 5 1 4 0 2 2 A	ESE HSCJ				Liz Tobar
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	2.ª	05	Sep	2022	Serum	2 8 5 1 4 0 2 2 A	ESE HSCJ				Liz Tobar
	Diarrea por rotavirus	2.ª	05	Sep	2022	GSK	ARCL0045AC	ESE HSCJ				Liz Tobar
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	05	Sep	2022	prevenar 13.	FR4897	ESE HSCJ				Liz Tobar
			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3.ª	08	11	22	Biological	2 1 4 1 0 1 4		05	NOV	2022	
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	08	11	22	Serum	2 8 5 1 4 0 2 2 A					
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª	08	11	22	Serum	2 8 5 1 4 0 2 2 A	HFID				
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	3.ª	08	11	22	Serum	2 8 5 1 4 0 2 2 A					
	Influenza estacional	1.ª	22	07	24.	Bulentan	2 4 0 0 9 7 9 1 0 0		CITA:			
7 meses	Influenza estacional	2.ª	24	10	24	Bulentan	2 4 0 0 9 7 9 1 0 0	HFID.	02-MAYO 2023			
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	13	09	23	Serum.	0 1 3 2 N 0 4 8 B					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	13	09	23	Pfizer.	FR4895.	HFID.				Paula. C.
	Varicela	2.ª	13	09	23	Merck.	X 0 0 6 5 3 7					
	Hepatitis A	Única	13	09	23	MSD.	W0277 36.					
	Influenza estacional	Anual										
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.er refuerzo	22	07	24	Biological	2 2 3 9 0 0 1.	HFID				Keriut
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.er refuerzo	22	07	24	Serum	2 8 2 3. X 0 1 3 A.	HFID				Keriut
	Fiebre amarilla	Única	13	09	23	Flocioz	W3D50	HFID.				Paula. C.
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.º	22	07	24.	Serum.	0 1 3 2. N 0 7 A A	HFID	CITA! 5 AÑOS CUMPLIDOS			Keriut
	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												

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.

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 La Dorada. FECHA: DÍA 15 MES 04 AÑO 25 HORA: 9:78 Am

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Esteban Santiago APELLIDOS Moreno Rincon

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

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 02 MES: 05 AÑO: 22 / EDAD: 2 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Juliana Rincón

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

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

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

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

Miedo a la reacción.

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

EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD

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

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

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

Firma de la persona: Juliana Rincon

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

Nombres _____ Apellidos _____

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

Firma: _____

En caso de requerirse firma a ruego:

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

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

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

de _____

Huella dactilar o plantar del Rogante

Firma del Rogado

C.C. N° _____

C.C. N° _____

Nombres y apellidos del vacunador: Jeniffer Yulieth. Cabezas Meneses

Firma Jeniffer Cabezas Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 1126446069

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HEO

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Putumayo MUNICIPIO: San Miguel.

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

CARNET RIAS PRIMERA INFANCIA

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA
Servimos con amor



Nombres y apellidos: Esteban Santiago Moreno Rincon

Doc. de identidad: 1140016093 EPS: Emssanar

Teléfono: 3185252157 Domicilio: B1 San felipe

	PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) ó AÑOS (A)											
		5 DÍAS	1 M	2-3 M	4 M	6-8 M	9-11 M	12-17 M	18-23 M	24-29 M	30-35 M	3 A	
ATENCIÓN INTEGRAL	Control del recién nacido por médico												
	Atención en salud por medicina general				26-9-22	2DVC DOSIS UNICA							
	Atención en salud por enfermería												
	Atención en salud bucal por odontología							13-04-23					
	Promoción y apoyo de la lactancia manterna												
ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de fluor							13-04-23	14-03-2024 14 Sep. 2024	X 26-09-24	23-04-2025	24-04-2026	
	Profilaxis y remoción de placa bacteriana							13-04-23		26-09-25	29-10-2025		
	Aplicación de sellantes (según criterio)												
V	Vacunación												

Liliana Maribel Cordoba
HIGIENISTA ORAL
Res 00493 de 2011

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 Esteban Santiago Moreno Rincon, identificado (a) con documento de identidad número 1140016093 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, Angy Juliana Rincon Mahecha, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1000.461.200 de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	✓	Audios	✓	Videos	✓	Otros datos personales	

La autorización comprende:

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

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

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

Los productos autorizados son originados por Fundacion Alma de 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: Juliana Rincon
Nombre: Juliana Rincon
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3025316369
Fecha: 1-04-2025
Municipio: San Miguel

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

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

(telefónico, mensajería y/o escrito).

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

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

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

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

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

PAOLA CHATES
Coordinadora pedagógica

EDDY PATRICIA LÓPEZ
Apoyo psicosocial

Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Andrea Montenegro
Agente educativa

Huella del niño/niña

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

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 10983-8	Pago oportuno hasta:	08/06/2025	Mes Facturado
Factura Nro	2037146162	Suspensión a partir de:	09/06/2025	MAYO 2025

1.Información Genera

Nombre:	JUAN MUÑOZ	Último pago	$ 358,010
Dirección:	BR SAN FELIPE	Tuve servicio de energía entre:	17-ABR-2025 - 16-MAY-2025 (29)

Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Área	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Código Tarifa	División Geopolítica
SM1	S106	417	0	COMERCIAL	URBANA	1	1.5	AEREA	EMPRESA	205	SAN MIGUEL - SAN FELIPE

Tipo de Documento	Fecha y hora de Emisión	Fecha y hora de Generación	Medio de Pago	Forma de Pago	Factura Electrónica de Venta
FACTURA DE VENTA	26/05/25	26-MAY-25	PAGO EN EFECTIVO	CONTADO	EEBP - 257095 0

2.Información Consumo Energía

Componentes de Costo (CU)*: Generación 408.27 + Transmisión 62.2 + Distribución 269.61 + Comercialización 126.87 + Pérdidas 59.16 + Restricción 43.58 = CU 969.7 ($/KwH)

2A.Información Medidor

Marca	Serial	Factor Múltiplo
APP	4604194843	1

2B.Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	30548	30226
Reactiva:		

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

2C.Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	322
Consumo Reactiva KVarh:	0
Costo del consumo $	312243.4
Tarifa (hasta 173 Kwh):	1163.64
Subsidio: % 0	$ 0
Contribución: % 20	$ 62448.68
Sub Total $	374692.08

Meses en deuda: 1 — % Tasa Interés Moratorio: 0.5

2D.Consumo Últimos 6 Meses

	Mes	Activa	Reactiva
2024	NOVIEMBRE	325	0
2024	DICIEMBRE	290	0
2025	ENERO	213	0
2025	FEBRERO	299	0
2025	MARZO	306	0
2025	ABRIL	247	0
	PROMEDIO	280	0

2E.Información Calidad del Servicio

Tel. O.R EEBP: 01 8000 942415
Transformador: SLD107 Grupo: 22
DIUG: 30.24 FIUG: 19 Circuito: C14
Cargo D: 265.8314 Dscto %t:20
CEC: 249.01
DIU: 87.37 FIU: 102
HC: 2.78 VC: 5
Valor a Compensar: 26478.17

3.Información de Créditos EEBP

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

Gerente General

4.Detalle Conceptos del Servicio de Energía

Conceptos EEBP	Valor Liquidado	Saldo Anterior	Saldo a Favor o Anticipado	Total
ACTIVA SENCILLA MONOMIA	312,243.40	.00	.00	312,243.40
CONTRIBUCION	62,448.68	.00	.00	62,448.68
COMPENSACION RES.CREG_015/2018	-26,478.17	.00	.00	-26,478.17
AJUSTE A LA DECENA	.09	.00	.00	.09

5.Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP 348,214

6.Información Facturación Convenio Impuesto Alumbrado Públi

Sujeto Activo	Operador A.P.	Convenio No.	Dirección PQR	Valor Periodo	Saldo Ant.	Valor Total
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL	MUNICIPIO SAN MIGUEL	ACUERDO 008 31/08/2023	Cra 4 Cll 7 Esquina	27,306	0	27,306

7.Información Facturación Convenio Aseo y Alcantarillad

Concepto	Empresa	Dirección PQR	USO	Valor Tarifa	Subsidio o Factor Solidario	Cargo Consumo o Variable	Valor Tasa Ambiental	Saldo Anterior	Ajustes/Otros	Valor Total
Alcantarillado				0	0			0		0
Aseo*				30,000	0			0		30,000

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

8.Información Facturación Otros Convenios

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

Total EEBP	+ Total Impuesto Alumbrado público	+ Total Aseo y/o Alcantarillado	+ Total Otros Convenios	= Debo pagar en Total
348,214	27,306	30,000	0	$ 405,520

IFE: 1db514489363dba9324ff827a0c61d910305a243e9edf8a55c484a0bd7b679bf7826cefd55846d16a815b264af6f6c51

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

(415)7709998005532(8020)1000203714616277(3900)0000405520(96)20250623

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

26 F1V

Ciudad San Miguel La Dorada

Nombre completo de la niña o niño Esteban Santiago Marena Rincon

Fecha de nacimiento Día 02 Mes 05 Año 2022 **N° Documento de Identidad** 1140016093

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Andrea Montenegro Arteaga

Fecha de registro cualitativo Día 3 Mes 07 Año 2025

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

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

Observaciones generales

Esteban Se encuentra en el nivel esperado, la cual indica un desarrollo adecuado conforme a su edad, muestra interes por conocer, Su entorno y Participa con entusiasmo en actividades de explaracion, lo que favorece Su relacion con el mundo, y Su aprendizaje, Se continuara fatalecando la independencia, en actividades Cotidianas, la expresion atraves de gestos, y el reconocimiento de normas basicas de Convivencia.

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

●

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Andrea Montenegro

Fecha de registro cualitativo Día 2 Mes 10 Año 2025

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

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

Observaciones generales

Esteban Se encuentra dentro de un Perfil esperado, Cumpliendo con los logros Propios de Su rango de edad. Disfruta compartir con Sus compañeros, integrandose en juegos Colectivos y demostrando interes por nuevas experiencias

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

28
EIV

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Esteban 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)
23- octubre - 2025.	Agente educativa evidencia que el niño tiene la Proxima Cita de higiene Oral el 23 de octubre - 2025.	Agente educativa dialoga Con la madre de familia y Se le informa que el niño tiene la Proxima Cita de higiene Oral el 23 de octubre 2025. Se recomienda a la madre de familia Sacar cita. Siendo las 9:00 am madre de familia informa que el niño tiene Cita el dia de mañana 24- octubre - 2025 a las 7:30 am	Andrea Montenegro	

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
29/10/25	Madre de familia hace llegar la Copia actualizada de higiene Oral, Se procede a Cenar novedad

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

ASIGNACION DE CITA MEDICA:

Fecha Impresion: 23/10/2025

ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

Dir:Barrio El Paraiso Tel: 3134821413

PACIENTE:	MORENO RINCON ESTEBAN SANTIAGO
IDENTIFICACION:	RC1140016093
No HISTORIA:	1140016093
PROFESIONAL:	CORDOBA TONGUINO LILIANA MARIBEL
ESPECIALIDAD:	HIGIENISTA
HORA DE LA CITA:	07:30 a. m.
FECHA DE LA CITA:	24/10/2025
TIPO:	De Control
CLASE:	HIGIENE ORAL
EMPRESA:	EMSSANAR EPS S.A.S.
FECHA SOLICITADA POR USUARIO:	23/10/2025
OBSERVACIONES:	

Orden No: 179500

Recuerde facturar 30 minutos antes de la hora asignada, de lo contrario su cita sera reprogramada dependiendo de la disponibilidad de agenda

InfoSalud Net

Mañana 07:30 am, debe estar 15 minutos antes

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Esteban Marino Rincon **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulos 2 **AGENTE EDUCATIVO:** Andrea Mantenego.

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)
1-Julio-2025	el dia de hoy el niño no asiste a la Unidad de atencion Parvulos 2	Agente educativa Se Comunica Con la madre de familia Por Via telefonica, Para conocer el motivo de la inasistencia del niño esteban, el cual no fue Posible. Agente educativa deja un mensaje de texto Por Via Whatsapp, Sino hay respuesta Se Seguira llamando durante el dia • Se remite el Caso del niño a la coordinadora general. AUTO 2-07-25.	Andrea Mantenego Agente educativa	Juliana Rincon

BIENESTAR FAMILIAR

SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO

Siendo las 5:00 pm, la madre de familia Se Comunica por medio de mensaje de texto, ofreciendo disculpas por no haberse reportado anteriormente, ya que no contaba con Señal y Solicita Permiso Por el niño Esteban Paque se les Presento Una calamidad Familiar, Se encuentran Por ahora en Neiva, Por lo tanto Solicita Permiso por esta Semana

—Juliana Rincon

Siendo hoy 2 de julio - 2025 Agente educativa Se comunica con la madre del niño Para conocer el estado de Salud, el Cual refiere que el niño Se encuentra bien Con Un Poquito de gripa, y lo esta tratando Con remedios Caseros

—Juliana Rincon

Siendo hoy 3 de julio - 2025. Agente educativa Se comunica con la madre del niño Para conocer el estado de Salud, el Cual refiere que el niño Se encuentra ya Un Poco mejor de la gripa, ya mañana, Si Dios Permite el dia de mañana, Viajamos."

—Juliana Rincon

Siendo hoy 4 de julio - 2025 Agente educativa Se comunica con la madre del niño para conocer su estado de salud el cual la madre refiere que el niño se encuentra ya mejor de la gripa como tambien mensiona que ya estan viajando y si Dios quiere y permite el Dia lunes el niño se integra nuevamente ala unidad de atención.

—Juliana Rincon

BIENESTAR FAMILIAR

SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO

Siendo hoy 7 de julio - 2025, el niño asiste a la Unidad de atencion Parvulos 2, en buenas condiciones de Salud Se Procede a Cerrar la novedad

Juliana Rincon