BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO DE INSCRIPCIÓN FÍSICA PARA LA PRE - MATRÍCULA EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA PRIMERA IN

MT1.PP	30/01/2025
rsión 2	Página 2 de 2
sificación de la Información: Pública	



Fecha de diligenciamiento: 4 | 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: 1122343898.

Fecha nacimiento: 8 | 01 | 2022.

Nombres: JHONIER ALEXIS

Apellidos: ACOSTA ESPIN

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: URBANA

Barrio: VILLA PAZ

Vereda:

Sector:

Dirección: AL COSTADO DEL CDI.

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:

Nombres: RUTH NOHEMI

Apellidos: ESPIN TORO

Pais de nacimiento: COLOMBIA

Fecha nacimiento: 23 | 09 | 2005.

Correo electrónico:

Número de celular: 3229546262.

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: Ruth Nohemy ESPIN.

Nombre y Firma del profesional que diligencia:

Observaciones:

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:

JHONIER ALEXIS ACOSTA ESPIN

N° DOCUMENTO: 1122343898 **TIPO DOCUMENTO:** RC X. CC___ OTRO ___

FECHA DE NACIMIENTO: 8-ENERO-2022 **EDAD:** 3 A - 2 M

LUGAR DE NACIMIENTO: PUERTO ASIS

NOMBRE DE LA UDS: CDI FRONTERAS DE PAZ.
CODIGO UDS: 867571126972 **BARRIO/VEREDA:** SIETE DE AGOSTO.
FECHA DE INGRESO: 01-04-2025 **FECHA DE RETIRO:** _____

SISBEN: A4 **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: RUTH NOHEMI ESPIN TORO.

N° CÉDULA: 1122339176. **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** SAN MIGUEL

NOMBRE DEL PADRE: YONIER ACOSTA PAPAMIJA.

N° CÉDULA: 1122341212. **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Miguel

N° DE CELULAR: 3229546262.

NOMBRE DEL ACUDIENTE: _____

N° CÉDULA: _____ **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** _____

DIRECCIÓN VIVIENDA: _____ **ZONA POBLACIONAL:** (R)___ (U)___

NUMERO DE CELULAR _____

Ruth Nohemy Espin. — **FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE**

LILIANA TUTISTAR. — **NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO**

3

3 años.

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP	1.122.343.898

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 61322423

61322423

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** X 6 Z

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

REGISTRADURIA DE SAN MIGUEL(LA DORADA) - COLOMBIA - PUTUMAYO - SAN M

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ACOSTA	ESPIN

Nombre(s): JHONIER ALEXIS

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes ENE Día 08	MASCULINO	O	POSITIVO

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

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	169595106

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

Apellidos y nombres completos: ESPIN TORO RUTH NOHEMI

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
TI 1.122.339.170	COLOMBIA

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

Apellidos y nombres completos: ACOSTA PAPAMIJA YONIER

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.122.341.212	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: ACOSTA PAPAMIJA YONIER

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.122.341.212	Jhonier Acosta P.

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 ENE Día 19	ROY EDISON CALLE QUIRAMA - REGIST Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Jhonier Acosta P. Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

Adhesivo Copia Registro Civil 36308501-6

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

ESTA REPRODUCCIÓN FOTOMECÁNICA ES FIEL COPIA DE LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURÍA

San Miguel (La Dorada) - Putumayo, 02 de mayo de 2024
VALIDO PARA TRAMITES LEGALES Y CIVILES.

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

ROY EDISON CALLE QUIRAA
Registrador Municipal del Estado Civil

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.122.339.170



Apellidos
ESPIN TORO

Nombres
RUTH NOHEMI

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.52	F

Fecha de nacimiento
23 SEPT 2005

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
SAN MIGUEL(LA DORADA) (PUTUMAYO)

Fecha y lugar de expedición
26 SEPT 2023, SAN MIGUEL(LA DORADA)

Firma
Ruth Espin

Fecha de expiración
26 SEPT 2033

Vereda el Limonal
cel: 3108659156
- 3229546262

.CO

032077627

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL032077627464018<<<<<<<<<<
0509237F3309265COL1122339170<2
ESPIN<TORO<<RUTH<NOHEMI<<<<<<<

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta:	26/03/2025
Ficha:	86757674952700002159

A4

GRUPO SISBÉN IV

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres:	JHONIER ALEXIS
Apellidos:	ACOSTA ESPIN
Tipo de documento:	Registro civil
Número de documento:	1122343898
Municipio:	San Miguel
Departamento:	Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:	02/03/2022
Última actualización ciudadano:	02/03/2022
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

A1→A5	B1→B7	C1→C18	D1→D21
Pobreza extrema	Pobreza moderada	Vulnerabilidad	Ni pobre ni vulnerable

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	1122343898
NOMBRES	JHONIER ALEXIS
APELLIDOS	ACOSTA ESPIN
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	23/02/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	09/11/2025 09:08:59	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.

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 1122343898
Apellidos:	ACOSTA ESPIN
Nombres:	JHONIER ALEXIS
Ficha Sisben:	86757674952700002159
Nivel Sisben:	Nivel I
Grupo Sisben	A04
Tipo de discapacidad:	Ninguna
Plan de salud:	Régimen Subsidiado
Estado de servicio:	Vigente
Fecha de Afiliación:	23/02/2022
Fecha fin de Afiliación:	21/06/2025
Departamento de Afiliación:	PUTUMAYO
Municipio de Afiliación:	SAN MIGUEL
Zona:	Urbana - Cabecera Municipal

IV - Afiliado cumple con metodología IV SISBEN.

IPS de atención de primer nivel

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

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

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

En constancia se firma el 20 de Junio 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

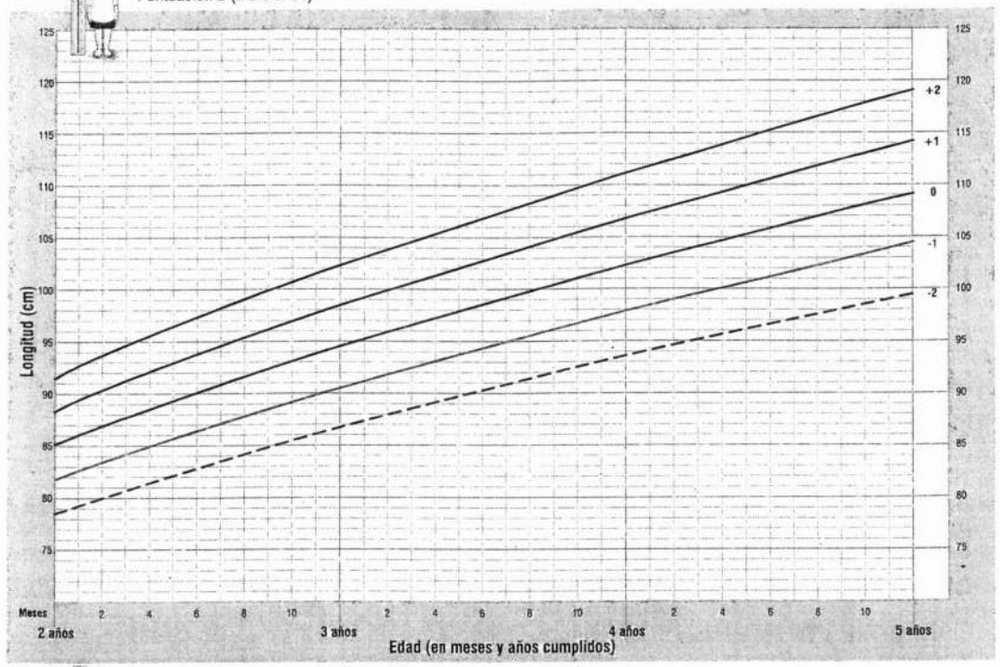
Nombres: JHONIGL ALEXIS	Apellidos: ACOSTA ESPIN
Fecha de nacimiento: 08 DÍA | 07 MES | 2022 AÑO	Historia Clínica: 1122343898
Barrio/Vereda: U/ FINONAL	Responsable del niño: Ruth Nohemy Espin Toro
Teléfono: 3163005825.	EPS: 118

CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
25	MAYO	2022	x MEDICO	✓	
8	Julio	2022	enfermería		
09	Enero	2023	Medico.	SI ✓	.
10.	Junio	2023	Enf		x
02	Agosto	2023	Enf	SI ✓	
08	Enero	2024	Medico	/ .	x
12	01	2024	Rcl		
05	07	2024.		✓	. Plan
15 -	Oct	2024	Enf	✓	
20	02	2025	medico		
09	01	2026.	enf.		

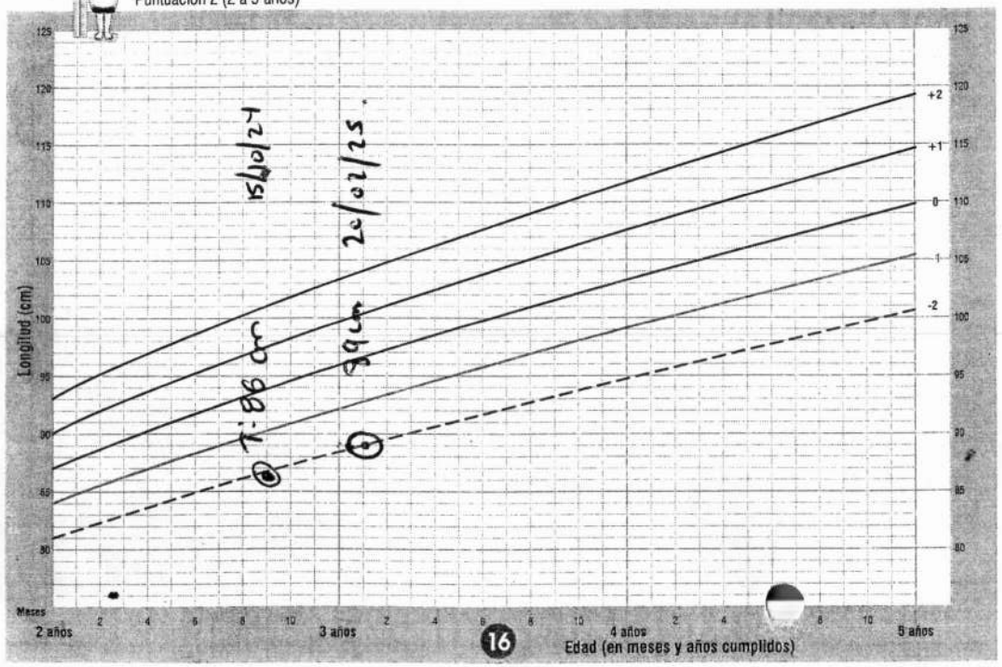
Talla para la edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



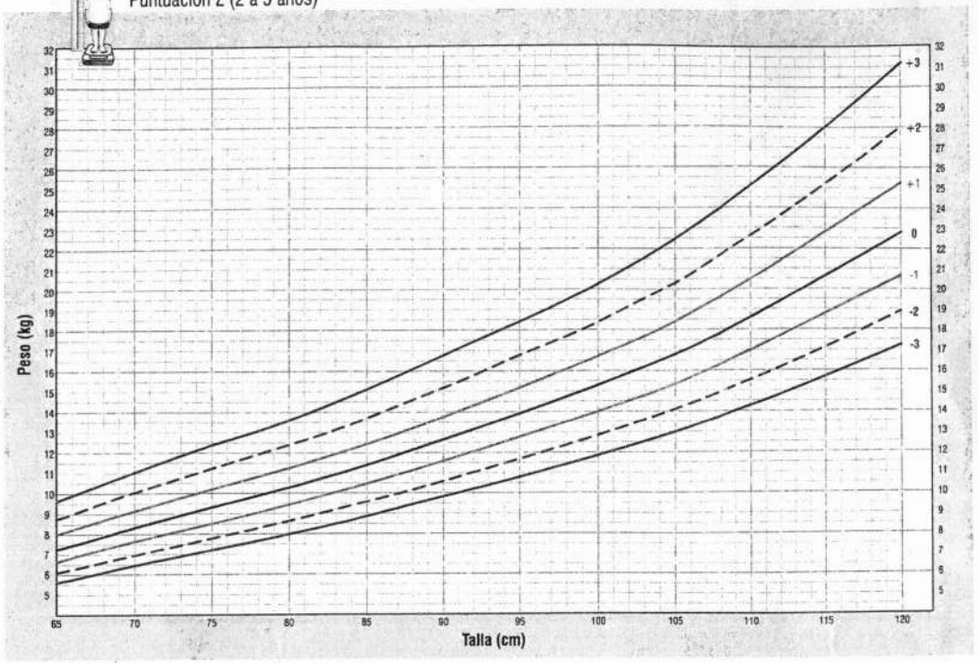
Talla para la edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



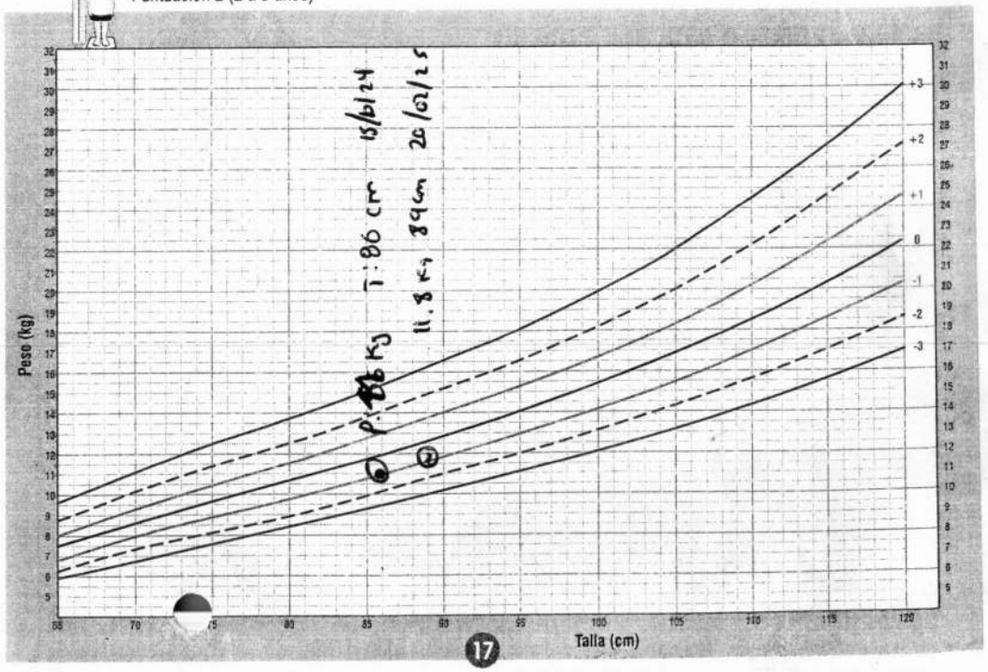
Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 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					
	Cardiopopatía 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			

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

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: Jhonier Alexis Acosta

Fecha de nacimiento: 08/07/22

Nº de certificado de nacido vivo:

Registro civil: 1122343598.

Sexo: Masculino

Grupo sanguíneo: O+

Peso al nacer: 2270 Talla: 43.

Dirección: V/ Limonal.

Teléfono 1: 3104617820.

Teléfono 2: 3163005825.

Responsable: Ruth Nohemi Espin

Municipio de residencia: San Miguel.

Departamento: putumayo

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Nombres y Apellidos: Sbonier Alexis Acosta Espin

Tipo identificación: Registro civil

No. ID: 1122343898

12

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién nacido	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐											
	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	09	01	22	Serum	037UMA0940	Clinica Putumayo				Diana T
	Hepatitis B	Recién nacido	09	01	22	Serum	032UX0776					Diana T
2 meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	1.ª	15	3	22	Serum	210SO01.	HFID				
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	15	3	22	Serum	285CX03SB	HFID				
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª	15	3	22	Serum	285CX03SB	HFID				
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	1.ª	14	3	22	Serum	285CX03SB	HFID				
	Diarrea por rotavirus	1.ª	15	3	22	OSK	ARO1C8S8AC	HFID				
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	15	3	22	OSK	ASPNB31SBA	HFID				
4 meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	2.ª	25	05	22	Biologi	21L50O6A		cita.			
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	25	05	22		285OYO38D		15/Mayo/2022			
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª	25	05	22	Serum	1111111111	HFLD				Talia Guevara
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	2.ª	25	05	22							
	Diarrea por rotavirus	2.ª	25	05	22	65K	ARO1C8S8A					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	25	05	22	65K	ASPNB31SB					
6 meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	3.ª	27	7	22	Serum	2120094.		Cita 25			
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	27	7	22	Serum	285OYO38D		julio			
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª	27	7	22	Serum	285OYO38D	HFID	2022			Palya b.
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	3.ª	27	7	22	Serum	285OYO38D					
	Influenza estacional	1.ª	27	7	22	Serum	VSO222008					
7 meses	Influenza estacional	2.ª	30	08	22	Geren.	VS022220088	HFLD	cita			pulac
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	10	1	23	Serum	013ONI33B.	HFID	29/Agosto 2023			
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	10	1	23	Squm	A5PNB338K	HFID				Palya b
	Varicela	2.ª	10	1	23	GSK	VO1646 1.	HFID				
	Hepatitis A	Única	10	1	23.	MSD	TO3626G8	HFID	cita 08 enero 2023.			
	Influenza estacional	Anual										pulac
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.er refuerzo	31	07	23	Serum	220801L6A					Palya b.
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.er refuerzo	31	07	23	Serum	285 1 XO4 8C	HFID				
	Fiebre amarilla	Única	10	1	23	Sanofi	L21 1 V7.					
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª	31	07	23	Serum	O131NO71A.		cita. 10/Feb/2023 SR.			Pulac
	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	SR	Rf	16	01	24	Serum	0732N048B	HFLD	CITA: 27-Julio 2023			Pulac

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.

NO SE APLICA
VACUNA DE INFLUENZA
PORQUE EL LINEAMIENTO
VA DE 6 MESES HASTA
1 AÑO 11 MESES 29 DÍAS

VACUNACIÓN PAI

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

JINA A. BELALCAZAR FLOREZ
Gerente

CARNET RIAS PRIMERA INFANCIA

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



Nombres y apellidos: Jhonier Alexis Acosta Espin

Doc. de identidad: 1122343898 EPS: Emssanar

Teléfono: 3163005825. Domicilio: V) Limonal

		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	4 A	5 A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico													
		Atención en salud por medicina general													
		Atención en salud por enfermería													
		Atención en salud bucal por odontología							09. Marzo 2023.	05-12-24 05-06-25					
		Promoción y apoyo de la lactancia manterna													
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGIA	Aplicación de barniz de fluor							X	X	X				
		Profilaxis y remoción de placa bacteriana							X	X	X				
		Aplicación de sellantes (según criterio)											06-06-2025 06-12-2025		
	V	Vacunación													

Yohany Cortes
HIGIENISTA ORAL
RS 86-00192

AUX. EN SALUD ORAL
RES. 8600493-2011

PC.

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 03 MES 04 AÑO 2025 HORA: 3.14 p.m

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Jhonier Alexis APELLIDOS Acosta Espin

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1.122.343.898.

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 08 MES: 01 AÑO: 2022 / EDAD: 3 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Emssanar Tel: 3229546262

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

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

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

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

Miedo a la reacción

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

EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD

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

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

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

Firma de la persona: _____

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

Nombres Ruth Apellidos Espin

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1.122.339.170

Firma: "Ruth E"

En caso de requerirse firma a ruego:

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

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

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

de _____

Huella dactilar o plantar del Rogante

Firma del Rogado

C.C. N°

C.C. N°

Nombres y apellidos del vacunador: Isabel Arias Erazo

Firma

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1.004.695.938

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFLB

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Putumayo

MUNICIPIO: San Miguel

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA	F2.P2.CE	15/07/2021
	FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN	Versión 4	Página 1 de 1

Autorización – Uso de la imagen de menor de edad:

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad JHONIER ALEXIS ACOSTA ESPIN, identificado (a) con documento de identidad número 1122343898, 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, RUTH NOHEMI ESPIN TORO, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1122339170, 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 AIMA 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 CDI FRONTERAS DE PAZ.

Suscriben:

Firma: Ruth Nohemy Espin
Nombre: Ruth Nohemi Espin Toro
Calidad - Titular: X. Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3229546262.
Fecha: 04-04-2025
Municipio: San Miguel.

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

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

PACTO DE CONVIVENCIA MODALIDAD INSTITUCIONAL

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

DERECHOS Y DEBERES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

DERECHOS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

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

DEBERES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

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

DERECHOS Y DEBERES DE LOS PADRES DE FAMILIA

DERECHOS DE LOS PADRES DE FAMILIA

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

DEBERES DE LOS PADRES DE FAMILIA

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

(telefónico, mensajería y/o escrito).

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

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

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

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

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

PAOLA CHATES
Coordinadora pedagógica

EDDY PATRICIA LÓPEZ
Apoyo psicosocial

Ruth Nohemí Espin
Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Agente educativa

Huella del niño/niña



Jhonier Alexis Acosta.

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 49526-3
Factura Nro	2037063709

Pago oportuno hasta:	21/04/2025
Suspensión a partir de:	22/04/2025

Mes Facturado
MARZO 2025

1.Información Genera

Nombre:	ALBA MARGARITA TORO DIAZ	Último pago	$ 125,360
Dirección:	VEREDA SAN JUAN BOSCO	Tuve servicio de energía entre:	08-FEB-2025 - 11-MAR-2025 (31)

Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Área	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Código Tarifa	División Geopolítica
SM4	S402	125	1	RESIDENCIAL	RURAL	1	.12	AEREA	EMPRESA	105	SAN MIGUEL - VEREDA SAN JUAN BOSCO

Tipo de Documento	Fecha y hora de Emisión	Fecha y hora de Generación	Medio de Pago	Forma de Pago	Factura Electrónica de Venta 0
	25/03/25				-

2.Información Consumo Energía

Componentes de Costo (CU): Generación 527.6 + Transmisión 49.85 + Distribución 253.23 + Comercialización 121.95 + Pérdidas 70.79 + Restricción 14.68 = CU 1038.1 ($/KwH)

2A.Información Medidor

Marca	Serial	Factor Múltiplo
HIK	23510442	1

2B.Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	2401	2316
Reactiva:		

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

2C.Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	85		
Consumo Reactiva KVarh:	0		
Costo del consumo $	88238.5		
Tarifa (hasta 173 Kwh):	415.24		
Subsidio: %	60	$	-52943.1
Contribución: %	0	$	0
Sub Total $	35295.4		

Meses en deuda: 1 % Tasa Interés Moratorio: 0.5

2D.Consumo Últimos 6 Meses

	Mes	Activa	Reactiva
2024	SEPTIEMBRE	157	0
2024	OCTUBRE	162	0
2024	NOVIEMBRE	203	0
2024	DICIEMBRE	170	0
2025	ENERO	180	0
2025	FEBRERO	93	0
	PROMEDIO	**161**	**0**

2E.Información Calidad del Servicio

Tel. O.R EEBP: 01 8000 942415
Transformador: SLD120 Grupo: 22
DIUG: 30.24 FIUG: 19 Circuito: C14
Cargo D: 249.0104 Dscto %t:20
CEC: 0
DIU: 71.06 FIU: 92
HC: 0 VC: 0
Valor a Compensar: 0

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	88,238.50	.00	.00	88,238.50
SUBSIDIO	-52,943.10	.00	.00	-52,943.10
AJUSTE A SUBSIDIO	1,829.96	.00	.00	1,829.96
AJUSTE A LA DECENA	4.64	.00	.00	4.64

5.Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP 37,130

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	12,110	0	12,110

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*				0	0			0		0

*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
37,130	12,110	0	0	$ 49,240

CUFE:

(415)7709998005532(8020)1000203706370977(3900)0000049240(96)20250421

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

Esta Factura presta Mérito Ejecutivo de acuerdo a las No del Derecho Civil y Comercial Ley 142 Art. 130

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

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

21

Ciudad San Miguel la Dorada

Nombre completo de la niña o niño JHONIER ALEXIS AIOSTA ESPIN

Fecha de nacimiento 8 01 2022 **N° Documento de Identidad** 1.122.343.898

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador JILIANA TUTISTAR

Fecha de registro cualitativo Día 2 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

JHONIER PRESENTA UN DESARROLLO INTEGRAL ADECUADO. O ESPERADO. YA QUE CUMPLE CON LA MAYORIA DE LOS ITEM PROPUESTOS DE A CUERDO A SU EDAD, SE EVIDENCIA CONTROL CORPORAL. Y COORINACION EN MOVIMIENTOS QUE IMPLIQUEN SALTAR PEQUEÑOS OBSTACULOS, MUESTRA CURIOSIDAD POR EXPLORAR EL MEDIO QUE LO RODEA Y SE INTEGRA CON FACILIDAD EN JUEGOS GRUPALES.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador LILIANA TUTISTAR ROJAS.

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

JHONIER CUMPLE CON LA MAYORIA DE LOS ITEM PROPUESTOS DE ACUERDO A SU EDAD POR LO TANTO SE ENCUENTRA EN UN PERFIL DE DESARROLLO ESPERADO, YA QUE DEMUESTRA HABILIDADES MOTRICES FINAS COLOREANDO FIGURAS, RECORTANDO PAPEL, GRUESAS YA QUE ESQUIVA OBSTACULOS PEQUEÑOS, SE RELACIONA DE FORMA POSITIVA CON SU PARES Y ADULTOS.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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

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

Observaciones generales

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

ración itativa ⇨	Relación con los demás														Relación consigo misma/o												Relación con el mundo								
	Comunicación						Interacción						Construcción de normas			Identidad						Autoestima			Manejo corporal			Conocimiento de los objetos			Relaciones de causalidad			Representación de la Realidad Social		
	Verbal			No verbal			Independencia			Cooperación			Autonomía			Personal			Social																
	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a
0 a 6 meses	1 2 3	1 2 3	1 2 3	4 5	4 5	4 5	6 7	6 7	6 7	8 9	8 9	8 9	10	10	10	11 12 13	11 12 13	11 12 13	14 15	14 15	14 15	16 17 18	16 17 18	16 17 18	19 20 21 22	19 20 21 22	19 20 21 22	23	23	23	24	24	24	25	25	25
6 meses y 1 día a 12 meses	1 2	1 2	1 2	3 4	3 4	3 4	5 6 7 8	5 6 7 8	5 6 7 8	9 10	9 10	9 10	11 12 13 14	11 12 13 14	11 12 13 14	15 16 17 18	15 16 17 18	15 16 17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22	22	22	23 24 25 26	23 24 25 26	23 24 25 26	27 28	27 28	27 28	29 30 31	29 30 31	29 30 31	32 33	32 33	32 33
1 año y 1 día a 2 años	1 2	1 2	1 2	3 4 5	3 4 5	3 4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9 10	9 10	9 10	11 12	11 12	11 12	13 14	13 14	13 14	15 16	15 16	11 16	17 18 19	17 18 19	17 18 19	20 21	20 21	20 21	22 23	22 23	22 23	24	24	24	25 26	25 26	25 26
2 años y 1 día a 3 años	1 2 3	1 2 3	1 2 3	4 5	4 5	4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9	9	9	10 11 12	10 11 12	10 11 12	13 14	13 14	13 14	15	15	15	16 17 18	16 17 18	16 17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22 23 24	22 23 24	22 23 24	25 26	25 26	25 26	27	27	27
3 años y 1 día a 4 años	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9 10 11	9 10 11	9 10 11	12	12	12	13 14 15 16	13 14 15 16	13 14 15 16	17 18	17 18	17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22 23 24 25	22 23 24 25	22 23 24 25	26 27	26 27	26 27	28 29 30	28 29 30	28 29 30	31 32 33 34	31 32 33 34	31 32 33 34	35 36	35 36	35 36
4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días	1 2	1 2	1 2	3	3	3	4 5	4 5	4 5	6 7	6 7	6 7	8	8	8	9 10	9 10	9 10	11 12	11 12	11 12	13 14	13 14	13 14	15	15	15	16 17	16 17	16 17	18	18	18	19 20	19 20	19 20

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: JHONIER ALEXIS ACOSTA UNIDAD DE ATENCIÓN: PREJARDIN 1 AGENTE EDUCATIVO: LILIANA TOTISTAR.

MUNICIPIO: SAN MIGUEL FECHA DE INGRESO: 01-03-2025

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
27-11-25	A LA 7:45 A.M LA MADRE DE FAMILIA SE COMUNICA CON LA DOCENTE REPORTANDO QUE EL DIA DE HOY EL NIÑO NO ASISTIRA AL CDI, POR QUE SE MUESTRA INDISPUESTO, POR LO TANTO HOY ESTARÁ EN CASA AL CUIDADO DE OTRA.	* LA DOCENTE RECOMIENDA LOS CUIDADOS NECESARIOS EN EL HOGAR		Ruth Yohemi Espin.

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: JHONIER ALEXIS ACOSTA UNIDAD DE ATENCIÓN: PREJARDIN 1. AGENTE EDUCATIVO: LILIANA TOTISTAR.

MUNICIPIO: SAN MIGUEL FECHA DE INGRESO: 01-03-2025

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)
7-16-25	A LAS 7:25 A.M LA MADRE DE FAMILIA ENVIA UN MENSAJE DE VOZ A LA DOCENTE, DANDO A CONOCER QUE POR LA LLUVIA, NO TRAERA AL NIÑO YA QUE AÚN SE ESTA RECUPERANDO DE LA GRIPA Y NO QUIERE QUE RECAIGA. POR LO TANTO HOY CUIDARA EN EL HOGAR.	* ESTABLECER LA NOVEDAD, DANDO A CONOCER EL MOTIVO DE INASISTENCIA		Ruth Espin

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: ALEXIS ACOSTA UNIDAD DE ATENCIÓN: PREJARDIN 1 AGENTE EDUCATIVO: GLADYS TOTOBAL

MUNICIPIO: SAN MIGUEL FECHA DE INGRESO: 01-03-2025

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)
	LA MADRE DE FAMILIA DA A CONOCER QUE POR MOTIVOS DE VIAJE DE TRABAJO ELLA NO PODRA TRAER NI RECOGER AL NIÑO, POR LO TANTO, DEJA A CARGO DE TRAER Y RECOGER AL CDI A 3 PERSONAS RESPONSABLES, QUE ESTARAN ATENTAS DURANTE LOS DIAS QUE ELLA (NO) ESTE AUSENTE. ALEGA UN OFICIO DANDO A CONOCER LAS PERSONAS ENCARGADAS DE TRAER O RETIRAR AL FINALIZAR LA JORNADA.	* ESTABLECER LA NOVEDAD.		Ruth Nohemy Espin

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: JHORIER ALEXIS ACOSTA UNIDAD DE ATENCIÓN: PREJARDIN 1 AGENTE EDUCATIVO: LILIANA TORRES.

MUNICIPIO: SAN MIGUEL FECHA DE INGRESO: 01-03-2025

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)
23-09-2025	EL DIA DE HOY EL NIÑO NO ASISTIÓ AL CDI, LA MADRE DE FAMILIA NO SE HA COMUNICADO CON LA DOCENTE, POR LO TANTO SE DESCONOCE EL MOTIVO POR EL CUAL NO ASISTIO AL CDI.	X LA DOCENTE ENVIA MENSAJE DE VOZ, SOLICITANDO INFORMACION A LA MADRE DE FAMILIA, SOBRE LA AUSENCIA DEL NIÑO.		

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	LA MADRE DE FAMILIA SE COMUNICA CON LA DOCENTE DANDO RESPUESTA AL MENSAJE REFIRIENDO QUE. EL DIA DE HOY NO ASISTIO EL NIÑO YA QUE TENIAN UN COMPROMISO FAMILIAR, ADEMAS HOY CPA SU DIA DE PERMISO EL CUAL APROVECHO PARA DEDICARLE TIEMPO AL NIÑO, RESALTA QUE EL DIA DE, MAÑANA TRAERA AL NIÑO PUNTUALMENTE.

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: thomas alexis Acosta UNIDAD DE ATENCIÓN: Pre -jardin 1 AGENTE EDUCATIVO: _____

MUNICIPIO: San miguel FECHA DE INGRESO: 01-03-2025

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)
15-8-25	Durante el llamado a lista se evidencia la Inasistencia del niño	Se Desconoce el motivo de la Inasistencia del niño, Madre no contesta llamada telefonica, Se deja mensaje para conocer el motivo de la Inasistencia del niño.	[illegible]	- Ruth Espin

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	LA MADRE DE FAMILIA RESPONDE AL MENSAJE DE TIRIENDO QUE SE ENCUENTRA AGRIPADO, PERO NO HA PRESENTADO FIEBRE, POR LO TANTO PROPICIRE CUIDAD EN CASA.
19-08-25	EL DIA DE HOY EL NIÑO ASISTE AL CDI EN BUENAS CONDICIONES DE SALUD Y ESTADO EMOCIONAL

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: JHONIER ALEXIS ACOSTA **UNIDAD DE ATENCIÓN:** PREJARDIN 1 **AGENTE EDUCATIVO:** LILIANA TORRES AR.

MUNICIPIO: SAN MIGUEL **FECHA DE INGRESO:** 01-03-2025

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)
4-08-25	EL DIA DE HOY EL NIÑO NO ASISTIO AL CDI, LA MADRE DE FAMILIA REFIERE QUE AMANECIO CON LOS OJOS IRRITADOS, POR LO TANTO POR ESTE DIA PREFIERE CUIDAR EN CASA Y APLICAR A LA HORA INDICADA GOTAS OPTALMICAS Y EL DIA DE MAÑANA YA LO TRAERA.	*LA DOCENTE RECOMIENDA CUIDAD DE MANERA ADECUADA EN CASA, PARA QUE NO FALTE AL CDI.		Wohem! ESPIA

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: JHONLER ALEXIS ACOSTA **UNIDAD DE ATENCIÓN:** PREJARDIN 1 **AGENTE EDUCATIVO:** LLANA TOTISTAR.

MUNICIPIO: SAN MIGUEL **FECHA DE INGRESO:** 01-03-2025

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)
5-8-25	EL DIA DE HOY LA MADRE DE FAMILIA LLEGA A DEJAR AL NIÑO, EVIDENCIANDO POR PARTE DE LA DOCENTE QUE SE ENCUENTRA BIEN DE SALUD, NO SE OBSERVA IRRITACION DE LOS OJOS			Yohemi ESPIN

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: JHOVER ALEXIS ACOSTA UNIDAD DE ATENCIÓN: PREJARDIN 1 AGENTE EDUCATIVO: LILIANA TOLOSTAR.

MUNICIPIO: SAN MIGUEL FECHA DE INGRESO: 01-03-2025

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)
	A LAS 8:00 AM LA MADRE DE FAMILIA LLEGA AL CDI A DEJAR AL NIÑO, SE EVIDENCIA QUE UNO DE LOS DEDOS DE LA MANO IZQUIERDA SE ENCUENTRA CON UN GOLPE, PERO NO ESTA INFLAMADO, NI IRRITADO. LA MADRE DE FAMILIA REFIERE QUE EL DIA DE AYER ESTANDO AL CUIDADO DEL PADRE DE FAMILIA SE GOLPEO Y SE LASTIMO, POR PARTE DE ELLA DICE QUE LE REALIZÓ COPACION CON ALCOHOL	* LA DOCENTE REGISTRA LA NOVEDAD. Y ESTAR ATENTA A PELIGROS LATENTES EN EL HOGAR. * DE LO ANTERIOR SE DIO A CONOCER AL APOYO EN NUTRICION Y PSICOSOCIAL.	Jennifer P. PADRE.	Nohemí Espin Toro.

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	El apoyo Psicosocial se comunica Via llamada telefonica con el fin de informar que el niño se encontraba jugando en la salida y se lastimo nuevamente el dedito. Cesando sangre. la madre de familia llega al CDI pa el niño. Se realizan recomendaciones de apoyo Psicosocial de este cuidado dentro del hogar e informar cualquier Situacion en salud.

× Ruth Nohemi Espin Toro

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: JHONLER ALEXIS ACOSTA UNIDAD DE ATENCIÓN: PREJARDIN 1 AGENTE EDUCATIVO: GLADYS TOTOSTAR

MUNICIPIO: SAN MIGUEL FECHA DE INGRESO: 01-03-2025

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
14-7-25	EL DIA DE HOY EL NIÑO NO ASISTIO AL CDI, SE DESCONOCE EL MOTIVO POR EL CUAL NO ASISTIO.	* LA DOCENTE REALIZA LLAMADA PERO NO HAY SEÑAL, POR LO TANTO DEJA MENSAJE DE VOZ	DOCENTE	. Roth ESPIN

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: J HEBER ALEXIS. ACOSTA UNIDAD DE ATENCIÓN: PRE JARDIN 1 AGENTE EDUCATIVO: LILIANA TOTESTAR

MUNICIPIO: SAN MIGUEL. FECHA DE INGRESO: 01-03-2025

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)
05-06-2025.	EL DIA DE HOY 5-06-2025 EL NIÑO TIENE CONTROL DE HIGIENE ORAL, SEGUN REGISTRA EN EL CARNET. LA MADRE DE FAMILIA EN HORAS DE LA NOCHE DE AYER. 04-06-2025 INFORMA A LA DOCENTE QUE LA CITA DE HIGIENE ORAL FUE PROGRAMADA PARA MAÑANA VIERNES 6-06-2025 EN HORAS DE LA TARDE.	- LA DOCENTE LO RECOMIENDA A LA MADRE DE FAMILIA. TRAER COPIA ACTUALIZA DEL CARNET DE HIGIENE ORAL. PARA ESTABLECER EN LA CARPETA.	DOCENTE	Ruth Espin.

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
06-05-2025	SIENDO LAS 8:00 A.M. LA MADRE DE FAMILIA VIENE A DEJAR AL NIÑO Y LE DA A CONOCER A LA DOCENTE QUE A LAS 2:00 P.M VENDRA A RECOGER AL NIÑO, PORQUE TIENE CONTROL DE HIGIENE. ORAL. EN EL HOSPITAL. POR SU PARTE LA DOCENTE LE RECOMIENDA, EL DIA LUNES TRAER COPIA ACTUALIZADA DEL CARNET DE HIENE. ORAL. PARA ESTABLECER EN LA CARPETA.

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: JHOBIER ALEXIS. ACOSTA UNIDAD DE ATENCIÓN: PREJARDIN 1 AGENTE EDUCATIVO: LUCIA TOTISTAR.

MUNICIPIO: SAN MIGUEL FECHA DE INGRESO: 01-03-2025.

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
10-06-2025	SIENDO LAS 8:00 A.M. LA MADRE DE FAMILIA LE MANIFIESTA A LA DOCENTE QUE. EN HORAS DE LA TARDE DEBE SALIR. PARA ORIO A UNA GESTION LABORAL. POR TAL MOTIVO. VENDRA A RECOGER AL NIÑO ANTES DE LAS 4:00 P.M.	- LA DOCENTE REGISTRA LA NOVEDAD. Y HACE FIRMAR LA NOVEDAD POR LA MADRE DE FAMILIA.	DOCENTE	Ruth Espin.

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: JHONIER ALEXIS ACOSTA UNIDAD DE ATENCIÓN: PRE JARDIN 1. AGENTE EDUCATIVO: LUNA TOTISTAR.

MUNICIPIO: SAN MIGUEL. FECHA DE INGRESO: 01-03-2025

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
10-06-2026.	REALIZANDO REVISION DE LA CARPETA, LA DOCENTE EVIDENCIA EN EL CARNET DE VACUNAS QUE NO LE HAN APLICADO LA VACUNA DE INFLUENZA DEL AÑO;	* LA DOCENTE DA A CONOCER A LA MADRE DE FAMILIA LA NOVEDAD, PREGUNTANDO EL MOTIVO POR EL CUAL NO ESTA APLICADA LA VACUNA.. PARA LO ANTERIOR LA MADRE DEL MENOR MANIFIESTA QUE SI LO LLEVO AL HOSPITAL, PERO LE DIJERON QUE NO ESTABA DISPONIBLE EN ESE MOMENTO, PERO QUE A PARTIR DE MAYO - JUNIO YA LLEGABA EL BIOLÓGICO, ELLA ASISTE ESTE MES. PERO AÚN NO ESTABA DISPONIBLE. QUE VOLVIERA, PERO ELLA YA NO VOLVIO A IR AL HOSPITAL. * LA DOCENTE POR SU PARTE LE RECOMIENDA DIRIJISE AL HOSPITAL Y SOLICITAR SI AUN LE PUEDEN APLICAR LA VACUNA DE INFLUENZA ESTACIONAL.	DOCENTE.	RUTH ESPIN.

Fundación Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
11-06-2025	LA MADRE DE FAMILIA REFIERE QUE ACUDIÓ AL HOSPITAL, PERO LE DICEN QUE YA NO SE APLICA LA VACUNA A ESTA EDAD, POR LO TANTO YA LA PERDIÓ, COMO SOPORTE DEJA COPIA QUE LE FACILITO LA VACUNADORA DANDO A CONOCER QUE YA NO ES POSIBLE APLICARLA. ACCIÓN: LA DOCENTE ESTABLECE EN LA CARPETA DEL NIÑO