BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

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

F2.MT1.PP	30/01/2025
Versión 2	Página 2 de 2
Clasificación 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: COI 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: 1122787526

Fecha nacimiento: 19 | 12 | 2021

Nombres: AIMER JESÚS

Apellidos: MONTENEGRO.

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: 7 agosto

Vereda:

Sector:

Dirección: Diagonal al parque del 7 de agosto.

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: 1006994662.

Nombres: ROXANA

Apellidos: MENDEZ.

País de nacimiento: COLOMBIA.

Fecha nacimiento: 24 | 12. | 2002.

Correo electrónico:

Número de celular: 3133738066.

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: Roxana Mendez

Nombre y Firma del profesional que diligencia:

Observaciones:

Fundación
Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:

AIMER JESÚS MONTENEGRO MENDEZ.

N° DOCUMENTO: 1122787626. **TIPO DOCUMENTO:** RC X. CC___ OTRO ___

FECHA DE NACIMIENTO: 19-12-2021 **EDAD:** 3 A - 3 M.

LUGAR DE NACIMIENTO: PASTO - NARIÑO

NOMBRE DE LA UDS: CDI FRONTERAS DE PAZ.
CODIGO UDS: 867574112697 2. **BARRIO/VEREDA:** 5 DE AGOSTO
FECHA DE INGRESO: 01-04-2025 **FECHA DE RETIRO:** _____

SISBEN: A3 **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: ROXANA MENDEZ. GOMEZ.

N° CÉDULA: 1006994 662. **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** _____

NOMBRE DEL PADRE: WILSON DAVID MONTENEGRO. ROSERO

N° CÉDULA: 1122788 895 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** _____

N° DE CELULAR: 313373 80 66.

NOMBRE DEL ACUDIENTE: _____

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

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

NUMERO DE CELULAR _____

Roxana Mendez — **FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE**

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: N 1220631

NUIP 1.122.787.526...

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco X

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
MONTENEGRO MENDEZ AIMER JESUS

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)										Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año	2	0	2	1	Mes	D	I	C	Día 19	MASCULINO	B +

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

Fecha de Inscripción (Mes en letras)										Indicativo serial
Año	2	0	2	1	Mes	D	I	C	Día 29	0059302063

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
MENDEZ GOMEZ ROXANA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.006.994.662	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
MONTENEGRO ROSERO WILSON DAVID

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.122.785.895	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
MONTENEGRO ROSERO WILSON DAVID

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.122.785.895

Espacio para notas

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio
COLOMBIA PUTUMAYO SIBUNDOY — Código X 7 Z

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)
Año 2021 Mes DIC Día 29

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA 30519927-9

Nombre y firma del funcionario

CARMEN IRENE CADENA GONZALEZ

Registrador del Estado Civil

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.006.994.662**

MENDEZ GOMEZ

APELLIDOS

ROXANA

NOMBRES

Roxana Mendez

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **24-DIC-2002**

VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.47 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

13-ENE-2021 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

P-6401800-01215611-F-1006994662-20210217 **0073**457953A 1 56511070

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 28/03/2025

Ficha: 867576741052800008200

A3

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: AIMER JESUS

Apellidos: MONTENEGRO MENDEZ

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122787526

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 21/03/2024

Última actualización ciudadano: 21/03/2024

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARIA ZORAYDA LINARES MONTERO

Dirección: Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libertad

Teléfono: 4210537 - 3213138790

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

ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1122787526
NOMBRES	AIMER JESUS
APELLIDOS	MONTENEGRO MENDEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	SAN MIGUEL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	01/04/2024	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/25/2025 14:27:13	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

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 1122787526
Apellidos:	MONTENEGRO MENDEZ
Nombres:	AIMER JESUS
Ficha Sisben:	86749280562300002412
Nivel Sisben:	Nivel I
Tipo de discapacidad:	Ninguna
Plan de salud:	Régimen Subsidiado
Estado de servicio:	No Vigente
Fecha de Afiliación:	07/03/2024
Fecha fin de Afiliación:	31/03/2024
Departamento de Afiliación:	PUTUMAYO
Municipio de Afiliación:	SIBUNDOY
Zona:	Urbana - Cabecera Municipal

III - La EPS le informa que el afiliado a la fecha NO cuenta con la encuesta SISBÉN metodología IV, acérquese inmediatamente a la oficina del SISBÉN de su municipio de residencia y solicite la encuesta, evite inconvenientes en el estado de su afiliación.

IPS de atención de primer nivel

IPS	Direccion	Servicio
ESE HOSPITAL PIO XII - SANTIAGO RENGIFO - SIBUNDOY (PUTUMAYO)	KR 12 # 14 - 59	MEDICINA GENERAL ODONTOLOGÍA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

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 SALUD INFANTIL

CRECIMIENTO Y DESARROLLO

"Su Salud en Buenas Manos"



CLÍNICA SAN JORGE LA HORMIGA S.A.S
REGIMEN COMUN - NIT: 900115211-7
CARRERA 6 N° 9-38 - BARRIO LAS ACACIAS
TELEFONO: 4283272 - CEL: 3138373678
LA HORMIGA - PUTUMAYO

CARNET DE SALUD INFANTIL

CONTROL DE CITAS

1er Apellido: MONTENEGRO

2do Apellido: MENDEZ

Nombre: AMER JESUS

Fecha de Nacimiento: Día 19 Mes 12 Año 2021

Sexo: F M X I

Grupo Sanguíneo: O Rh: +

Lugar de Nacimiento: NARIÑO

Municipio: PASTO Departamento: NARIÑO

EPS

Nº de Afiliación:

Nº de Registro Civil 1122785526

EN CASO DE URGENCIA FAVOR AVISAR A

Nombre: Roxana Mendez

Domicilio: V/Santa Nata.

Municipio: San Miguel Departamento: Reyo.

Teléfonos: 3133738066

Otros domicilios:

Powered by CamScanner

CONTROL DE CITAS

FECHA			HORA	ASISTIÓ	
DÍA	MES	AÑO		SI	NO
10	05	24	3 Pm	✓	
10	11	24	—	—	
10	ENERO	2025	x MEDICO	✓	
03	Noviembre	2025	x Medico	✓	
19	Diciembre	2025			

Powered by CamScanner

12

Powered by CamScanner

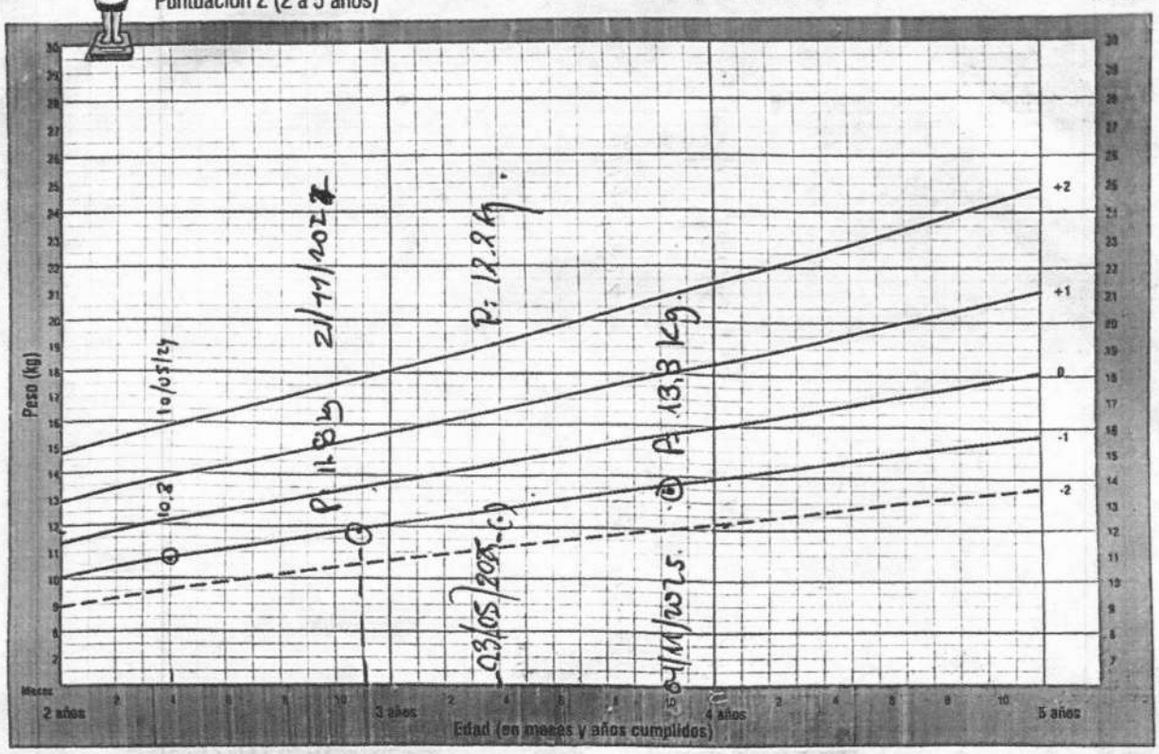
Peso para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)

La Salud es de todos | Minsalud

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

BIENESTAR FAMILIAR



Resolución MINSALUD 2465 del 14 de Junio de 2016
Publicada en el diario oficial número 499926 el 06/07/2016.

Patrones de crecimiento infantil de la OMS — Organización Mundial de la Salud

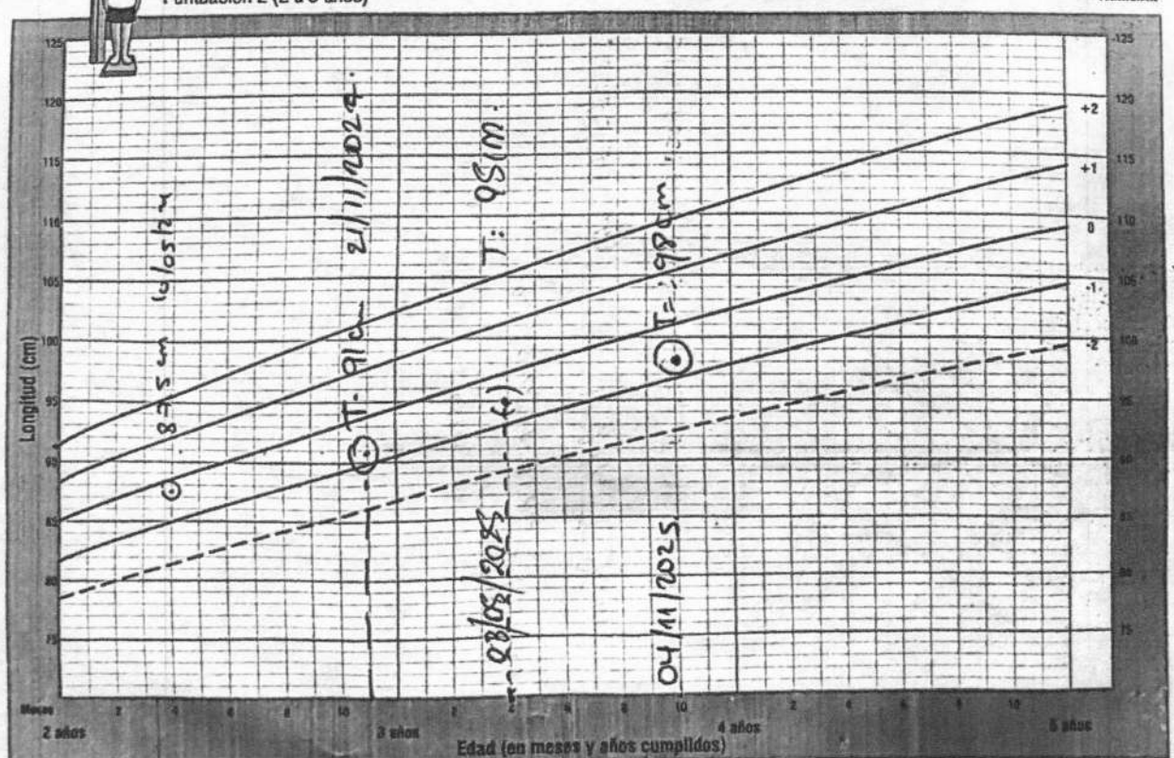
Talla para la edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)

La Salud es de todos | Minsalud

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

BIENESTAR FAMILIAR



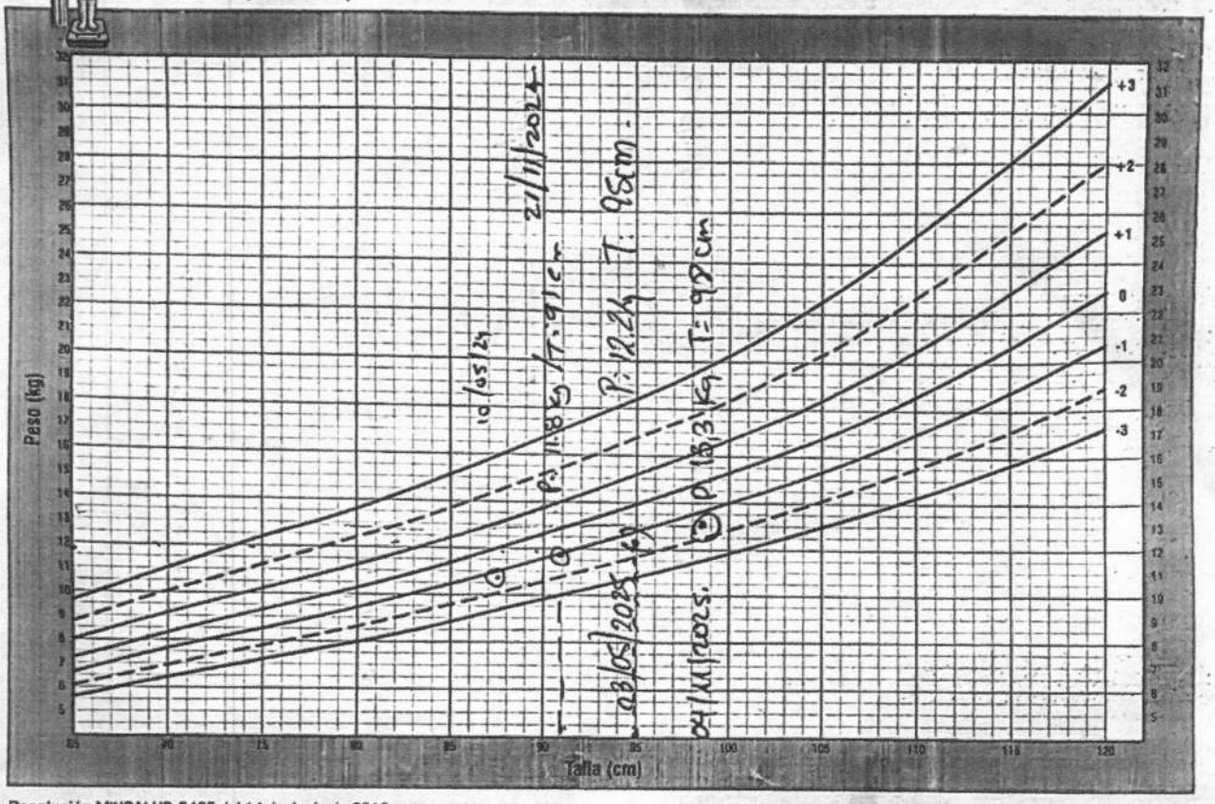
Resolución MINSALUD 2465 del 14 de Junio de 2016
Publicada en el diario oficial número 499926 el 06/07/2016.

Patrones de crecimiento infantil de la OMS — Organización Mundial de la Salud

Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)

La Salud es de todos · Minsalud · Instituto Nacional de Salud · Bienestar Familiar



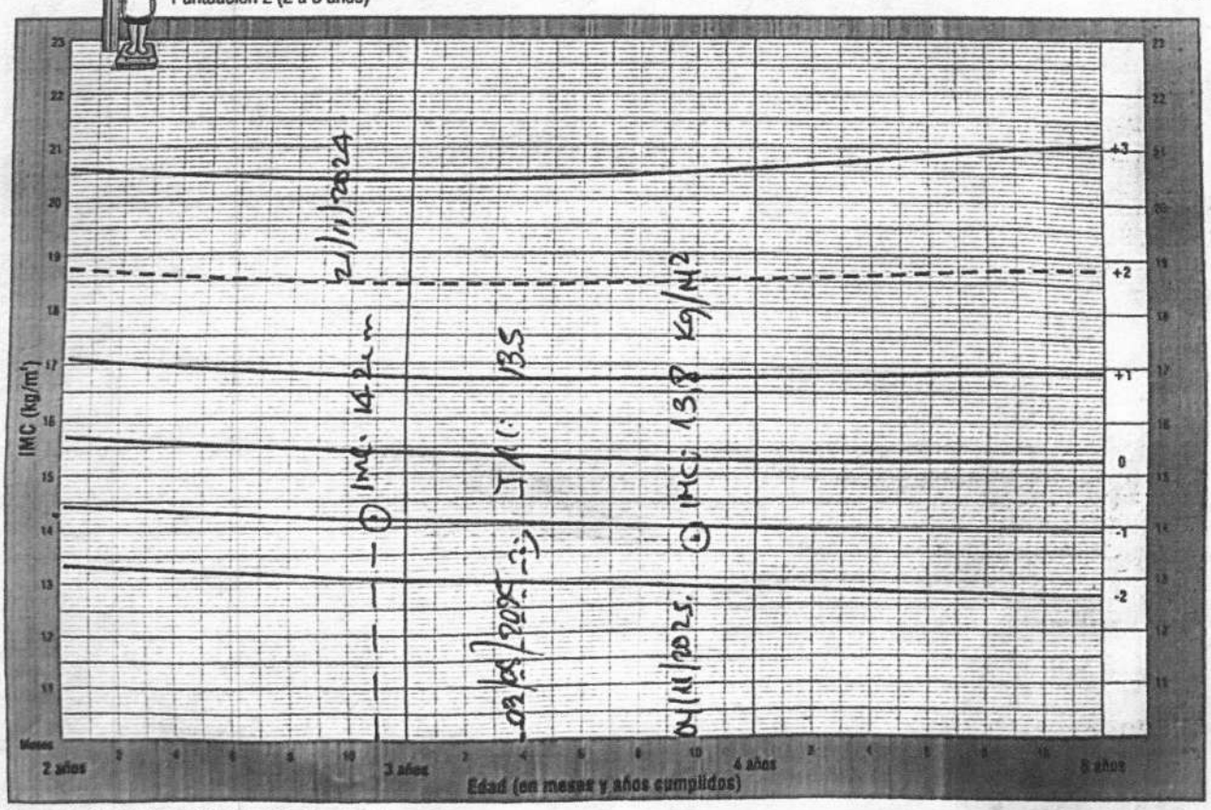
Resolución MINSALUD 2465 del 14 de Junio de 2016
Publicada en el diario oficial número 499926 el 06/07/2016.

Patrones de crecimiento infantil de la OMS · Organización Mundial de la Salud

IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)

La Salud es de todos · Minsalud · Instituto Nacional de Salud · Bienestar Familiar



Resolución MINSALUD 2465 del 14 de Junio de 2016
Publicada en el diario oficial número 499926 el 06/07/2016.

Patrones de crecimiento infantil de la OMS · Organización Mundial de la Salud

Powered by CamScanner

Vacunar Oportunamente todas las dosis a tus hijos, **Garantiza la Protección** frente a enfermedades como:

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

Busca ya las vacunas

¡es gratis, hazlo de una!

Ministerio de Salud y Protección Social

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

	D	M	A	D	M	A	D	M	A	D	M	A	D	M	A
1.ª entrega															
2.ª entrega															
3.ª entrega															
4.ª entrega															
5.ª entrega															

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

	D	M	A		D	M	A		D	M	A
3 años				SI*				NO*			
4 años				SI*				NO*			
5 años				SI*				NO*			

*Menor o igual a 20 normal

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

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

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

Edad	Fecha			Valoración Nutricional		Puntuación Z	Atención en salud por
	Día	Mes	Año	Peso	Talla		
Al mes							
2 a 3 meses							
4 a 5 meses							
6 a 8 meses							
9 a 11 meses							
12 a 17 meses							
18 a 23 meses	9	08	23	9.10	81	Peso Edad: Dic-23	
24 a 29 meses							
3 años							
4 años							
5 años							

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

	D	M	A
1.ª entrega			
2.ª entrega			
3.ª entrega			

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

Carné de Vacunación

Nombres y Apellidos: Aimer Jesus Montenegro Hendez

RC [X] TI [ ] OTRO [ ] 1122787526

Tipo de Documento — No. de Documento

Fecha de Nacimiento: 19 (DÍA) 12 (MES) 21 (AÑO)

Sexo: Masculino

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: Talla:

Dirección: B/ San Felipe

Teléfono 1: 3223813805

Teléfono 2:

Responsable: Roxana Hendez

Municipio de residencia: Sibundoy

Departamento: Putumayo

Nombres y Apellidos: Almer. Jesús Hortenzago Hendez. Tipo de Indentificación RC. No. ID: 1122787526

	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 Si ☐ No ☐						
	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	19	12	21	037.0611 0	SEBUM					
	Hepatitis B	Recién nacido	19	12	21	0320X017C.	SEBUM					
2 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Poliomielitis (VIP)	1ª	21	02	22	2115- Glaxo	21150060A	Centro de				Socorro
Pentavalente	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1ª	21	02	22	SERUM	2858504	Salud				
Pentavalente	Hepatitis B	1ª	21	02	22	SERUM	2858504	Santiago				Cuaron.
Pentavalente	Difteria, Tétanos, Tosferina	1ª	21	02	22	SERUM	2858504					
	Diarrea por rotavirus	1ª	21	02	22	Glaxo	AR01C858A	Rengifo				
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	1ª	21	02	22	Glaxo.	ASPNB3158A	Sibundoy				
4 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Poliomielitis (VIP)	2ª	21	07	22	Bilthoven	21460044A					
Pentavalente	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2ª	21	07	22	Serum	2858170D	Centro de				Hanio
Pentavalente	Hepatitis B	2ª	21	07	22	Serum	2858170A	Salud				Elizabeth
Pentavalente	Difteria, Tétanos, Tosferina	2ª	21	07	22	Serum	2858170A	Santiago				
	Diarrea por rotavirus	2ª	21	07	22	Glaxo	AR0LD041A					Guevara
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	2ª	21	07	22	Glaxo	ASPNB342A	Rengifo				
6 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Poliomielitis (VIP)	3ª	22	09	22	Bilthoven	21460033A					
Pentavalente	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3ª	22	09	22	Serum	2858170A	Centro de				Adelayda
Pentavalente	Hepatitis B	3ª	22	09	22	Serum	2858170A	Salud				del Socorro
Pentavalente	Difteria, Tétanos, Tosferina	3ª	22	09	22	Serum	2858170A	Sibundoy				Cuaron.
	Influenza estacional	1ª	22	07	22	Green Cross	US02230B8	Centro de Salud Sibundoy				Adelayda del Socorro Cuaran
7 meses	Influenza estacional	2ª	22	09	22	Green Cross	US02220B8					
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1ª	16	01	23	Serum.	01300N133B					(Dorada)
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	Refuerzo	16	01	23	Glaxo.	ASPNB342A					Sady.
	Varicela	1ª	16	01	23	Merck.	VW00258 9					
	Hepatitis A	Única	16	01	23	Merck.	VW00498 2					Hortenzo (Socorro)
	*Influenza estacional	Anual	16	07	23	Greencross	V 50 3 2 3 00 J	Centro salud				
18 meses	Poliomielitis (VIP)	1er Refuerzo	11	07	2023	Bilthoven	21460060A	Centro				Socorro
	Difteria, Tosferina y Tétano DPT ☐ Pentavalente ☒	1er Refuerzo	11	09	2023	Serum	2858170C	Salud				
	**Fiebre Amarilla	Única	16	01	23	Sanofi	V3E22	E. S. Sib.				Sady Hortenzo
5 años	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2ª	11	Jul	23	Serum.	01301N07 1A	Centro de S Sib.				Adelayda del S. Cuaran
	Poliomielitis (VIP) ☐ (VOPb) ☐	2do Refuerzo										
	Difteria, Tétanos, Tosferina	2do Refuerzo				Cita: 19 Diciembre 2026						
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1ª										
		2ª										
		3ª										
Sin rango de edad	Covid-19	1ª										
		2ª										
		1er Refuerzo										
		2do Refuerzo										
Vacunas complementarias y otras dosis												

*De acuerdo al antecedente de primovacunación **A los 12 meses en municipios priorizados de acuerdo a la normatividad vigente

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
Servimos con amor

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 17 MES 06 AÑO 2025 HORA:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Aimer Jesus APELLIDOS Montenegro Mendez.

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X], TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1.122787326.

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 19 MES: 12 AÑO: 2021 / EDAD: 3. años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Nueva EPS.

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

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

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

DATOS IMPORTANTES DE LA VACUNA (por favor, leer con detenimiento. Puede formular preguntas) No accede a la Vacuna por 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 Roxana I Apellidos Mendez Gomez.

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1006994662.

Firma: Roxana Mendez.

En caso de requerirse firma a ruego:

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

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

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

de _____

Firma del Rogado

C.C. N°

C.C. N°

Huella dactilar o plantar del Rogante

Nombres y apellidos del vacunador: Saoly Martinez Tec. Aux. en Enfermeria CC. No. 1122356222

Firma Saoly Martinez Tec. Aux. en Enfermeria CC. No. 1122356222 Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número Saoly Martinez Tec. Aux. en Enfermeria CC. No. 1122356222

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS):

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.

Recomendaciones

- Visite al odontólogo semestralmente
- Cepillese los dientes mínimo cinco veces al día
- Usar seda dental en cada cepillada
- Llegar 10 minutos antes de cada cita
- Traer pañuelo
- Traer carnet de salud

"TU SALUD EN BUENAS MANOS"

CLINICA SAN JORGE SAS
REGIMEN COMUN - NIT. 900.115.211-7
CARRERA 6ª - N° 9-08 - BARRIO LAS ACACIAS -
TELEFAX: 4283272 - LA HORMIGA - PUTUMAYO

Carnet de Citas Odontológicas

E.P.S.

Nombres: Almey Jojoy

Apellidos: Montenegro Mendez.

Sexo [F] [X] Fecha de Nacimiento: 19 12 26

Identificación: 7 de Agosto

Dirección: 1122787526 N.H.C.

"TU SALUD EN BUENAS MANOS"

FECHA CITA DIA	MES	AÑO	HORA	ASISTENCIA	FIRMA
10	05	26			Diana Figueroa Higienista Oral CC 1006997025
10	06	25			
25	08	25		X	Kamy
Próximo Cita: 25-02-2026					

Diana Figueroa
Higienista Oral
CC 1006997025

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 ALMER JESUS MONTENEGRO MENDEZ, identificado (a) con documento de identidad número 1127876 26., 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, Roxana Mendez Gomez, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1005894052, 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: Roxana Mendez
Nombre: Roxana Mendez
Calidad - Titular: _____ Representante legal: X
Teléfono de contacto: 3133738066
Fecha: 04-04-2025
Municipio: SAN MIGUEL.

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

Roxana Mendez
Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Agente educativa

Huella del niño/niña

Aimer Jesus.

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 Superservicio

Código de Suscripción	SM 20738	Pago oportuno hasta:	02-ABR-2025	Mes Facturado
Factura Nro.	2037043200	Suspensión a partir de:	03-ABR-2025	MARZO 2025

1. Información General

Nombre:	JESUS ALFONSO ANDRADE RUALES		06-MAR-2025	Último pago $
Dirección:	BR 7 DE AGOSTO	Tuve servicio de energía entre:	21-FEB-2025 - 19-MAR-2025 (26)	22-MAR-

Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Área	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Tarifa	División Geopolítica
SM41	S105	250	1	RESIDENCIAL	URBANA	1	4	AEREA	EMPRESA	105	SAN MIGUEL 7 DE AGOSTO

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

2. Información Consumo Energía

Componentes del Costo (CU): Generación + Transmisión + Distribución + Comercialización + Pérdidas + Restricción

527.60 + 49.85 + 253.23 + 121.95 + 70.79 + 14.68 = CU 1,0 ($/KwH)

2A. Información Medidor

Marca	Serial	Factor Múltiplo
APP	460480762G	

2B. Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	2482	2431
Reactiva:		

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

2C. Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	51		
Consumo Reactiva KVarh:	0		
Costo del consumo $	52943.1		
Tarifa (hasta 173 Kwh):	415.24		
Subsidio: %	60	$	-31765.86
Contribución: %		$	0
Sub Total $	21177.24		

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

2D. Consumo Ultimos 6 Meses

Mes	Consumo
2025/Feb	29
2025/Ene	38
2024/Dic	29
2024/Nov	44
2024/Oct	38
2024/Sep	51

Promedio: 38

2E. Información Calidad del Servicio

Tel: OR LLPB 01 8000 942415
Transformador: SLD109 Grupo: 22
DIUG 30.24 FIUG 19 Circuito: C
Carga 0 249.01 Desbal % 1.20
CUC 29.31
DIU 102.35 FIU 105.00
HC 7.45 VC 4.00
Valor a compensar 2,919.71

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	52,943.10	0	0.00	52,9
SUBSIDIO	31,765.86	0	0.00	31,7
AJUSTE A SUBSIDIO	1,965.27	0	0.00	1,9
COMPENSACION RES CREG 015/2018	2,919.71	0	0.00	2,9
AJUSTE A LA DECENA	0.20	0	0.00	

5. Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP 20.2

6. Información Facturación Convenio Impuesto Alumbrado Público

Sujeto Activo	Operador A.P.	Convenio No.	Dirección PQR	Valor Periodo	Saldo Ant.	Valor Total
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL	MUNICIPIO SAN MIGUEL	ACUERDO 008 31/08/2023	Cra 4 Cll 7 Esquina	2557	0	2,5

7. Información Facturación Convenio Aseo y Alcantarillado

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

*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
20,203	2,557	6,000	0	28,760

CUFE:

c63b29d4cfe36c9258f8634566a7c3f5330bf8659e66068e74124b6f0f1dc7ac273ade5020b5158a7241566f0a8

(415)7709998005532(8020)1000203704320002(3900)0000028760(96)20250402

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

www.eebpsa.com.co @eebpsaesp /eebpsa

Fac. Electronica: EEBP 168714

Resolución de facturación electrónica DIAN No 18764003711901
de fecha 20/11/2024 desde No. 1 hasta No. 1000000
vigencia: 20/11/2024

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

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

NOMBRE DE LA UDS: Pre - Jardín 1

NOMBRES Y APELLIDOS	PESO	TALLA	PERIMETRO BRAQUIAL	CLASIFICACION NUTRICIONAL	FECHA	REMITIDO SI/NO	OBSERVACIONES	FIRMA DEL RESPONSABLE
Aimer Jesus Montenegro Mendez	13	96	16,6	Riesgo de desnutrición Aguda	22/08/25		Sin signos clínicos de desnutrición.	
Aimer Jesus Montenegro Mendez	13,2	96	16,4	Riesgo de desnutricion Aguda	03/09/25		Sin signos clínicos de DNT	
Aimer Jesus Montenegro Mendez	13	96,6	16,5	Riesgo de desnutricion Aguda	16/09/25		Sin signos clínicos DNT	
Almer Jessus Montenegro Mendez	12.9	96.6	15.5	Riego de desnutricion Aguda	02/10/25		Sin Signos desnutricion	Vivian Quiroz
Aimer Jesus Montenegro Mendez	12,9	97,2	15,5	Riesgo de desnutrición Aguda	15/10/25		Sin signos de desnutrición	~~Dayla~~ Vivi Palmera
Aimer Jesus Montenegro Mendez	13	97,2	15,5	Riesgo de desnutricion Aguda	29/10/25		Sin signos de desnutrición	~~Dayla~~ Vi
Aimer Jesus Montenegro Mendez	13,3	98	15	Riesgo de desnutrición Aguda	12/11/25		Sin signos clinicos desnutrición	~~Dayla~~ Vi
Aimes Jesus Montenegro	13,6	98	14,5	Riesgo de desnutricion Aguda	25/11/25		Sin signos clinicos de desnutrición	~~Dayla~~ Vi

FIRMA DEL PROFESIONAL RESPONSABLE: _____

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

Fundación
Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

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

NOMBRE DE LA UDS: Pre Jardin 1

NOMBRES Y APELLIDOS	PESO	TALLA	PERIMETRO BRAQUIAL	CLASIFICACION NUTRICIONAL	FECHA	REMITIDO SI/NO	OBSERVACIONES	FIRMA DEL RESPONSABLE
Almeri de Jesus Montenegro	13,7	99,3	14,7	Riesgo de desnutrición Aguda	9/11/25		Sin signos clinicos de desnutrición	

FIRMA DEL PROFESIONAL RESPONSABLE: _____

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

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

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

NOMBRE DE LA UDS: Prejardin 1

NOMBRES Y APELLIDOS	PESO	TALLA	PERIMETRO BRAQUIAL	CLASIFICACION NUTRICIONAL	FECHA	REMITIDO SI/NO	OBSERVACIONES	FIRMA DEL RESPONSABLE
Aimer Jesus Montenegro Mendez	12.8	95	15	Riesgo de desnutricion Agudo	13/05 2025	Si		Roxana M
Aimer Jesus Montenegro Mendez	12.7	95	15	Riesgo de desnutrición Agudo	18/06 2025			Roxana M.

FIRMA DEL PROFESIONAL RESPONSABLE: nutricionista

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

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad La Dorada San Miguel

Nombre completo de la niña o niño AIMER JESUS MONTENEGRO MENDEZ

Fecha de nacimiento 19 12 2021 **N° Documento de Identidad** 1.122.787.526

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Liliana 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

AIMER PRESENTA UN DESARROLLO INTEGRAL. ESPERADO. YA QUE CUMPLE CON LA MAYORIA DE LOS ITEM PROPUESTOS DE ACUERDO A SU EDAD, EVIDENCIANDO DESTREZAS. FISICAS GRUESAS, FINAS Y EXPLORACION DEL MEDIO QUE LO RODEA COMO ANIMALES, OBJETOS Y PERSONAS, SE SEGUIRA FORTALECIENDO LO ANTERIOR. CON EXPERIENCIAS LUDICAS ACORDES A SU EDAD.

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

●

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador LILIANA TUTISTAR RUIZ.

Fecha de registro cualitativo Día 1 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

JESUS SE ENCUENTRA UN PERFIL INTEGRAL ESPERADO DE ACUERDO A SU EDAD, DEMUESTRA DESTREZAS GRUESAS, COMO ESQUIVAR PELOTAS OBSTACULOS, SALTA EN UN SOLO PIE, IDENTIFICA PARTES BASICAS DEL CUERPO Y SU FUNCION, SU LENGUAJE VERBAL CADA DIA LO HA IDO FORTALECIENDO Y DA A CONOCER SUS PREFERENCIAS Y RESPUESTAS REALIZANDO PREGUNTAS.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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

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

Observaciones generales

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

ración itativa ⇨	Relación con los demás																																	
	Comunicación						Interacción						Construcción de normas			Relación consigo misma/o																				
	Verbal			No verbal			Independencia			Cooperación			Autonomía			Identidad						Autoestima			Manejo corporal			Conocimiento de los objetos			Relaciones de causalidad			Representación de la Realidad Social		
																Personal			Social																	
	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a
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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: ANGEL JESÚS MONTENEGRO UNIDAD DE ATENCIÓN: PREJARDIN 1 AGENTE EDUCATIVO: CLAUDIA TOBAR

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)
30-10-25	LA MADRE DE FAMILIA SOLICITA PERMISO POR EL DIA DE HOY Y AGUARDA QUE EL NIÑO NO ASISTIRÁ POR QUE NO HAY UN ADULTO RESPONSABLE QUE LO RECOJA A DEJAR Y ELLA TIENE QUE IR AL TRABAJO, ESTE DIA LO CUIDARAN LOS ABUELOS.	* LA DOCENTE ESTABLECE LA NOVEDAD.		

Fundación Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Aldana Jesus Montenegro. **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Ricaurte 1. **AGENTE EDUCATIVO:** Liliana Tuta Sar.

MUNICIPIO: Dorada **FECHA DE INGRESO:** 01-04-2025.

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
	Verificación de documentos en carpeta del niño Jesus Montenegro	Dentro de la verificación se encuentra que la fecha del carnet no coincide con la fecha de la regilla. Es por ello que se solicita acercarse al puesto de salud con el fin de transcribir adecuadamente la fecha de los controles y solicitar certificado de atención pantalla. Esto con el fin de que las fechas coincidan adecuadamente. la madre se compromete a realizar el tramite correspondiente hasta el dia 12 de septiembre.		Roxana M.

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Ainoel Jesus Montenegro **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Pre-Jardín 1 **AGENTE EDUCATIVO:** Liliana Tutistar

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

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
05-2025	LA MADRE DE FAMILIA REFIERE QUE POR MOTIVOS LABORALES NO LE FUE POSIBLE ASISTIR AL CONTROL DE CRECIMIENTO EL DIA ASIGNADO; DEBIDO A ESTO ELLA LO LLEVA A CONTROL DE MANERA PARTICULAR. LA MADRE DE FAMILIA TAMBIEN REFIERE QUE LA ATENCION LA RECIBE EN LA HORMIGA POR LO CUAL AUN ES DIFICIL LLEGAR LO ALLA, POR LO TANTO HA DECIDIDO SOLICITAR CAMBIO DE MUNICIPIO PARA SER ATENDIDO EN SAN MIGUEL, PERMITIENDOLE ASISTIR A LOS CONTROLES EN LAS FECHAS ASIGNADAS.	LA DOCENTE RECOMIENDA A LA MADRE DE FAMILIA ESTAR ATENTA A LOS CONTROLES Y SI ES POSIBLE TRASLADAR LA ATENCION AL MUNICIPIO DE SAN MIGUEL.	DOCENTE	ROXANA M.

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Almer Jesus montenegro **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Prejardin 1 **AGENTE EDUCATIVO:** Liana T.

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 01-03-2025.

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	SEGUIMIENTO	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
12-05-2025	Salud y nutricion realiza seguimiento al niño Por diagnostico de riesgo de desnutricion Aguda. en la primer toma del mes de abril.	Salud y nutricion realiza acercamiento con la madre en el hogar para dar a conocer el diagnostico del niño Por riesgo de desnutricion Aguda.	La madre refiere que el niño siempre ha presentado Peso bajo para la edad talla. y ha estado en Seguimiento. Por riesgo de desnutricion aguda. La madre manifiesta que ella perdio la custodia del niño y el papá estaba al Cuidado del niño y la alimentacion que le daban no era nutritiva, ni balanceada, ni variada y desde eso el niño comenzo a tener bajo peso. Ademas La madre refiere que el niño es de anatomia grande como su papá ya que el era de contextura delgada y alto.		Roxana Mendez

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	Ademas la madre menciona que el niño es selectivo para comer donde rechaza el consumo de carnes, q Frutas es poco, la madre menciona que ella ha intentado darle e injuir tratando de darle una alimentacion Variada pero no ha tenido buenos resultados. Salud y nutricion desarolla con la madre del niño la actividad del plato con la familia Colombiana del ICBF para reforzar conocimientos en alimentacion saludable y trabajar los grupos de alimentarios ~~del los niños~~ segun como estan distribuidos y la cantidad adecuado a consumir, ademas se dan indicaciones y recomendaciones para niños con riesgo de desnutricion aguda, se averigua por los habitos alimentarios del niño donde la madre manifiesta que es selectivo y le cuesta introducir los carnes en la alimentacion diaria del ~~los~~ niño, por ello trabajara esta tematica en el proximo seguimiento. Roxana M.
13 - Junio - 2025.	El día 13 de Junio la nutricionista realiza entrega a usuario de Alimento de alto valor nutricional Bienestarina y se socializa recomendaciones para niños en riesgo de desnutrición aguda, con el fin de contribuir a una alimentación saludable y balanceada, mejorando el estado de salud del niño. Roxana M.

Fundación Alma de Vida	**FORMATO ACTA DE COMPROMISO**	BIENESTAR FAMILIAR

ACTA DE COMPROMISO

REGIONAL	CENTRO ZONAL	MUNICIPIO	FECHA
PUTUMAYO	LA HORMIGA	San Miguel	9-05-2025
LUGAR: San Miguel			Hora
UNIDAD : Preescolar 1			4: Pm
NOMBRE DEL RESPONSABLE		CC. RESPONSABLE	TELEFONO
Eddy Patricia Lopez		(AC) 1122339990	3202547828
Natalia Angulo			3114730829

TEMA

Solicitud de documentos pendientes a la familia

OBJETIVO(S)

Informar a la familia sobre citas y controles pendientes

Se informa a la madre/padre: Melisa Yandun identificada con numero de cedula: 1004673514, quien se compromete asistir a las citas y controles médicos pendientes de forma responsable, adicional a ello me comprometo a entregar copias para la actualización de la carpeta de los siguientes documentos:

- ✓ Vacuna al día
- ✓ _____
- ✓ _____
- ✓ _____

El presente compromiso tendrá vigencia durante el período de tiempo comprendido entre el 12 de Mayo de 2025 y el 21 de Mayo de 2025, de no ser así se informará a las entidades correspondientes con previo aviso a la coordinadora local.

En constancia, se firma a los Nueve (9) días del mes de Mayo de 2025.

ACUERDOS Y COMPROMISOS

PERSONAL RESPONSABLES DE LA SOCIALIZACIÒN

NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	FIRMA
Melisa Yandun Ruiz		
Eddy Patricia Lopez	Apoyo Psicosocial	
Natalia Angulo	Nutricionista	