BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE INSCRIPCIÓN FÍSICA PARA LA PRE - MATRÍCULA EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA	F2.MT1.PP	30/01/2025
		Versión 2	Página 2 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

Fecha de diligenciamiento: 1 | 04 | 2025

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Tipo de participante: (X) Niño/a entre 0 y menor de 5 años ( ) Persona Gestante

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

Unidad de Servicio sugerida: CDI Fronteras de paz

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

Número de documento: 1122343751

Fecha nacimiento: 24 | 06 | 2021

Nombres: Romario

Apellidos: Toro Nuve

Presenta discapacidad? ( ) Si (X) No

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

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

Indique cuales aplican: ( ) Física ( ) Visual ( ) Auditiva ( ) Intelectual ( ) Psicosocial (mental) ( ) Múltiple ( ) Sordoceguera (X) 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: Urb

Barrio: Metropolitano

Vereda:

Sector:

Dirección: Cra 2 Calle 2 esquina del Coliseo

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

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

Tipo documento identidad: ( ) Tarjeta identidad (X) 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: 1006788051

Nombres: Derly

Apellidos: Nuve Ruiz

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 12 | 10 | 1997

Correo electrónico: derlynuveruiz1997@gmail.com

Número de celular: 3223645538

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: Derly Nuver.

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Leidy Marcela Rincón.

Observaciones:

Fundación Alma de Vida

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:
Romario Toro Nuve

Nº DOCUMENTO: 1122343751 **TIPO DOCUMENTO: RC** X **CC** __ **OTRO** __
FECHA DE NACIMIENTO: 24/Jun/2021 **EDAD:** _____
LUGAR DE NACIMIENTO: Pto Asis

NOMBRE DE LA UDS: CDI Fronteras de paz
CODIGO UDS: 867511126972 **BARRIO/VEREDA:** 7 de agosto
FECHA DE INGRESO: 01/04/2025 **FECHA DE RETIRO:** _____

SISBEN: B5 **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: Derly Nuve Ruiz
Nº CÉDULA: 1006788051 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Miguel
NOMBRE DEL PADRE: Edwin Antonio Toro Ramirez
Nº CÉDULA: 1122341486 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Pto Asis
Nº DE CELULAR: 3223645538
NOMBRE DEL ACUDIENTE: Derly Nuve Ruiz
Nº CÉDULA: 1006788051 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Miguel
DIRECCIÓN VIVIENDA: B/Metropolitano **ZONA POBLACIONAL: (R)** __ **(U)** X
NUMERO DE CELULAR 3223645538

Derly nuve Ruiz
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Leidy Marcela Rincón
NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: N 1442870

NUIP 1.122.343.751

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
TORO NUVE ROMARIO

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)											Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año	2	0	2	1	Mes	J	U	N	Día	2	4	MASCULINO	

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

Fecha de Inscripción (Mes en letras)											Indicativo serial
Año	2	0	2	1	Mes	J	U	L	Día	0	1	0061318504

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
NUVE RUIZ DERLY

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.006.788.051	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
TORO RAMIREZ EDWIN ANTONIO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.122.341.486	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
TORO RAMIREZ EDWIN ANTONIO

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.122.341.486

Espacio para notas

VALIDO PARA TRAMITES LEGALES Y CIVILES

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio: COLOMBIA PUTUMAYO SAN MIGUEL(LA DORADA) | Código: X 6 Z

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)											
Año	2	0	2	1	Mes	J	U	L	Día	0	1

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL — Adhesivo Copia Registro Civil 28742302-7

Nombre y firma del funcionario

ROY EDISON CALLE QUIRAMA

Registrador del Estado Civil



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.006.788.051
NUVE RUIZ

APELLIDOS
DERLY

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 12-OCT-1997
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

20-OCT-2015 ESPINAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-2904600-00789699-F-1006788051-20160217 0048416872A 1 46259332

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.122.341.486**

TORO RAMIREZ

APELLIDOS

EDWIN ANTONIO

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-MAR-1996**

PUERTO ASIS
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

26-MAR-2014 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-6401800-00570187-M-1122341486-20140507 0038354357A 1 41679766

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 26/03/2025

Ficha: 86757036952700000133

B5

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: ROMARIO

Apellidos: TORO NUVE

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122343751

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 20/11/2020

Última actualización ciudadana: 15/03/2024

Última actualización vía 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 del administrador: MARÍA 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	1122343751
NOMBRES	ROMARIO
APELLIDOS	TORO NUVE
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	24/06/2021	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/09/2025 21:21:04	**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

NIT. 901.021.565-8
Registro de Cámara de Comercio
N° 15233 Libro IX. Octubre 24 de 2016

Cuidamos de ti en cada paso

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 1122343751
Apellidos:	TORO NUVE
Nombres:	ROMARIO
Ficha Sisben:	86757036952700000133
Nivel Sisben:	Nivel I
Grupo Sisben	B05
Tipo de discapacidad:	Ninguna
Plan de salud:	Régimen Subsidiado
Estado de servicio:	Vigente
Fecha de Afiliación:	24/06/2021
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 2 de Abril de 2025 a solicitud del interesado.

JEFE COMERCIAL
EMSSANAR EPS SAS

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

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA ...Sanos



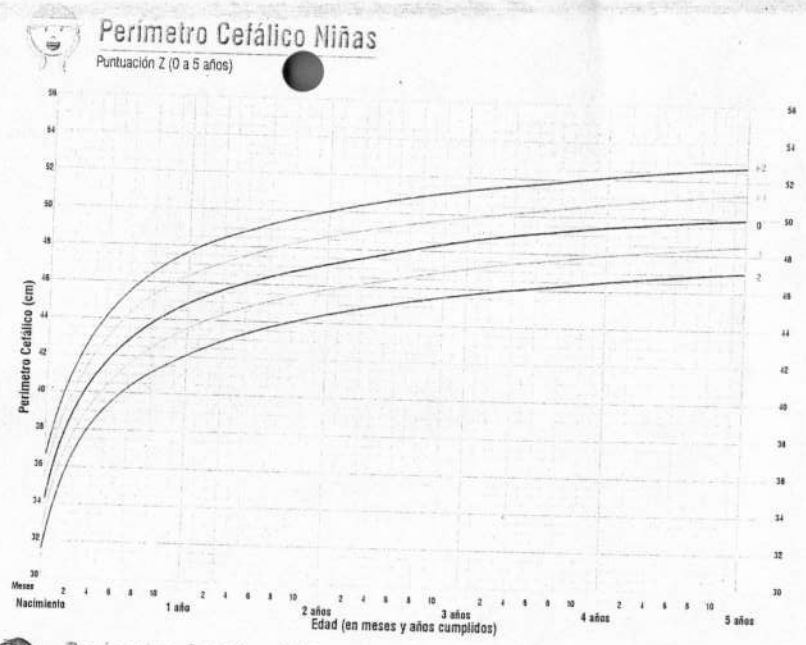
E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

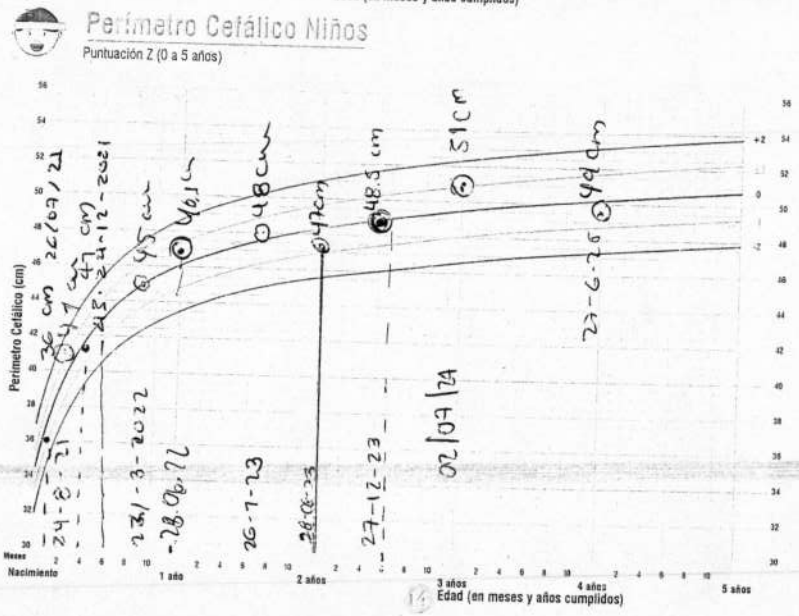
MIS DATOS

Nombres: Nomario	Apellidos: Toro Nuve
Fecha de nacimiento: DÍA 24 | MES 6 | AÑO 2010	Historia Clínica: 1122343751
Barrio/Vereda: Metropolitano	Responsable del niño: Derly Nuve
Teléfono:	EPS: Emssanar

CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIO	
				SI	NO
26	Julio	2021	ingreso	✓	
25	agosto	2021	Enf	✓	
24	octu	2021	x MD.	✓	
26	DIC	2021	x Enf	✓	
control peso = 24-01-2022				SI ✓	
24.	03	2022.	Enf.	✓	
24	06	2022	MD.		
24	04.	2022	[illegible]		
26.	12.	2022	Enf.		
24	Junio	2023	MED: Gen.	✓	
28	Diciembre	2023	Enf.	✓	
24	Junio	2024	Méd	✓	
27	Junio	2025	Enf	SI ✓ Milena C	
24	Junio	2026	Medico		





PRÁCTICAS CLAVES PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES

Prácticas claves No. 11

Cuando el niño o niña se enfermen, continúen alimentándolo y dando líquidos especialmente leche materna



Prácticas claves No. 12

Administre a las niñas y niños enfermos el tratamiento casero apropiado.

Prácticas claves No. 13

Evite el descuido y el maltrato a los menores y tome medidas adecuadas cuando ocurra.



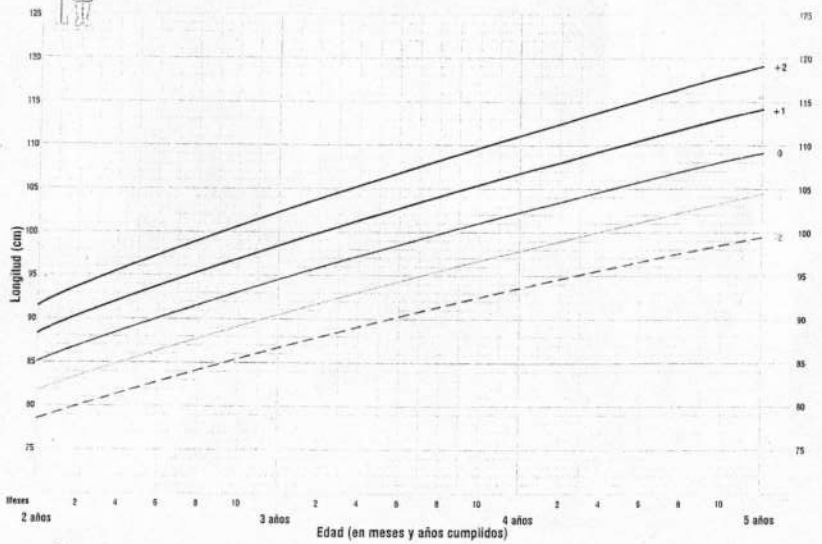
Prácticas claves No. 14

Los hombres deben participar activamente en el cuido de sus hijos y en los asuntos relacionados con la salud reproductiva de la familia.

12

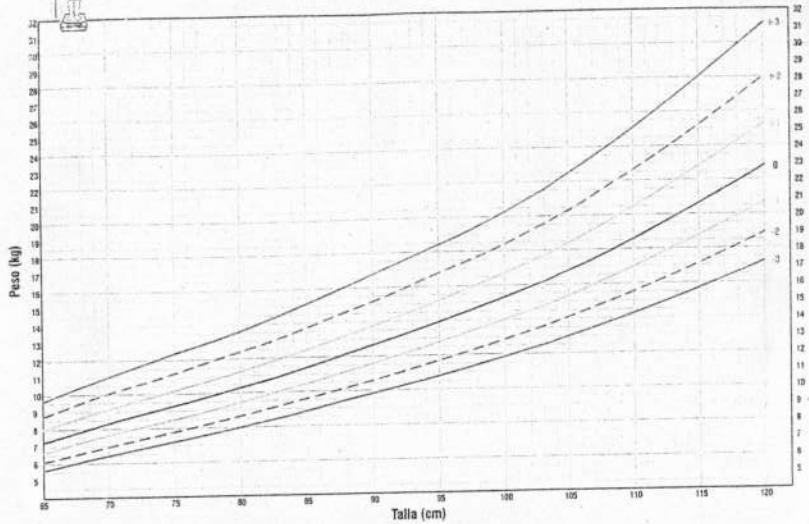
Talla para la edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



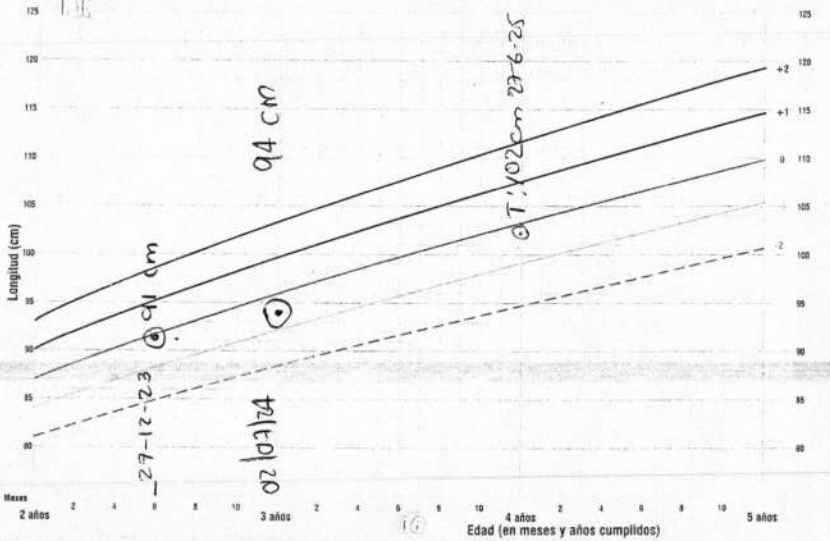
Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



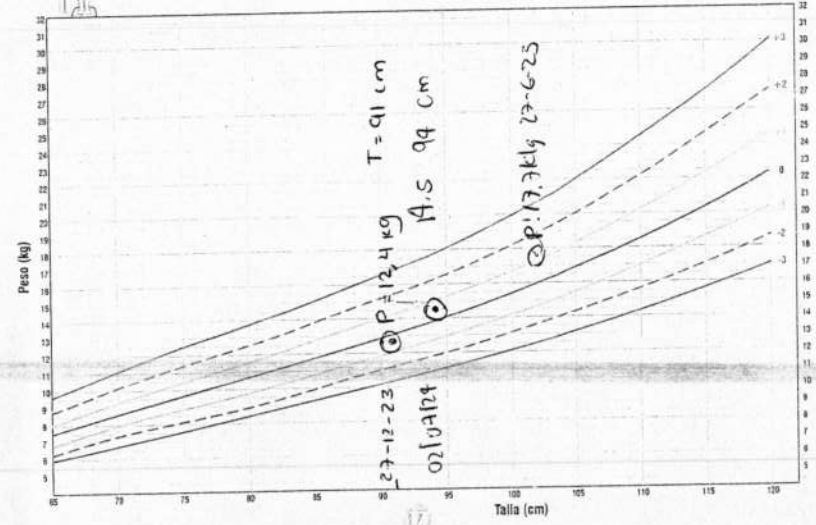
Talla para la edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



PRÁCTICAS CLAVES PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES

Prácticas claves No. 15

Tome las medidas adecuadas para prevenir y controlar lesiones y accidentes en los niños.



Prácticas claves No. 16

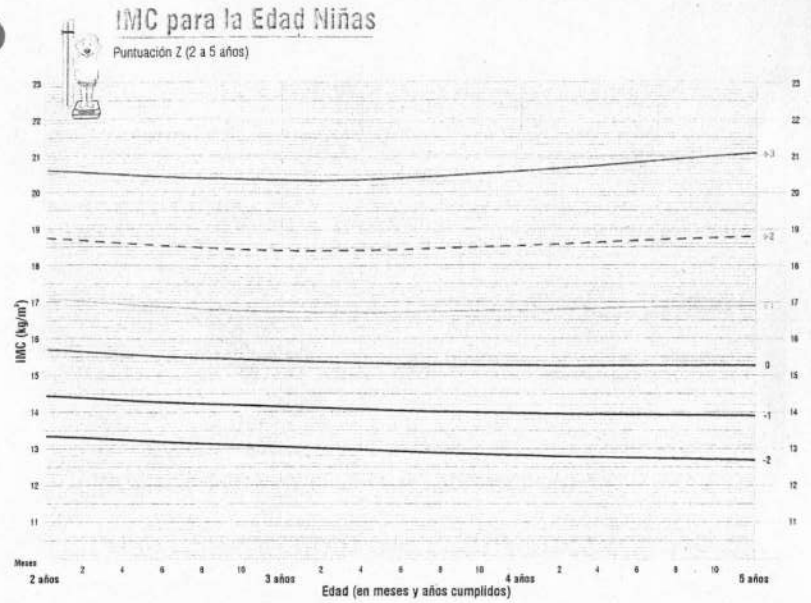
Reconozca cuando las niñas y niños están enfermos y necesitan tratamiento fuera del hogar y llévenlos al personal se salud apropiado para que reciban atención.

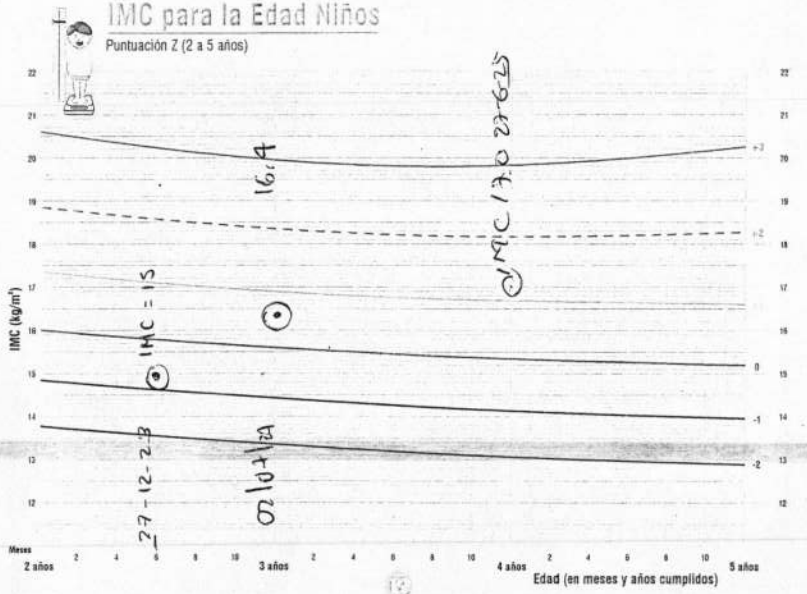


Prácticas claves No. 17

Asegúrese de que toda mujer embarazada asista a control prenatal.







Nombre: [redacted] cita 26 DIC. 2021 Registro Civil: [redacted]

14

Edad	Me protege de		Dosis	Fecha de Aplicación Día Mes Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día Mes Año	Nombre del Vacunador
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐							
	Tuberculosis B.C.G.		Única	25 6 21	Serum	0320[illegible]	Clinica		Diana Trujillo
	Hepatitis B		Recién nacido	25 6 21	Serum	0320[illegible]	Pediatrica		
2 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐							
	Polio (Oral - IM)		1ª	24-08-21	Biological	2017004	HFLD		Sandy Martinez
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		1ª	24-08-21	Serum	2850401BD	HFLD		Sandy Martinez
	Rotavirus		1ª	24-08-21	GSK	AROLC772AF	HFLD		Sandy Martinez
	Neumococo		1ª	24-08-21	GSK	ASPNB320BA	HFLD		Sandy Martinez
4 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐							
	Polio (Oral - IM)		2ª	25 OCT 21	Biological	2017004	HFLD	CITA:	Ana L.
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		2ª	25 OCT 21	Serum	2850401BD	HFLD	24- octubre 2021	Ana L
	Rotavirus		2ª	25 OCT 21	GSK	AROLC772AF	HFLD		Ana L
	Neumococo		2ª	25 OCT 21	GSK	ASPNB320BA	HFLD		Ana L.
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumplados años e inicie alimentación complementaria nutritiva.								
	Polio (Oral - IM)		3ª	27-12-21	Biological	2017004	HFLD		Paola C
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		3ª	27-12-21	Serum	2850401BD	HFLD		Paola C.
	Influenza		1ª	05-07-22	Green	V502220018	HFLD		Sandy M.
7 Meses	Influenza		2ª	08-8-22	Green	V502220018	HFLD		Sandy Martinez Tec. Aux en Enfermeria CC. No. 1122330822
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)		1ª	05-07-22	Serum	0123W21G	HFLD		
	Fiebre Amarilla		1ª	05-07-22	Farcher	121INFC0127	HFLD		
	Neumococo		Refuerzo	05-07-22	GSK	ASPNB3ACBA	HFLD		
	Influenza		Anual	18-08-23	Green	V5052300]	HFLD		Sandy M
	Hepatitis A		ÚNICA	05-07-22	MSD	C0026221	HFLD		Sandy M
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		1r Refuerzo	27-DIC-22	Serum	2821C0128	HFLD		Sandy M
	Polio (Oral - IM)		1r Refuerzo	27-DIC-22	Serum	17.4L014	HFLD	CITA:	Sandy M
5 Años	Polio (Oral - IM)		2º Refuerzo					27- DICIEMBRE 2022	
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		2º Refuerzo						
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)		Refuerzo	27-05-23	Serum	0123W21G	HFLD		Mary V.
Niñas 9 Años o más	VPH		1ª						
	VPH		2ª					CITA: 5 AÑOS CUMPLIDOS	
	VPH		3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis	Varicela		Unico	05-07-22	Merck	V020211	HFLD		Sandy M
	6R		Unico	24-08-22	Serum	0122W016	HFLD		Eduar

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

PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO			
IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA			
Al momento de nacer	Fecha:		
PRIMER CONTROL MÉDICO			
Durante el primer mes de vida	Fecha:		
SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA			
Edad	Fecha de cita programada	Fecha en que asistió	Profesional que atendió
1 a 3 meses			
4 a 6 meses			
7 a 9 meses			
10 a 12 meses			
13 a 16 meses			
17 a 20 meses			
21 a 24 meses			
25 a 30 meses			
31 a 36 meses			
37 a 48 meses			
49 a 60 meses			
61 a 66 meses			
67 a 72 meses			
73 a 78 meses			
79 a 84 meses			
8 años (1)			
8 años (2)			
9 años			

Todos los niños deben recibir suplementos con Hierro y Vitamina A, cada 6 meses desde los 6 meses hasta los 5 años de edad, de acuerdo al protocolo de la estrategia **AIEPI**.

Edad	Fecha	Edad	Fecha
6 meses		42 meses	
12 meses		48 meses	
18 meses		54 meses	
24 meses		60 meses	
36 meses		66 meses	

En todos los niños se debe realizar toma de TSH al momento de nacer para estudio de hipotiroidismo.

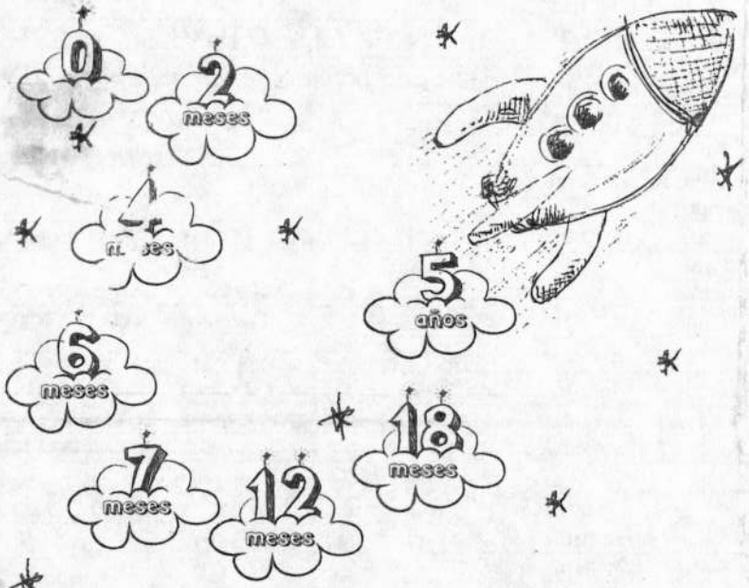
Valor reportado TSH:	
Fecha verificación:	
Profesional que verificó:	

Exíjalo

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

Poliomielitis, Difteria, Tétanos, Tosferina, Hepatitis, Enfermedad diarreica producida por rotavirus, Neumonías, Meningitis tuberculosa, Fiebre amarilla, Sarampión, Paperas, Meningitis por Haemophilus Influenza tipo B, Rubéola e Influenza.

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



- Cualquier día es bueno para vacunar a sus hijos.
- En Colombia todos los días son días de vacunación.
- **Es fácil, gratis y sobre todo muy importante.**

República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

www.minsalud.gov.co
Atención al Ciudadano: 018000 95 25 25

AIEPI
Porque mi vida hay que protegerla hoy

de cero a Siempre

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Toro Ruiz Romario
Fecha de nacimiento: 24-06-21
Nº de certificado de nacido vivo:
Registro civil: 1122341375 1
Sexo: Masculino
Grupo sanguíneo:
Peso al nacer: 2540 3.75mg
Dirección:
Teléfono: 3134323687
Responsable: Derly Ruiz
Municipio de residencia: San miguel
Departamento: Putumayo

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas





PROSPERIDAD PARA TODOS

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 22 MES 04 AÑO 25 HORA: 3:07 PM

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Romario APELLIDOS Toro Nuñez

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1.122.343.751

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 29 MES: 06 AÑO: 2021 / EDAD: 3 años Tel: 3223645538

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Emssanar

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)

Madre no quiere Colocarle la Vacuna

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

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

Nombres Derly Apellidos Nove

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1006788051

Firma: _____

En caso de requerirse firma a ruego:

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

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

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

de _____

Huella dactilar o plantar del Rogante

Firma del Rogado

C.C. N° _____

C.C. N° _____

Nombres y apellidos del vacunador: Kerly Jiménez Zárate

Firma Kerly J. Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 1075683234

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HEIN

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.

		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	9-11M	12-17M	18-23M	24-29M	30-35M	3A	4A	5A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico													
		Atención en salud por medicina general													
		Atención en salud por enfermería												27-6-2025	
		Atención en salud por Odontología							próximo control 17-09-2025						
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor							LILIANA MARTHEL CORDOBA AUX. EN SALUD ORAL RES. 8600493-2014				13-Marzo 2025	17-09-2025 17-03-2026	
		Profilaxis y remoción de placa													
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	>	Vacunación													

Yuly Vanessa Correa Rodriguez ENFERMERA PROFESIONAL C.C. 1094929731

Agudeza Visual 20/20 normal 27-6-2025

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

Dirección: B/ el Paraiso Cra 7 # 1-36 Teléfono Conmutador: 4210533 - móvil: 3134821413

CARNET RIAS — **PRIMERA INFANCIA**

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA
NIT. 846.002.309-9

Mi prioridad es tu salud...



Nombres y Apellidos: Romario Toro Nuve

Doc. de Identidad: 1122343751

EPS: Emssanar

Teléfono: 3223645538

Domicilio: B/ Metropolitano

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 Romario Toro Nuve, identificado (a) con documento de identidad número 1122343751, 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, Deily Nuve Ruiz, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1006788051 de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	✓	Audios	✓	Videos	✓	Otros datos personales	✓

La autorización comprende:

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

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

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

Los productos autorizados son originados por Fundacion Alma de vida, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa CDI Institucional

Suscriben:

Firma: Deily nuve Ruiz
Nombre: Deily Nuve
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3223645530
Fecha: 01/04/2025
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

Derly Ruiz
Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Leidy Marcela Rincón
Agente educativa

Huella del niño/niña

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 11020	Pago oportuno hasta:	06-MAR-2025	Mes Facturado
Factura Nro.	2037006394	Suspensión a partir de:	07-MAR-2025	FEBRERO 2025

1. Información General

Nombre: MARCO ANTONIO TORO SOLARTE — Último pago: 31-ENE-2025 — $

Dirección: BR METROPOLITANO — Tuve servicio de energía entre: 18-ENE-2025 - 20-FEB-2025 (33) — 25-FEB-20

Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Área	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Tarifa	División Geopolítica
CM1	2104	120	1	RESIDENCIAL	URBANA	1	0	AEREA	EMPRESA	10$	SAN MIGUEL - METROPOLITANO

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

2. Información Consumo Energía

Componentes del Costo (CU): Generación 502.93 + Transmisión 56.03 + Distribución 249.01 + Comercialización 113.93 + Pérdidas 59.39 + Restricción 10.47 = CU ****** ($/KwH)

2A. Información Medidor

Marca	Serial	Factor Multiple
MHT	111081901	

2B. Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	32208	32037
Reactiva:		

Tipo Lectura: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

2C. Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	169	
Consumo Reactiva KVarh:	0	
Costo del consumo $	169287.28	
Tarifa (hasta 173 Kwh):	402.74	
Subsidio: %	59.79 $	-101224.32
Contribución: %	0 $	0
Sub Total $	68062.96	

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

2D. Consumo Ultimos 6 Meses

Mes	Consumo
2025/Ene	168
2024/Dic	192
2024/Nov	197
2024/Oct	190
2024/Sep	211
2024/Ago	173

Promedio: 187

2E. Información Calidad del Servicio

Tel. DIC 1144 04 8000 042416
Transformador: SLD115 Grupo 22
DIUG 30.24 UMG 19 Circuito C14
Cargo D: 257.19 Dscto %4.20
CEC 168.29
DIU 89.57 FIU 100.00
HC 0.00 VC 2.00
Valor a compensar 8.658.73

3. Información de Créditos EEBP

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

Gerente General

4. Detalle Conceptos del Servicio de Energía

Conceptos EEBP	Valor Liquidado	Saldo Anterior	Saldo a Favor o Anticipado	TOTAL
ACTIVA SENCILLA MONOMIA	169,287.28	0	0.00	169,287
SUBSIDIO	101,224.32	0	0.00	101,224
AJUSTE A SUBSIDIO	3,699.85	0	0.00	3,699
COMPENSACION RES. SSPD 015/2018	8,658.73	0	0.00	8,659
AJUSTE APROXIMACION	-0.40	0	0.00	-0

5. Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP — 63,107

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	11,303	0	11,303

7. Información Facturación Convenio Aseo y Alcantarillado

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

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

8. Información Facturación Otros Convenios

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

Total EEBP	+	Total Impuesto Alumbrado público	+	Total Aseo y/o Alcantarillado	+	Total Otros Convenios	=	Debo pagar en Total
63,107		11,303		6,000		0		80,410

CUFE:

(415)7709993005532(8020)1000203700639445(3900)0000080410(96)20250306

282468f40dbfa0660996746ef292dc946e8f8eb6902773c4f59e357df68532

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

www.eebpsa.com.co @eebpsaesp /eebpsa

Fac. Electronica: EEBP 121895

Resolución de facturación electrónica DIAN No 18764083711901
de fecha: 20/11/2024 desde No 1 hasta No 1000000
vigencia: 20/11/2024

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

Proveedor Tecnológico: diaspeles S.A.S. NIT: 860026580-2 Software: facte

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

Dirección: B/ el Paraíso Cra 7 # 1-36 Teléfono Conmutador: 4210533 - móvil: 3134821413

CARNET RIAS — **PRIMERA INFANCIA**

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA
NIT. 846.002.309-9
Mi prioridad es tu salud...



Nombres y Apellidos: Plomario Toto Nube
Documento de Identidad: 1122345751 EPS: Emssanar
Teléfono: 3223645538 Domicilio: B/ Metropolitano

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	9-11M	12-17M	18-23M	24-29M	30-35M	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											27-6-2025		
		Atención en salud por Odontología													
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor											13-Marzo 2025		
		Profilaxis y remoción de placa													
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	V	Vacunación													

Yuly Vanessa Correa Rodriguez
ENFERMERA PROFESIONAL
C.C. 1094929731

Agudeza Visual 20/20 normal 27-6-2025

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre 24

Ciudad San Miguel - La dorada - ptyo

Nombre completo de la niña o niño Romario Toro Nuve

Fecha de nacimiento 24 06 2021 **N° Documento de Identidad** 1122343751

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Leidy Marcela Rincón E

Fecha de registro cualitativo 02 07 2025

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

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

Observaciones generales

Romario corre, salta y mantiene el equlibriu al caminar por superficies estrechas, participa con entusiasmo en actividades al aire libre y actividades que implican movimiento, se debe fortalecer la coordinacion corporal.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Leidy Marcela Rincón Echeverry

Fecha de registro cualitativo Día Mes Año 3 10 2025

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

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

Observaciones generales

Romario sigue normas de la vida cotidiana, mostrandose más independiente en rutinas de higiene diaria, tambien cuenta situaciones vivida y lo que acompaña con gestos las canciones y rondas.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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

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

Observaciones generales

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

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

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

BIENESTAR FAMILIAR

26 al 29

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Romario Toro. **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Prejardin 2. **AGENTE EDUCATIVO:** Marcela R.

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:**

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
10-Nov-2025	Se realiza llamado a la asistencia y se encuentra que el niño no asistio a la unidad, por lo cual se realiza llamada telefónica a la madre para conocer la inasistencia.	Se realiza llamado telefonico a la madre para conocer la inasistencia y la madre comunica que el niño se encuentra con sintomas gripales, por lo cual lo cuidara en casa, esperando se mejore.		Daly nove Ruiz
Miercoles 12/11/2025	El dia de hoy al realizar el llamado a lista se evidencio que el niño no asistio y se desconocen las causas porque no han informado.	la agente educativa realiza la llamada telefonica a la madre de familia la cual refiere que viajo para el municipio de puerto asis para realizar unos gestiones medicas, el niño se encuentra con ella en buen estado de salud.	Marcela R.	Daly nove Ruiz

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

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
Martes 11/11/2015	El dia de hoy el niño asistio al CDI en compañia de la madre de familia la cual refiere que se encuentra mejor de salud en el transcurso de la jornada la agente educativa evidencio que el niño no presenta sintomas gripales y esta en aparentemente buen estado de salud. Yarcda R. Dela nueve Ruiz

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

BIENESTAR FAMILIAR

27 R/C

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Ramario Toro **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Pre jardin 2 **AGENTE EDUCATIVO:** Marcela R

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)
Jueves 17-Abr-25	El dia de hoy no asistio el niño al CDI y la madre expresa que el niño amanecio con malestar y por tal motivo no asistio.	la madre de familia mediante un mensaje de whatsap expresa que el dia de hoy el niño amanecio con fiebre y malestar y prefiere dejarlo en casa y supervisar los sintomas y la agente educativa le recomienda que si los sintomas persisten llevarlo al medico e informar.	Marcela R	Darly Nove Ruiz

BIENESTAR FAMILIAR

28/EV

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Romano Toro **UNIDAD DE ATENCIÓN:** pre jardin **AGENTE EDUCATIVO:** Marcela R.

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)
Viernes 12-9-25	En la revision de carpetas se observa que el niño tiene pendiente cita de higiene oral para el 13-9-25 se informa con tiempo para que gestionen con anticipacion la cita.	la madre se compromete a gestionar la cita el dia lunes 15-9-25 y a informar a la agente educativa	Marcela R.	
Jueves 18-9-25	El dia de hoy la madre de familia se acerca al CDI a recoger el niño por que tiene programada una cita de lectura de examenes realicados con anticipación, Hora de la recogida 1:00pm.	se hace entrega del niño a la madre de familia en aparentemente buen estado de salud y buen estado fisico.	Marcela R.	* Deily Nove Ruiz.

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
Martes 16-9-25 Miercoles 17-9-25.	la madre se acerca al CDI informando que ya gestiono la cita de higiene oral, la cual quedo asignada para el dia 17 de septiembre 2025 a la 1:15pm, la agente educativa realizara el seguimiento hasta que el niño cuente con la atención. Marcela R. Derly Nove Ruiz El dia de hoy asiste la madre de familia a la 1:00pm a recoger el niño para llevarlo a la cita de higiene programada para el dia de hoy se le recomienda a la madre de familia traer fotocopia del canet donde se evidencie la atención prestada Marcela R. Derly Nove Ruiz
Viernes 19-9-25	El dia de hoy el niño no asiste y la madre refiere mediante un mensaje de whatsap que el niño no asistira por que amanecio con gripe y el dia de ayer el medico en la lectura de examenes le recomendo que lo dejara en casa hasta que el cuadro gripal pase un poco. Marcela R.

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Romario Toro **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Pre-Jardin 2 **AGENTE EDUCATIVO:** Marcela R

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)
Martes 09-9-2025.	El niño no asistio al CDI y la madre se comunica via mensaje de whatsap refiriendo que el dia de hoy el niño amanecio con malestar y anoche tenia fiebre y la madre prefiere dejarlo en casa bajo observacion y cuidado.	la agente educativa le recomienda a la madre de familia llevar al niño al medico y pedir examenes para conocer las causas del malestar del niño, tambien se estara atenta a cualquier novedad de salud del niño informada por la madre el dia de hoy.	Marcela R.	Derly nove 8012
Miercoles 10-9-2025	El dia de hoy el niño no asiste el padre de familia mediante un mensaje de whatsap manifiesta que el niño continua con malestar estomacal y que lo estan tratando en casa y tambien bajo observacion, la madre tambien refiere que le van a sacar cita medica para que le envien examenes medicos.	Se recomienda a la madre de familia llevar el niño al medico y traer anexos al CDI, justificando la inasistencia, se realiza la remision al área de salud y nutricion para que le realicen el seguimiento pertinente.	Marcela R.	

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

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
10/09/25	Desde el componente de salud y nutrición se establece comunicación con la madre de familia. para conocer el estado de salud del menor. Ella menciona que el niño continua con el malestar y sintomas gripales. Por tal motivo se recomienda llevar al niño por el servicio de urgencias. La madre acepta la recomendación y se compromete a llevarlo en la jornada de la tarde. Tambien se menciona que se continuara realizando el seguimiento al estado de salud del menor.
Jueves 11-9-25	La madre de familia se comunica con la agente educativa informando que el niño no asistira por que el dia de ayer tenia cita medica y el dia de hoy le enviaron examenes medicos, la madre tambien refiere que el niño se encuentra mejor de los sintomas pero continua con gripe y va a seguir el tratamiento enviado por el medico. Parcela R. Deyli nove Ruiz
Viernes 12-09-2025.	Apoyo Psicosocial realiza llamada telefonica a madre de familia con el fin de indaga estado de salud del niño. Comenta que el niño se encuentra en el hogar recibiendo medicamentos suministrados por los profesionales de la salud. Cabe mencionar que se esta a la espera de los resultados de laboratorios. Menciona la madre de familia que el niño ha mejorado notablemente. se realizan recomendaciones de cuidado en salud e informar cualquier novedad. Deyli nove Ruiz MA Clarita M. Apoyo Psicosocial.
Lunes. 15-09-2025.	Durante la verificacion y registro de novedades realizada por agente educativa se logra evidencia que el niño se encuentra dentro de la salita en adecuadas condiciones de salud. se identifica que el niño se integra a las actividades realizadas por parte de agente educativa. Deyli nove Ruiz. MA Clarita M.

ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

codigo de habilitacion 867570002101 Nit: 846002309

Dir:Barrio El Paraiso Tel: 3134821413

FORMULACION MEDICAMENTOS URGENCIAS.

PACIENTE: TORO NUVE ROMARIO
No HISTORIA: 1122343751
IDENTIFICACION: RC1122343751
EMPRESA: EMSSANAR EPS S.A.S.
REGIMEN: Subsidiado

EDAD: 4 Años 2 Meses
SEXO: Masculino
FEC. NAC: 24/06/2021

FOLIO No: 270419 **FECHA:** 10/09/2025 3:55 p.m.
ADMIN No: 1484254
TELEFONO: 3223645538
MUNICIPIO: PUERTO ASIS PUT
DIRECCION: METROPOLITANO

DIAGNOSTICO

J039 AMIGDALITIS AGUDA. NO ESPECIFICADA
R05X TOS
R509 FIEBRE. NO ESPECIFICADA

No.	CODIGO	DESCRIPCION	CANT.	ENTREG.	DURACION
1	33492-13	Amoxicilina suspension 250MG/5ML (SUSPENSION) Concentracion:250 mg mg/ml Dosificaion: TOMAR 4 CC CADA 8 HRS Via oral	1-Uno		7
2	19929516-03	Acetaminofen 150 mg jarabe (JARABE) Concentracion:150 mg mg/ml Dosificaion: TOMAR 9 CC CADA 6 HRS Via ORAL	1-Uno		3
3	19984623-01	Ketotifeno (JARABE) Concentracion:1MG 5ML mg/ml Dosificaion: TOMAR 3 CC CADA 8 HRS Via oral	1-Uno		7

Dr Armando Alhumada
M.P. 521578
U. Fronteriza

PROFESIONAL: AHUMADA CANAR ARMANDO
REG MEDICO: 521578
ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL
IDENTIFICACION: 12749349

Firma Paciente: Dispensador: Validacion Farmaceutica:

Fecha Impresion: 10/09/2025 InfoSalud Net

Powered by CamScanner