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: (●) Niño/a entre 0 y menor de 5 años ( ) Persona Gestante

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

Unidad de Servicio sugerida: CDI fronteras de paz

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

Número de documento: 1122343754

Fecha nacimiento: 20 | 06 | 2021

Nombres: Liam Mathias

Apellidos: Romo chacua

Presenta discapacidad? ( ) Si (●) No

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

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

Indique cuales aplican: ( ) Física ( ) Visual ( ) Auditiva ( ) Intelectual ( ) Psicosocial (mental) ( ) Múltiple ( ) Sordoceguera (●) N/A

Seleccione la que aplique: ( ) Afrocolombiano ( ) Indígena ( ) No se autorreconoce ( ) Comunidad negra ( ) Rom / Gitano ( ) Palenquero (a) ( ) Raizal

Indique cuales aplican: ( ) Migrante ( ) Campesinado ( ) Firmante de paz ( ) Víctima conflicto armado

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

Departamento residencia: Putumayo

Municipio de residencia: San Miguel

Zona: Rural

Barrio:

Vereda: V. Risaralda

Sector:

Dirección: enseguida del señor que hace puertas y ventanas en V.

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: 1122336318

Nombres: Yessica Margoth

Apellidos: Chacua Secue

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 16 | 05 | 1996

Correo electrónico: yesicachacua@gmail.com

Número de celular: 3214770270

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: Yessica chacua

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

Observaciones:

Fundación Alma de Vida

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO: Liam Mathias Romo Chaud

Nº DOCUMENTO: 1122343754 **TIPO DOCUMENTO:** RC X CC ___ OTRO ___

FECHA DE NACIMIENTO: 20/06/2021 **EDAD:** _____

LUGAR DE NACIMIENTO: pto Asis

NOMBRE DE LA UDS: CDI Fronteras de paz
CODIGO UDS: 867571126972 **BARRIO/VEREDA:** 7 de agosto
FECHA DE INGRESO: 01/04/2025 **FECHA DE RETIRO:** _____

SISBEN: A2 **EPS:** Nueva Eps **RÉGIMEN (C)** ___ **(S)** X

DESPLAZADO: SI ___ NO X **DISCAPACIDAD:** SI ___ NO ___ ¿CUAL? _____

GRUPO ETNICO: SI ___ NO X ¿CUAL? _____

GRUPO AFROCOLOMBIANO: SI ___ NO X ¿CUAL? _____

NOMBRE DE LA MADRE: Yessica Margoth Chaud Sewe
Nº CÉDULA: 1122336318 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Miguel
NOMBRE DEL PADRE: Marcos Wilfredo Romo
Nº CÉDULA: 1076822725 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Miguel
Nº DE CELULAR: 3214770270
NOMBRE DEL ACUDIENTE: Yessica Margoth Chaud
Nº CÉDULA: 1122336318 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Miguel
DIRECCIÓN VIVIENDA: Vda/V. Rinalda **ZONA POBLACIONAL:** (R) ___ (U) ___
NUMERO DE CELULAR 3214770270

Yessica chaud
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** 1442873

NUIP 1.122.343.754

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco X

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
ROMO CHACUA LIAM MATHIAS

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

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	7	0061318507

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
CHACUA SECUE YESSICA MARGOTH

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.122.336.318	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
ROMO GUEVARA MARCOS WILFREDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.076.822.725	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
ROMO GUEVARA MARCOS WILFREDO

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.076.822.725

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 2

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)											
Año	2	0	2	1	Mes	J	U	L	Día	0	7

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
Adhesivo Copia Registro Civil
28742326-3

Nombre y firma del funcionario

ROY EDISON CALLE QUIRAMA
Registrador del Estado Civil

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.122.336.318**

CHACUA SECUE

APELLIDOS

YESSICA MARGOTH

NOMBRES

JESSICA CHACUA

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-MAY-1996**

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

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

05-JUN-2014 BELEN DE UMBRIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-2402100-01178650-F-1122336318-20201112 **0072**436182A 1 9913641147

5

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.076.822.725**
ROMO GUEVARA

APELLIDOS
MARCOS WILFREDO

NOMBRES

Marcos wilfredo Romo.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-ABR-1995**
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

25-ABR-2013 CONDOTO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1701300-00474021-M-1076822725-20130922 **00350**14902A 1 39692481

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: **25/03/2025**

Ficha: **86757043479800000070**

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: **LIAM MATHIAS**

Apellidos: **ROMO CHACUA**

Tipo de documento: **Registro civil**

Número de documento: **1122343754**

Municipio: **San Miguel**

Departamento: **Putumayo**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **17/11/2017**

Última actualización ciudadano: **25/01/2023**

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**

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	1122343754
NOMBRES	LIAM MATHIAS
APELLIDOS	ROMO CHACUA
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.	SUBSIDIADO	01/08/2023	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	09/09/2025 21:19:09	**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

nueva eps

CERTIFICA QUE:

El(La) señor(a) LIAM MATHIAS ROMO CHACUA identificado con RC 1122343754 cabeza de familia se encuentra afiliado(a) a nuestra EPS.

Los siguientes son los datos básicos de dicha afiliación:

Fecha de Activación de Servicios:	15/03/2022
IPS Cotizante:	SUBSIDIADO-E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA
Categoría:	SISBEN-1
Estado:	ACTIVO

La presente solicitud se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá QUIEN INTERESE, a los 26 días del mes de marzo del año 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

CARNET DE SALUD INFANTIL

CRECIMIENTO Y DESARROLLO

"Su Salud en Buenas Manos"

LIAM MATHIAS ROMO CHACUA
RC: 1.122.343.754.



CLÍNICA SAN JORGE LA HORMIGA S.A.S
RÉGIMEN COMÚN - NIT 900115211-7
CARRERA 6 N° 9-38 - BARRIO LAS ACACIAS
TELÉFONO: 4283272 - CEL: 3138873678
LA HORMIGA - PUTUMAYO

CONTROL DE CITAS

FECHA			HORA	ASISTIÓ	
DÍA	MES	AÑO		SI	NO
25	ABRIL	2022.	10:30.	✓.	
23	JUNIO	2022	3 PM.	✓ Desolicado adjunto, Riesgo DNT	
20	FEBRERO	2023.	11:40am	Desolicado adjunto Riesgo DNT.	
14	Julio	2023	7.30 am	Medico	
20	Dic	2023	3:00 pm	enf. ✓	
20	06	2024.	7:30am	Medico ✓	Si
20	06	2025	9:57am	Enf.	SI Mitera C
20	06	2026		Medico	

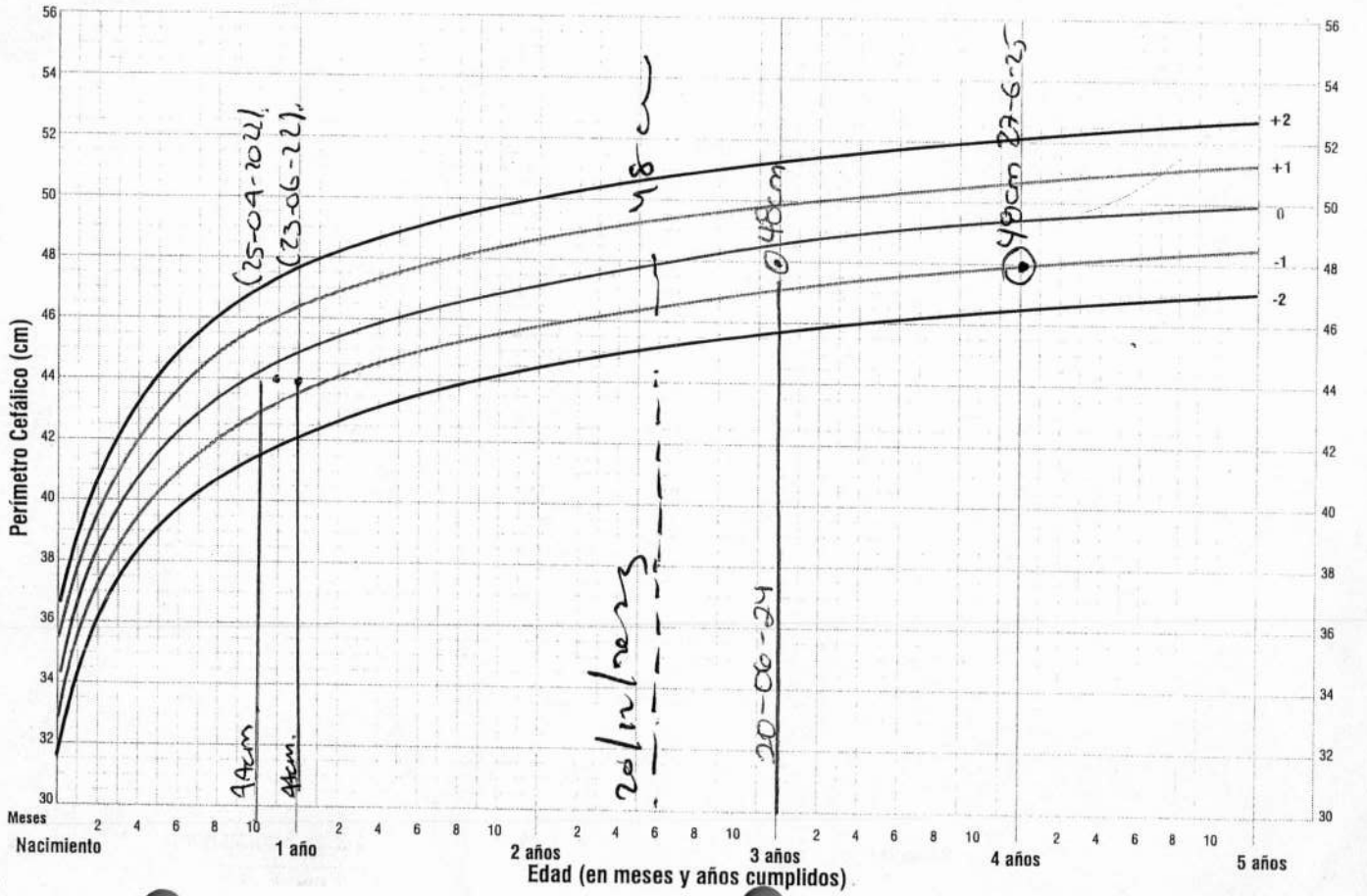
Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)

La Salud es de todos Minsalud

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

BIENESTAR FAMILIAR



Resolución MINSALUD [illegible]65 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

12

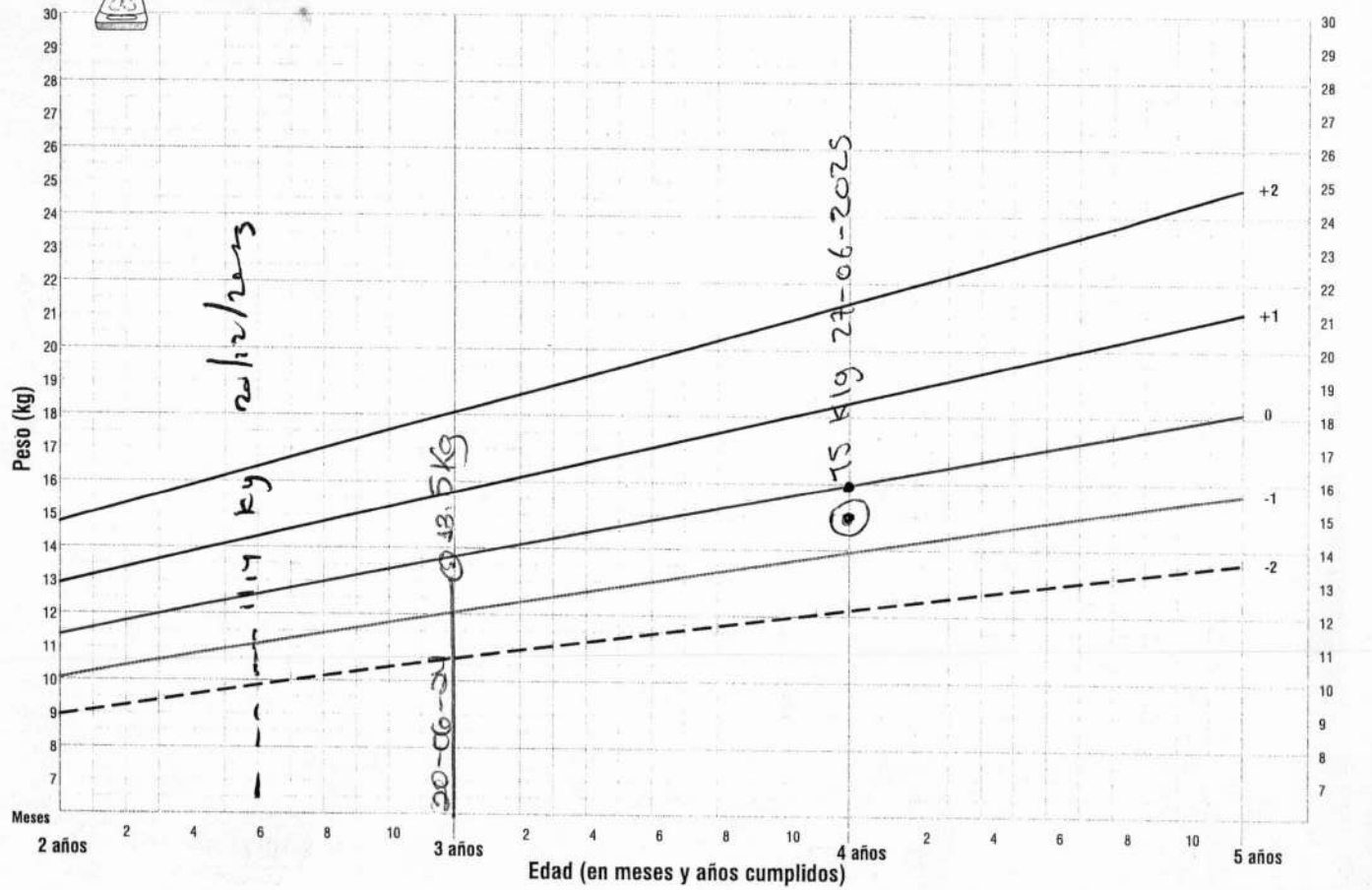
Peso para la Edad Niños

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 [illegible] oficial número 499926 el 06/07/2016.

Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Organización Mundial de la Salud

13

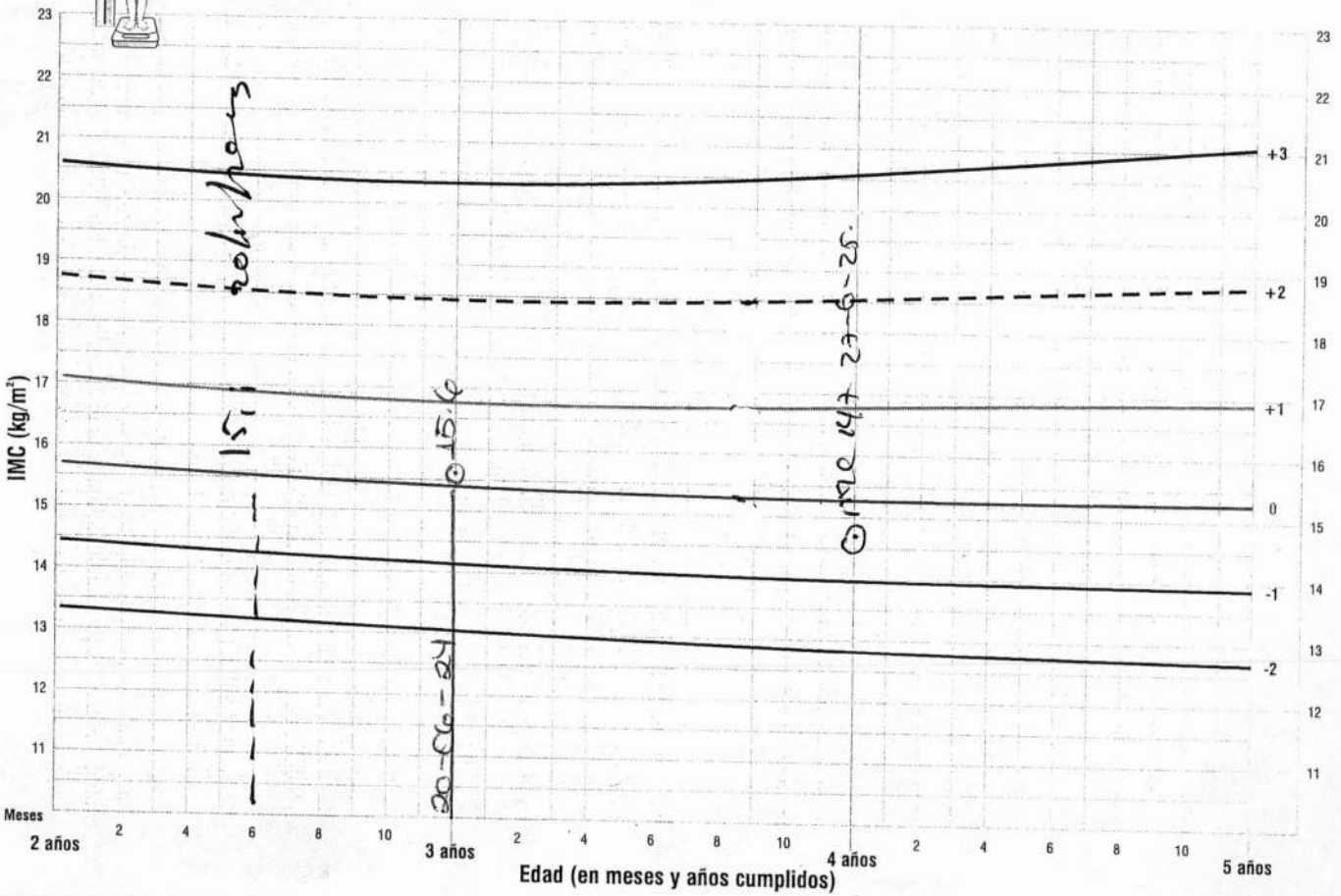
IMC para la Edad Niños

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.

...ones de crecimiento infantil de la OMS

Organización Mundial de la Salud

14

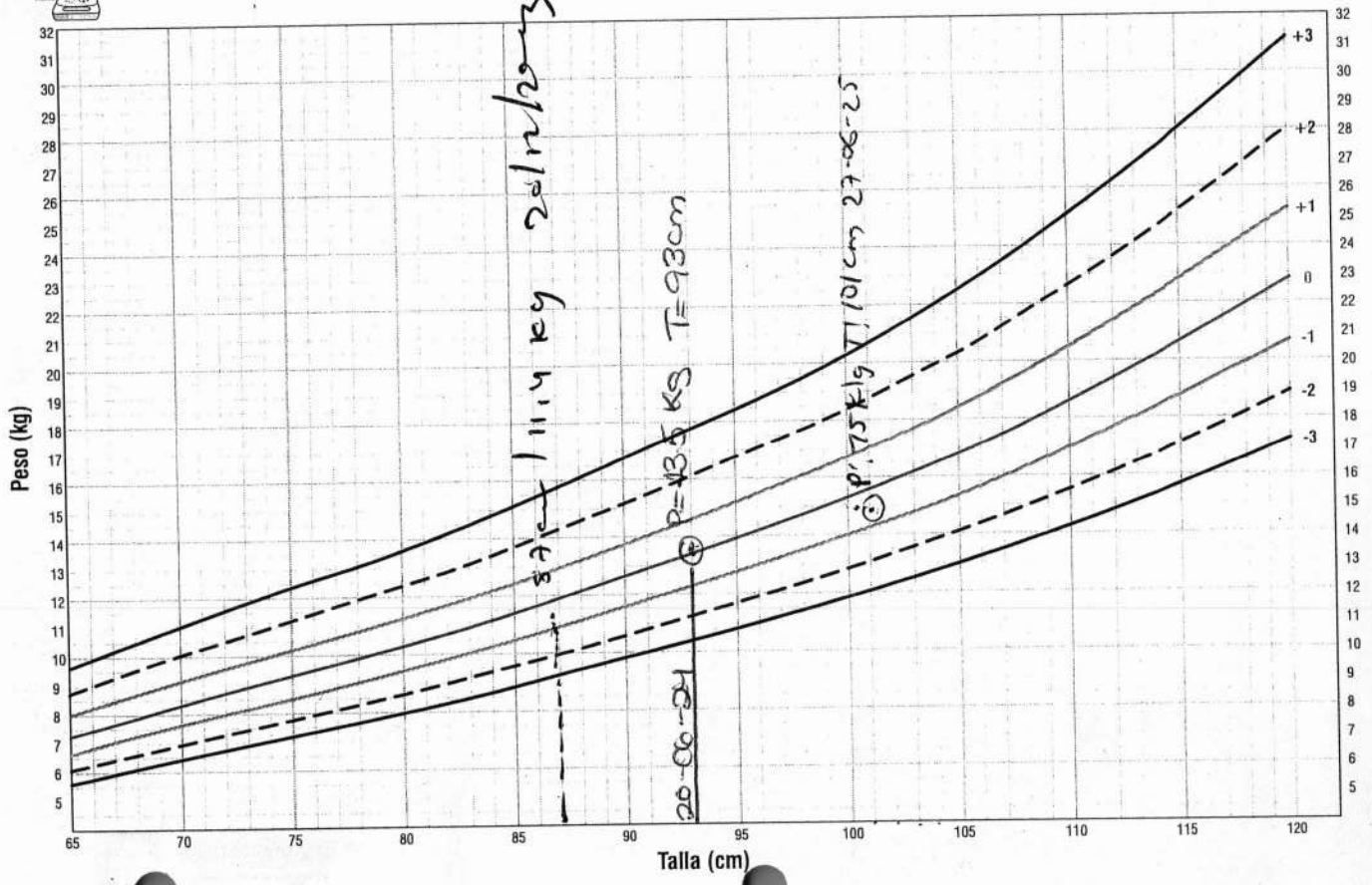
Peso para la Talla Niños

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

15

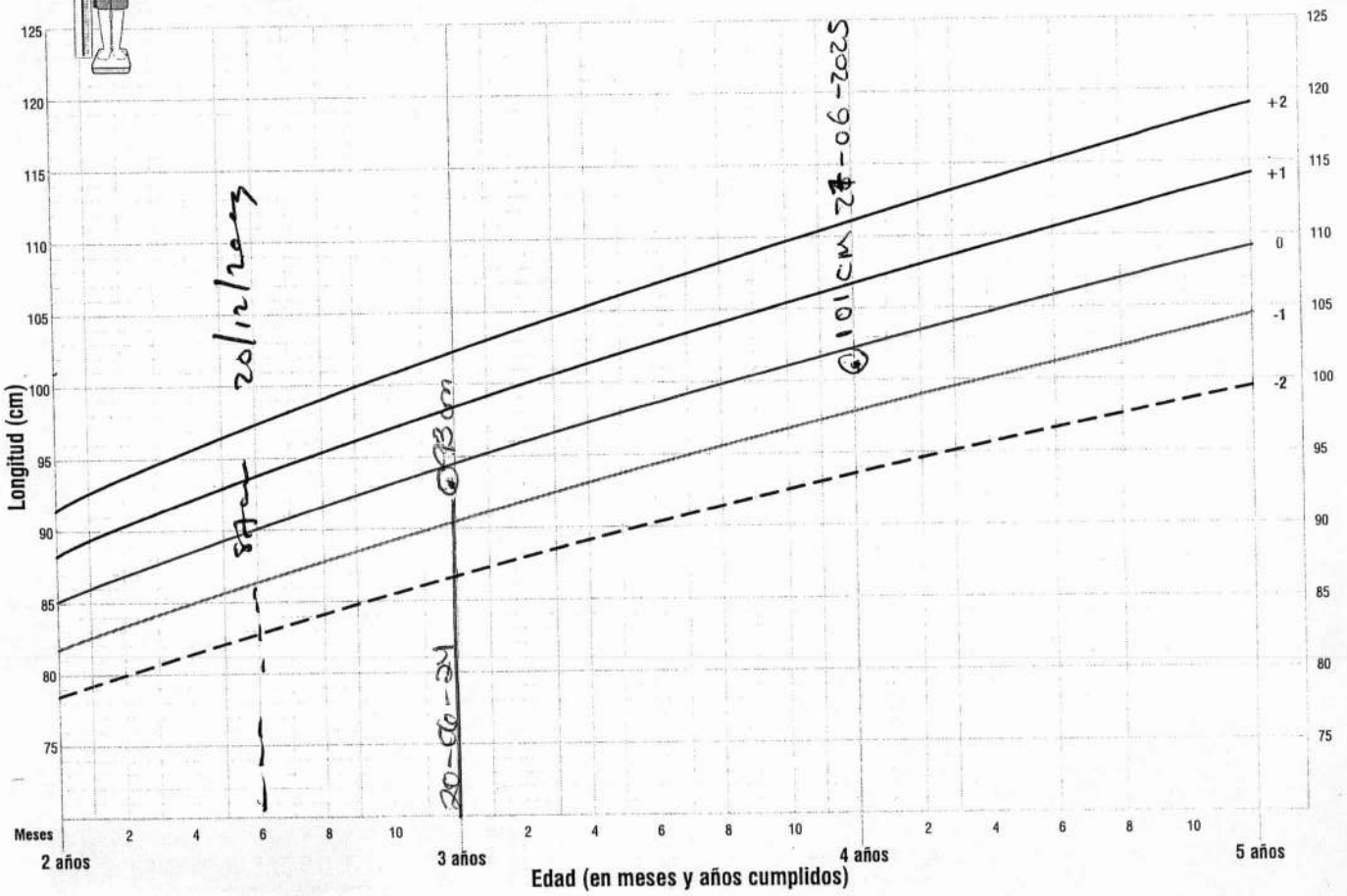
Talla para la edad Niños

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

Nombre: _____ Registro Civil: _____

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	20 6 21	Serum	0370G071	clinico pt40		Diono T
	Hepatitis B	Recién nacido	20 6 21	Serum	0320Y014A	Clinico pt40		Diono T
2 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
	Polio (Oral - IM)	1ª	24-08-21	Sanofi	2017004	HTO		Ana Leguizamo
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	24-08-21	Biolo	Biological	HTO		Ana Leguizamo
	Rotavirus	1ª	24-08-21	GSK	ASDNB3104	HTO		Ana Leguizamo
	Neumococo	1ª	24-08-21	GSK	ADEC774	HTO	cita. 24-oct-2021	Ana Leguizamo
4 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
	Polio (Oral - IM)	2ª	15-12-21	Sanofi	2019SC01	HTO		Ana Leguizamo
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	15-12-21	Biolo	2019CC035	HTO		Ana Leguizamo
	Rotavirus	2ª	15-12-21	GSK	AHCEC058	HTO		Ana Leguizamo
	Neumococo	2ª	15-12-21	GSK	ADENJ33U	HTO	cita	Ana Leguizamo
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.						15-Feb-2022	
	Polio (Oral - IM)	3ª	11-03-22	Serum	210SC01	HTO		Paola C.
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	11-03-22	Serum	2850X035A	HTO		Paola C.
	Influenza	1ª	26-8-22	Green	USC22003	HTO		
7 Meses	Influenza	2ª	10-10-22	Green	USC22008	HTO		Paola C.
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	26-5-22	Serum	U3CN133A	HTO		Sanly Martinez Aux. en Enfermeria Tel. 3122336922 CC. No. 1007728227
	Fiebre Amarilla	1ª	26-8-22	Fiocruz	LL1NFU12B	HTO		
	Neumococo	Refuerzo	26-8-22	GSK	ADPNB3ABA	HTO		Daniela Casanova Aux. en Enfermeria CC. No. 1007728227 Karen A
	Influenza	Anual	07-06-23	as	VJ0525001	HTO	Cita. 17 marzo 2023	
	Hepatitis A	ÚNICA	26-8-22	MSD	U26575	HTO		
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª Refuerzo	26-04-23	Serum	2851X40C	HTO		
	Polio (Oral - IM)	1ª Refuerzo	26-04-23	Serum	220012	HTO		
5 Años	Polio (Oral - IM)	2º Refuerzo						
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2º Refuerzo						
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo	26-04-23	Serum	031M096	HTO		
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª						
	VPH	2ª						
	VPH	3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis	Varicela	1d	26-8-22	Merck	U2633J	HTO		Sanly Martinez Aux. en Enfermeria Tel. 3122336922 CC. No. 1122336922
	SR	Rf	10-10-22	Serum	0122A016	HTO		

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.

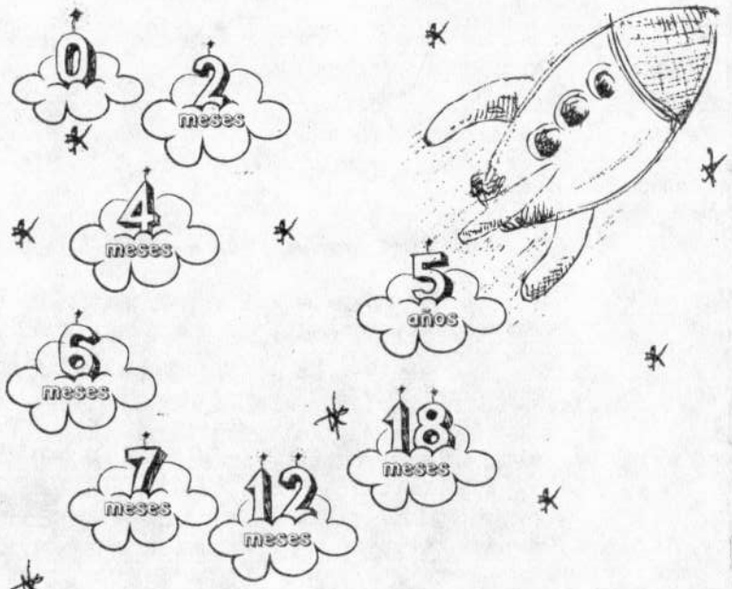
Valor reportado TSH:	
Fecha verificación:	
Profesional que verificó:	

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 hoy que protegerla hoy

de cero a siempre
ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

16

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

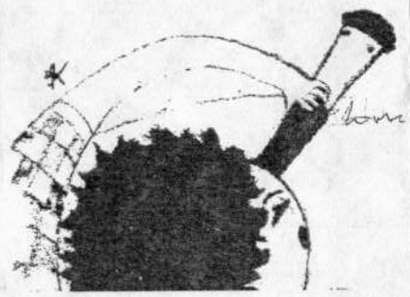
Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Loma chaque
Fecha de nacimiento: 20-06-21
Nº de certificado de nacido vivo: _____
Registro civil: 1223413754
Sexo: Masculino
Grupo sanguíneo: _____
Peso al nacer: 3080 38.6 cms
Dirección: _____
Teléfono: _____
Responsable: Yessica chaque
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 La Dorada FECHA: DÍA 28 MES 04 AÑO 25 HORA: 03:50 PM.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Liam Mathias APELLIDOS Romo Chacua

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ NÚMERO:

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 20 MES: 06 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) Por no disponibilidad de Biblioteca y reacción

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

EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD

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

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

En consecuencia, decido: **ACEPTAR:** _____ que se me aplique la vacuna. **NO ACEPTAR:** 4 que se me aplique la vacuna.

Firma de la persona: Yessica Chacua

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

Nombres YESSICA MARGOTH. Apellidos CHACA. SECUE.

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 1.122.336.318.

Firma: Yessica chacua

En caso de requerirse firma a ruego:

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

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

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

de _____

Firma del Rogado

Huella dactilar o plantar del Rogante

C.C. N°

C.C. N°

Nombres y apellidos del vacunador:

Firma

Tipo de Identificación: RC ☒ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 1

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HPTD

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Putumayo MUNICIPIO: Sibundoy

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.

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

JINA A. BELALCAZAR FLOREZ
Gerente

CARNET RIAS **PRIMERA INFANCIA**

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

Servimos con amor



Nombres y apellidos: Liam Mathias Romo Chaiva

Doc. de identidad: RC 1122437754 EPS: Nueva EPS

Teléfono: 3214770270 Domicilio: Nueva Esperanza

PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS			FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) ó AÑOS (A)												
			5 DIAS	1 M	2-3 M	4-5 M	6-8 M	9-11 M	12-17 M	18-23 M	24-29 M	30-35 M	3 A	4 A	5 A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico													
		Atención en salud por medicina general													
		Atención en salud por enfermería													
		Atención en salud bucal por odontología													
		Promoción y apoyo de la lactancia manterna													
PROTECCIÓN ESPECÍFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de fluor									11-Sep-2024				
		Profilaxis y remoción de placa bacteriana													
		Aplicación de sellantes (según criterio)													
	V	Vacunación													

Liliana Maribel Córdoba
HIGIENISTA ORAL
Res 00493 de 2017

ODONTOLOGÍA
Reg. 52-570

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 Liam Mathias Pomo chacua, identificado (a) con documento de identidad número 1122343754, 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, Yessica Margoth Chacua Secue, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1122336318, 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 Fundación 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: Yessica Chacua
Nombre: Yessica chacua
Calidad - Titular: Y Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3214770270
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

Yessica Chaca
Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Leidy Marcela Rincon
Agente educativa

Huella del niño/niña

Matias

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 37518-4	Pago oportuno hasta:	INMEDIATA	Mes Facturado
Factura Nro	2037042714	Suspensión a partir de:	INMEDIATA	MARZO 2025

1.Información General

Nombre:	JHONATAN ALEXANDER MARTINEZ MIRANDA									Último pago	$ 69,870
Dirección:	VDA NUEVA RISARALDA								Tuve servicio de energía entre:	18-FEB-2025 - 18-MAR-2025 (28)	
Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Área	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Código Tarifa	División Geopolítica
SM1	S103	273	1	RESIDENCIAL	URBANA	1	1.5	AEREA	EMPRESA	105	SAN MIGUEL - 9 DE ABRIL

Tipo de Documento	Fecha y hora de Emisión	Fecha y hora de Generación	Medio de Pago	Forma de Pago	Factura Electrónica de Venta
FACTURA DE VENTA	22/03/25	22-MAR-25	PAGO EN EFECTIVO	CONTADO	EEBP - 168250

2.Información Consumo Energía

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

2A.Información Medidor

Marca	Serial	Factor Múltiplo
HIK	17374896	1

2B.Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	3585	4000
Reactiva:		

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

2C.Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	127
Consumo Reactiva KVarh:	0
Costo del consumo $	131838.7
Tarifa (hasta 173 Kwh):	415.24
Subsidio: % 60 $	-79103.22
Contribución: % 0 $	0
Sub Total $	52735.48

Meses en deuda: 3 % Tasa Interés Moratorio: 0.5

2D.Consumo Últimos 6 Meses

	Mes	Activa	Reactiva
2024	SEPTIEMBRE	61	0
2024	OCTUBRE	59	0
2024	NOVIEMBRE	66	0
2024	DICIEMBRE	59	0
2025	ENERO	56	0
2025	FEBRERO	19	0
	PROMEDIO	53	0

2E.Información Calidad del Servicio

Tel. O.R EEBP: 01 8000 942415
Transformador: SLD121 Grupo: 22
DIUG: 30.24 FIUG: 19 Circuito: C14
Cargo D: 249.0104 Dscto %t: 20
CEC: 19.21
DIU: 85.67 FIU: 97
HC: 5.23 VC: 3
Valor a Compensar:

3.Información de Créditos EEBP

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

Gerente General

AVISO DE SUSPENSION

4.Detalle Conceptos del Servicio de Energía

Conceptos EEBP	Valor Liquidado	Saldo Anterior	Saldo a Favor o Anticipado	Total
ACTIVA SENCILLA MONOMIA	131,838.70	24,011.57	.00	155,850.27
SUBSIDIO	-79,103.22	.00	.00	-79,103.22
AJUSTE A SUBSIDIO	1,050.91	2,101.82	.00	3,152.73
RECARGO POR MORA	130.57	87.09	.00	217.66
AJUSTE A LA DECENA	3.04	.52	.00	3.56

5.Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP 80,121

6.Información Facturación Convenio Impuesto Alumbrado Públi

Sujeto Activo	Operador A.P.	Convenio No.	Dirección PQR	Valor Periodo	Saldo Ant.	Valor Total
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL	MUNICIPIO SAN MIGUEL	ACUERDO 008 31/08/2023	Cra 4 Cll 7 Esquina	3,768	881	4,649

7.Información Facturación Convenio Aseo y Alcantarillad

Concepto	Empresa	Dirección PQR	USO	Valor Tarifa	Subsidio o Factor Solidario	Cargo Consumo o Variable	Valor Tasa Ambiental	Saldo Anterior	Ajustes/Otros	Valor Total
Alcantarillado				0	0			0		0
Aseo*				6,000	0			12,000		18,000

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

8.Información Facturación Otros Convenios

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

Total EEBP	+ Total Impuesto Alumbrado público	+ Total Aseo y/o Alcantarillado	+ Total Otros Convenios	= Debo pagar en Total
80,121	4,649	18,000	0	$ 102,770

CUFE: 3c74822ac186b3325e2b5d5148521543d05c8a70a43f4cf3ce35aee730119ec394402c94ab453fc961f2

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

Prepagados Tecnologías disponibles en EAS SITIO RECARGA 3 Pedernal Este

E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA
NIT. 846.002.309-9

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

Mi prioridad es tu salud



Nombres y Apellidos: Lian Mathias Romo Chacua

Doc. de Identidad: 1122343754

EPS: Nueva EPS

Teléfono: 3214770270

Domicilio: Vereda la 4

		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							proximo	control			20-junio 2025		
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor											4-abril 2025		
		Profilaxis y remoción de placa													
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	>	Vacunación													

Yuly Vanessa Correa Rodriguez
ENFERMERA PROFESIONAL
C.C. 1094929731

Aplicada vacuna 20/20 normal 27-6-2025

Tiene cita el 4-10-2025 proximo control

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 2

NOMBRES Y APELLIDOS	PESO	TALLA	PERIMETRO BRAQUIAL	CLASIFICACION NUTRICIONAL	FECHA	REMITIDO SI/NO	OBSERVACIONES	FIRMA DEL RESPONSABLE
Liam Mathias Romo Chacua	14,7	98	15	Peso adecuado Para la talla	13/05 2025	Si	No se continua con Seguimiento debido a que ya se encuentra Adecuado Para talla	

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 26

Ciudad San Miguel - la dorada - ptyo

Nombre completo de la niña o niño Liam Mathias Romo chacua

Fecha de nacimiento Día 20 Mes 06 Año 2021 **N° Documento de Identidad** 1122343754

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

hijo # 2

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Leidy Marcela Rincón E

Fecha de registro cualitativo 03 07 2025

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

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

Observaciones generales

Mathias participa activamente en actividades fisicas, corre, salta y mantiene el equilibrio. Se muestra seguro al trepar, lanzar y recibir objetos y disfuta juegos de movimientos al aire libre.

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 3 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

Matias le gusta inventar y compartir juegos con los demas, donde se implique movimiento, disfruta jugar al aire libre, interactua con sus compañero y resuelve pequeño conflictos sin la ayuda del adulto.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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

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

Observaciones generales

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

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

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

higiene oral
04/10/2025

BIENESTAR FAMILIAR

28 R/V

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Matias Romo **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)
Miercoles 01-10-25	Al realizar la verificación de las carpetas se constato que el niño tiene pendiente por gestiona la cita de higiene programada 04/10/25, se informa con tiempo a la madre de familia para que realice la gestion pertinente y aseguricar que el niño cuente con la atención de higiene oral.	la madre de familia manifesto que realizara la respectiva gestion de higiene oral y le informara a la agente educativa para cuando queda programada la cita.	Marcela R.	Jessica Chalwa

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
Martes 14-10-25	La madre de familia gestiono la cita de higiene oral y llevo el niño el dia lunes 6/10/2025 y trae la fotocopia al CDI y la agente educativa realiza la respectiva actualizacion de los documentos de la carpeta. Yanela R. * Yessica Chacua

BIENESTAR FAMILIAR

29 R/L

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Mathias Romo chacua **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 26-8-2025	El dia de hoy el niño ingreso con un golpe visible en su frente Al indagar sobre lo sucedido, el niño manifesto que la causa del golpe fue una caida en casa.	La agente educativa llama a la madre de familia para que se acerque al CDI a firmar la novedad y se le recomienda la proxima vez informar.	Marcela Rincon	Jessica Chacua

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
26/08/2025	Posteriormente al reporte de agente educativo se recibe a madre de familia en las instalaciones del CDI con el fin de indaga los hechos dentro del hogar los cuales ocasionaron el golpe en la parte de la frente del niño. Comenta la madre que en medio de juego el niño se tropieza con alfombra y cae. Se verifica que el niño se encuentre bien y se realizan recomendaciones de salud y la sensibilizacion a madre con el fin de cuidar la salud y bienestar del menor. Asi mismo informa cualquier situación que se presente dentro del hogar o fuera. Se hace firmado de desentimiento de actuacion de Poliza de seguro. Marcela Mosquera. Apoyo Psicosocial. Jessica Charca
27/08/25	Se verifica dentro de la salita que el niño se encuentra en adecuadas condiciones de salud físicas y emocionales integrandose adecuadamente con sus pares. La zona del golpe se encuentra sin inflamacion y ningun otro signo de alarma. Marcela Mosquera. Apoyo Psicosocial. Jessica Charca

Fundación
Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

ACTA DE DESISTIMIENTO DE ACTIVACIÓN DE POLIZA DE SEGURO

Yo Yessica Margoht Chava con cedula de ciudadanía N° 1122336318, responsable del niño (a) Liam Mathias Romo identificado con número de identidad _____, quien se encuentra vinculado a la unidad de servicio CDI FRONTERAS DE PAZ, pongo en conocimiento mi voluntad de desistir de la activación de póliza de seguros frente al accidente ocurrido el día de hoy 26/08/2025.

En constancia de lo anterior se firma la presente, en San Miguel Putumayo a los (26) días del mes de Agosto del 2025.

QUIEN DESISTE

Nombre: Yessica Chava
C.C: 1122336318
DIRECCION: Vereda Risaralda
TELEFONO: 3214770279

ENCARGADO DE LA UDS

Nombre: Edith Meneses
C.C: 1085262160
DIRECCION: San Miguel
TELEFONO: 3128735992