Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:
BRIAN ALEXANDER MORALES PANTOJA

N° DOCUMENTO: 1122343567 **TIPO DOCUMENTO:** RC X CC ___ OTRO ___
FECHA DE NACIMIENTO: 06-12-2020 **EDAD:** 4 AÑOS 3 MES
LUGAR DE NACIMIENTO: Pasto Nariño

NOMBRE DE LA UDS: C.D.I Fronteras de paz
CODIGO UDS: 8675711269 **BARRIO/VEREDA:** B/ 1 de agosto
FECHA DE INGRESO: 7-04-2025 **FECHA DE RETIRO:** ___

SISBEN: A3 **EPS:** Emssanar **RÉGIMEN (C)** ___ **(S)** X
DESPLAZADO: SI X **NO** ___ **DISCAPACIDAD: SI** ___ **NO** X **¿CUAL?** ___
GRUPO ETNICO: SI ___ **NO** X **¿CUAL?** ___
GRUPO AFROCOLOMBIANO: SI ___ **NO** X **¿CUAL?** ___
NOMBRE DE LA MADRE: Adriana Elisabeth Pantoja
N° CÉDULA: 1122341557 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Miguel
NOMBRE DEL PADRE: ___
N° CÉDULA: ___ **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** ___
N° DE CELULAR: ___
NOMBRE DEL ACUDIENTE: Adriana Elizabeth Pantoja
N° CÉDULA: 1122341557 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Miguel
DIRECCIÓN VIVIENDA: V/ San Juan Bosco **ZONA POBLACIONAL: (R)** X **(U)** ___
NUMERO DE CELULAR 3228144053

FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO

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: 01 | 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: 1122343567

Fecha nacimiento: 06 | 12 | 2020

Nombres: Brian Alexander **Apellidos:** Morales Pantoja

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 ( ) 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:** San Juan Bosco.

Sector: _____ **Dirección:** Diogonal a la escuela.

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:** _____

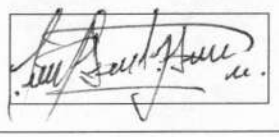
Número de documento: 1122 341557

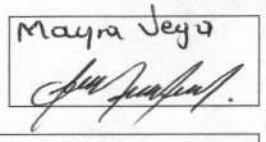
Nombres: Adriana Elisabeth **Apellidos:** Pantoja Mafla **País de nacimiento:** Colombia **Fecha nacimiento:** 24 | 5 | 1996

Correo electrónico: pantoja24elisabeth@gmail.com **Número de celular:** 3228144053 **Número de fijo:** _____

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

Autoriza el registro en sistema?: (X) Si ( ) No
https://prematricula.icbf.gov.co

Nombre y Firma del padre, madre y/o cuidador: 

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Mayra Vega 

Observaciones: _____

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO
Número: **N** 1220458

NUIP 1.122.343.567

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco X

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
MORALES PANTOJA BRIIAN ALEXANDER

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)			Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año 2020	Mes DIC	Día 06	MASCULINO	

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

Fecha de Inscripción (Mes en letras)			Indicativo serial
Año 2020	Mes DIC	Día 15	0059304294

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
PANTOJA MAFLA ADRIANA ELISABETH

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.122.341.557	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
MORALES ROSERO LUIS EDUARDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.122.341.535	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
MORALES ROSERO LUIS EDUARDO

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.122.341.535

Espacio para notas
VALIDO PARA TRAMITES LEGALES Y CIVILES

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio	Código
COLOMBIA PUTUMAYO SAN MIGUEL(LA DORADA)	X624

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)			Nombre y firma del funcionario
Año 2020	Mes DIC	Día 15	ROY EDISON CALLE QUIRAMA Registrador del Estado Civil

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.122.341.557

PANTOJA MAFLA
APELLIDOS

ADRIANA ELISABETH
NOMBRES





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 24-MAY-1996
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

29-MAY-2014 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-6401800-01013196-F-1122341557-20180607 0061498968A 1 9904460393

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta:	26/03/2025
Ficha:	86757674952700004582

A3

GRUPO SISBÉN IV

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: BRIIAN ALEXANDER

Apellidos: MORALES PANTOJA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122343567

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:	18/05/2023
Última actualización ciudadano:	18/05/2023
Última actualización vía registros administrativos:	02/04/2024

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

A1→A5 Pobreza extrema | B1→B7 Pobreza moderada | C1→C18 Vulnerabilidad | D1→D21 No pobre ni vulnerable

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:	MARIA ZORAYDA LINARES MONTERO
Dirección:	Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libertad
Teléfono:	4210537 - 3213138790
Correo Electrónico:	sisben@sanmiguel-putumayo.gov.co

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEducación - Ministerio de Educación
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ICETEX
- Minsalud - Ministerio de Salud
- RNEC - Registraduría Nacional del Estado Civil
- Migración Colombia

- ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
- ANT - Agencia Nacional de Tierras
- FINAGRO - Fondo para el Financiamiento del Sector Agropecuario
- ICBF - Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
- UARIV - Unidad para las Víctimas
- DNP- Departamento Nacional de Planeación

* Actualización según literal D del Artículo 4 de la Ley 1581 de 2012, y el Artículo 22 del Decreto 1377 de 2013.

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	1122343567
NOMBRES	BRIIAN ALEXANDER
APELLIDOS	MORALES PANTOJA
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	21/12/2020	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 09/13/2025 14:08:42 **Estación de origen:** 192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como

emssanar EPS
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 1122343567
Apellidos:	MORALES PANTOJA
Nombres:	BRIIAN ALEXANDER
Ficha Sisben:	86757674952700004582
Nivel Sisben:	Nivel I
Grupo Sisben	A03
Tipo de discapacidad:	Ninguna
Plan de salud:	Régimen Subsidiado
Estado de servicio:	Vigente
Fecha de Afiliación:	08/03/2021
Departamento de Afiliación:	PUTUMAYO
Municipio de Afiliación:	SAN MIGUEL
Zona:	Rural - Dispersal

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

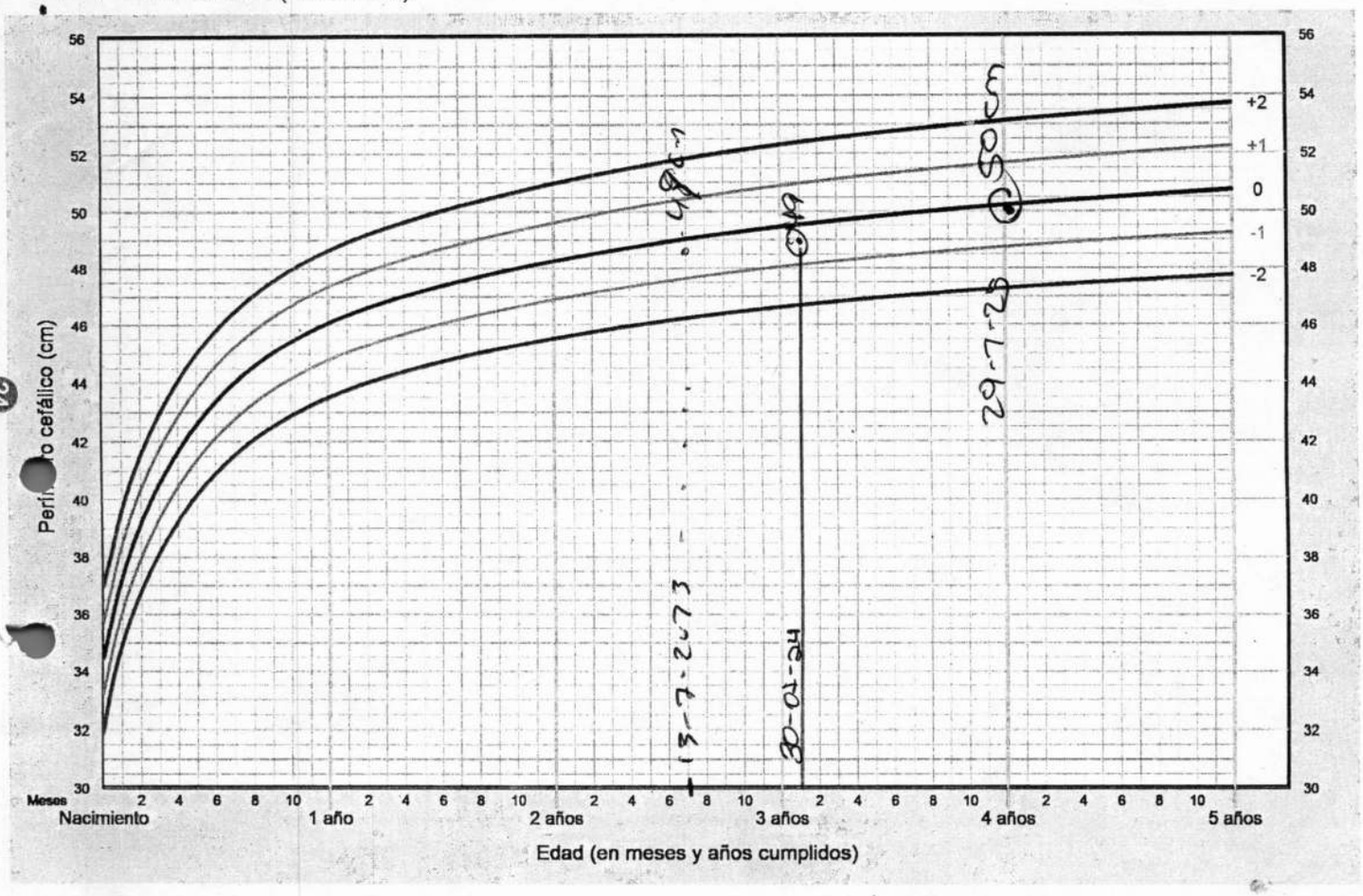
En constancia se firma el 13 de Abril de 2025 a solicitud del interesado.

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.

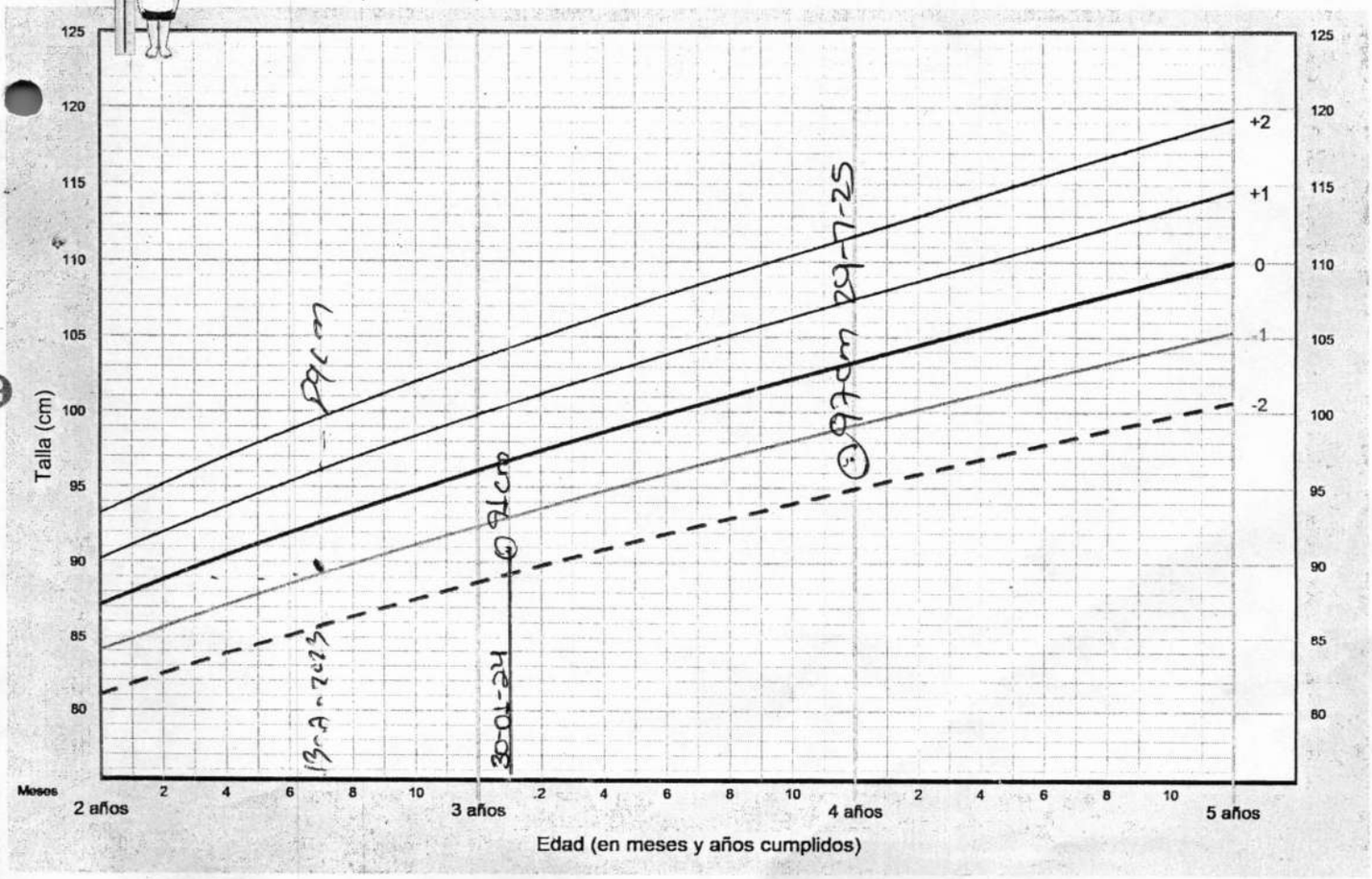
Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)



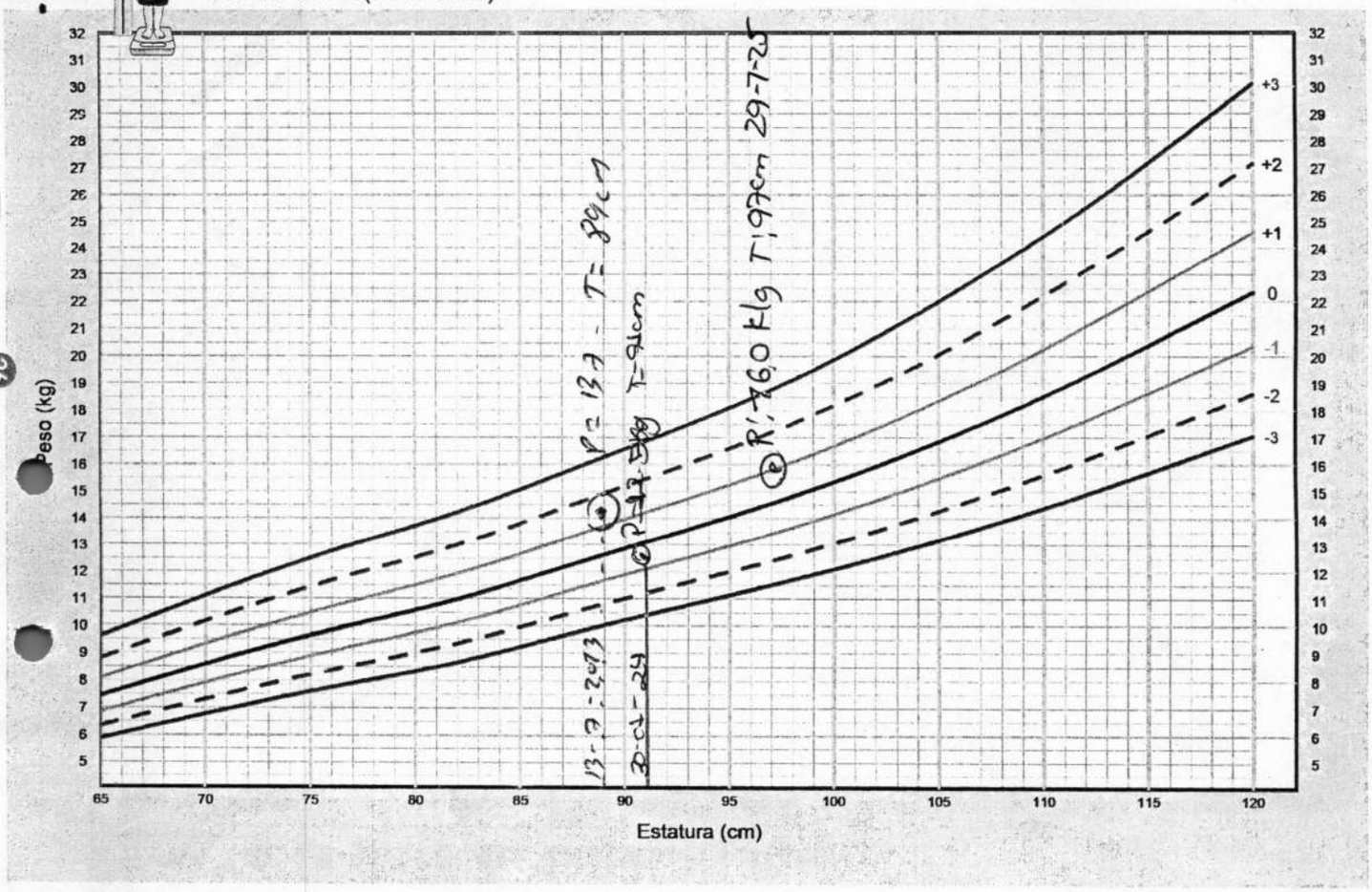
Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5años)



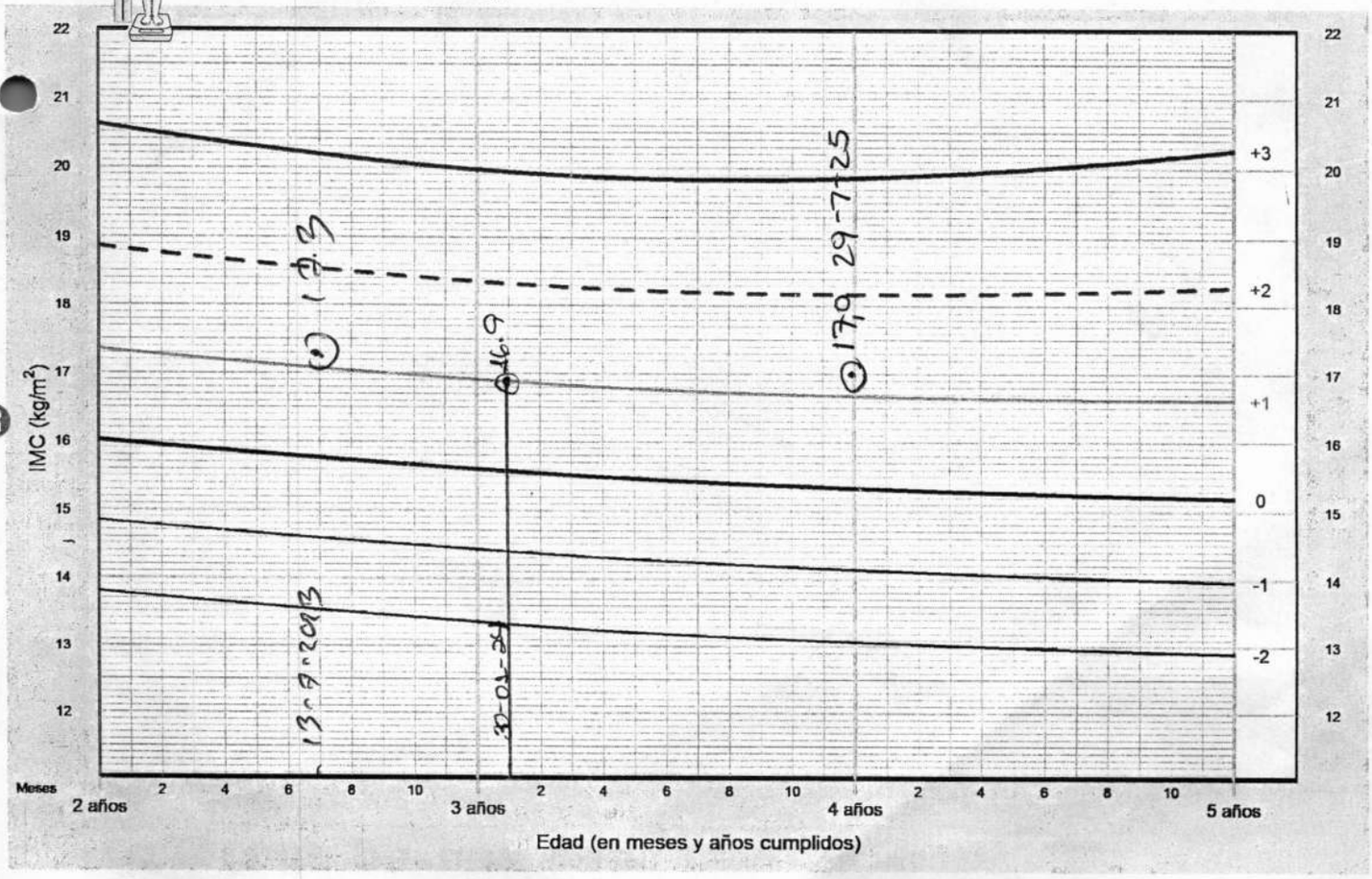
Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ	
				SI	NO
13	07	2023	7:30am Enf	SI	
30	07	2024	Medico	SI FC: 30-04-24	
06	12	2024	Enf.		
29	Enero	2025	Enfer	SI V/Milenq C-	
06	Diciembre	2025	Medico		

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

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

Mi prioridad es tu salud



Nombres y Apellidos: Brian Alexander Morales Pantoja

Doc. de Identidad: 1122343567 EPS: Emssanar

Teléfono: 3228140053 Domicilio: V/San Juan Bosco

		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												29-1-2025	
		Atención en salud por Odontología							Proximo control 06 Diciembre 2025						
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECÍFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor													
		Profilaxis y remoción de placa													
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	V	Vacunación													

Lizeth Jiménez Trujillo
Enfermera Profesional
Reg 23083
Universidad de Caldas

Agudeza Visual 20/20 Normal 29-1-2025

13
R/V

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

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

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

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

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega			
2.ª entrega			
3.ª entrega			

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

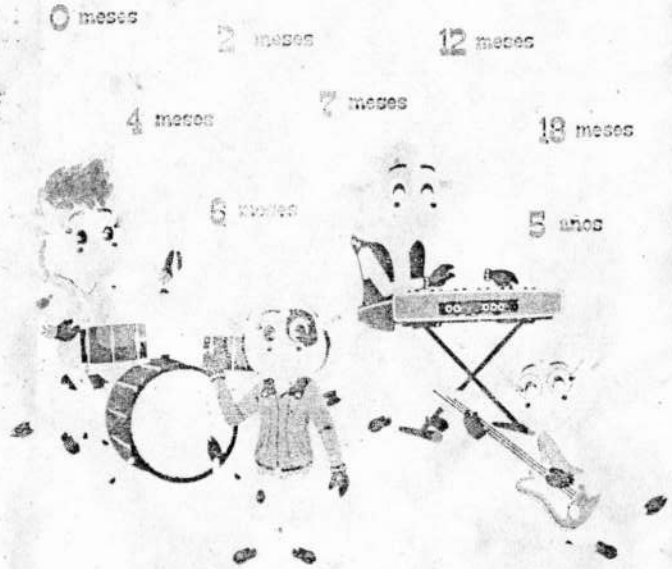
3 años					
4 años					
5 años					

*Menor o igual a 20 normal

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

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

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



Ministerio de Salud y Protección Social

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

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Brian Alexander Morales

Fecha de nacimiento: 06 - 12 - 2020

Nº de certificado de nacido vivo:

Registro civil: 1122343567

Sexo: Masculino

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: Talla:

Dirección:

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Responsable:

Municipio de residencia: San miguel.

Departamento: Putumayo

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Población objetivo en todo el territorio departamental

- Población infantil de 6 a 23 meses de edad
- Gestantes a partir de la semana 14 de embarazo
- Población mayor de 60 años
- Población con diagnóstico de riesgo de 24 meses a 59 años
- Talento Humano en Salud - Asistencial

: No. ID:

Edad	Me protege de		Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién nacido				Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
	Tuberculosis meningea (BCG)		Única	06	12	20	Serum	0379165	Pasto				Diana. V
	Hepatitis B		Recién nacido	06	12	20	Serum.	0320Q06 2B	pasto				Diana V
2 meses				Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
	Poliomielitis (VIP)		1.ª	05	02	21	Bido	R32891V					
	PENTAVALENTE	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	05	02	21		2859Y032B					
		Hepatitis B	1.ª	05	02	21	serum		HFLD				Karen Achicanoy
		Difteria , tosferina y tétano (DPT)	1.ª	05	02	21							
	Diarrea por rotavirus		1.ª	05	02	21	GSK	ARO LC796 AA					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo		1.ª	05	02	21.	GSK.	ASPNB272 BA					
4 meses				Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
	Poliomielitis (VIP)		2.ª	06	04	21	Bido	2017004A					
	PENTAVALENTE	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	06	04	21		2859Y021 B					
		Hepatitis B	2.ª	06	04	21	serum		HFLD.				Karen Achicanoy
		Difteria , tosferina y tétano (DPT)	2.ª	06	04	21							
	Diarrea por rotavirus		2.ª	06	04	21	GSK	ARO LC796 AA					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo		2.ª	06	04	21	GSK.	ASPNB308 BA					
6 meses				Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
	Poliomielitis (VIP)		3.ª	11	06	21	Biological	2017004A					
	PENTAVALENTE	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	11	06	21		2859Y018D	HFLD.				Paly Guerrero
		Hepatitis B	3.ª	11	06	21	serum.						
		Difteria , tosferina y tétano (DPT)	3.ª	11	06	21.							
	Influenza estacional		1.ª	02	07	21	Green	V3C13 1V	HFLD				Angelgarda.
7 meses	Influenza estacional		2.ª	10	08	21	Green	V3C13 1V	HFLD				Paula
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)		1.ª	04	02	22	Serum	0730N121A	HFLD				Saoly M
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo		Refuerzo	04	02	22	GSK	ASPNB315 BA	HFLD				Saoly M
	Varicela		2.ª	04	02	22	MSD	V019226	HFLD				Saoly M
	Hepatitis A		Única	04	02	22	Merck	V00871 6	HFLD				Saoly M.
	Influenza estacional		Anual				Solo hasta los 6 meses Perdida						
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)		1.er refuerzo	24	01	24	Bido	22 33 CC1	HFLD				Paula C
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)		1.er refuerzo	24	01	24	Serum	2522 CCJ B	HFLD				Paula C
	Fiebre amarilla		Única	04	02	22	Sanofi	I3624 1V	HFLD				Saoly M
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)		2.º refuerzo	12	07	23	Serum	0731N071A	HFLD				Kerly J.
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)		2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)		2.ª	12	07	23	Serum	0132NO71A	HFLD.				PAULA C.
	Varicela		Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)		1.ª										
			2.ª										
			3.ª										
Vacunas complementarias y otras dosis													

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir las niñas y los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan 2 años, se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.

San Miguel (la dorada Putumayo)- 31 mayo 2025

Señora:

PAULA CHATES

Coordinadora local del centro de desarrollo infantil frontera de paz

Cordial saludo:

Yo Adriana Pantoja Identificada CC 1122341557 madre del niño (a)
Alexander Morales identificado con RC 1122343567

Manifiesto por medio de este oficio que mi hijo (a) no cuenta en el esquema de vacunación con el bilógico de la influenza anual (estacional) por motivo que esta dosis llega cada año, a partir del mes de abril y mayo, y en el momento que debía hacerle aplicar este biológico no estaba disponible, en el hospital me informaron que el niño (a) ya había perdido esta dosis, solo la aplican a niños y niñas a partir de los 12 meses hasta los 22 meses. y el niño tiene 4 años

Atentamente:

Cc 1.122 341 557

Celular: 322814 4053.

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 21 MES 04 AÑO 25 HORA: 7:48 Am

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Brian Alexander APELLIDOS Morales Pantoja

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ NÚMERO: 7722343567

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 6 MES: 12 AÑO: 20 / EDAD: 4 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE EmSsanar Tele°. 320

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

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

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

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

Miedo a la Reacción

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

EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD

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

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

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

Firma de la persona: _____

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

Nombres _____ Apellidos _____

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

Firma: _____

En caso de requerirse firma a ruego:

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

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

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

de _____

Huella dactilar o plantar del Rogante

Firma del Rogado

C.C. N° _____

C.C. N° _____

Nombres y apellidos del vacunador: Isabel Arias Erazo

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

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HTLD

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.

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

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

Mi prioridad es tu salud



Nombres y Apellidos: Dorian Alexander Morales
Doc. de Identidad: RC 1123413567
EPS: Emssanar
Teléfono: 3228536903
Domicilio: V/San Juan Bosco

		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													
		Atención en salud por Odontología													
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor												10-02-2025	
		Profilaxis y remoción de placa												10-02-2025	
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)												10-02-2025	
	>	Vacunación													

LILIANA MARIBEL CORDOBA
AUX. EN SALUD ORAL
RES. 8600493-2018

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

Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Agente educativa

Brian Morales.

Huella del niño/niña

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 Brian Alexander Morales Pantoja, identificado (a) con documento de identidad número 1122343567, 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, Adriana Elisabeth Pantoja, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1122341557, 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 d vida, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa Institucional

Suscriben:

Firma: _____
Nombre: Adriana Pantoja.
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3228149053
Fecha: 7-04-2025
Municipio: San Miguel

COPIA NO CONTROLADA

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 22586-9	Pago oportuno hasta:	INMEDIATA	Mes Facturado
Factura Nro	2037063641	Suspensión a partir de:	INMEDIATA	MARZO 2025

1.Información General

Nombre:	WILSON RUBEN PANTOJA REVELO										**Último pago**	$ 11,070
Dirección:	VDA SAN JUAN BOSCO									Tuve servicio de energía entre:	08-FEB-2025 - 11-MAR-2025 (31)	
Ciclo	**Ruta**	**Orden**	**Estrato**	**Tipo de Uso**	**Área**	**Nivel de Tensión**	**Carga Instalada**	**Tipo de Red**	**Propiedad de Activos**	**Código Tarifa**	**División Geopolítica**	
SM4	S402	77	1	RESIDENCIAL	RURAL	1	.6	AEREA	EMPRESA	105	SAN MIGUEL - VEREDA SAN JUAN BOSCO	

Tipo de Documento	Fecha y hora de Emisión	Fecha y hora de Generación	Medio de Pago	Forma de Pago	Factura Electrónica de Venta
FACTURA DE VENTA	25/03/25	26-MAR-25	PAGO EN EFECTIVO	CONTADO	EEBP - 180752 0

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
HOL	00040409620	1

2B.Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	17144	17052
Reactiva:		

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

2C.Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	92		
Consumo Reactiva KVarh:	0		
Costo del consumo $	95505.2		
Tarifa (hasta 173 Kwh):	415.24		
Subsidio: %	60	$	-57303.12
Contribución: %	0	$	0
Sub Total $	38202.08		

Meses en deuda: 2 % Tasa Interés Moratorio: 0.5

2D.Consumo Últimos 6 Meses

Mes	Activa	Reactiva

2E.Información Calidad del Servicio

Tel. O.R EEBP: 01 8000 942415
Transformador: SSJ162 Grupo: 32
DIUG: 95.56 FIUG: 36 Circuito: C14
Cargo D: 249.0104 Dscto %t: 20
CEC: 85.6
DIU: 136.51 FIU: 98
HC: 0 VC: 1
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 SUSPENSIÓN

4.Detalle Conceptos del Servicio de Energía

Conceptos EEBP	Valor Liquidado	Saldo Anterior	Saldo a Favor o Anticipado	Total

5.Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP

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	1,211	1211	2,422

7.Información Facturación Convenio Aseo y Alcantarillad

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

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

8.Información Facturación Otros Convenios

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

Total EEBP	+ Total Impuesto Alumbrado público	+ Total Aseo y/o Alcantarillado	+ Total Otros Convenios	= Debo pagar en Total
	2,422	0	0	$ 79,820

CUFE: [redacted]d3306f969e84cc1a82a7de78383ae431ff184ad5f8b20db96509f55f6b8c5cd19331ec86a7ae724be7fe65105433

(415)7709998005532(8020)100020370636419 9(3900)0000079820(96)20250421

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

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

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

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

23 R/V

1

Ciudad La Dorada San Miguel.

Nombre completo de la niña o niño Briian Alexander Morales Pantoja H1

Fecha de nacimiento 6 12 2020 **N° Documento de Identidad** 1122343567

Sexo Masculino ⊗ Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** Día 1 Mes 4 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Mayra R Vega

Fecha de registro cualitativo Día 2 Mes 7 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

Briian es respetuoso con sus compañeros, le gusta trabajar en grupo y expresa lo que le gusta o disgusta. Así mismo es atento ante la lectura de un cuento. atendió siente curiosidad de lo que observa en su entorno. como los animales y el estudo climatico. se continuará con las actividades planteadas.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Mayra R. Vega.

Fecha de registro cualitativo Día 2 Mes 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 Briian le gusta participar en los juegos imaginativos (como a la casita o a los superhéroes.) y juega de forma cooperativa. y ayuda a resolver pequeños conflictos en el juego. reconoce algunos colores. y formas. se continuará con las actividades pedagógicas planteadas.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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

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

Observaciones generales

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

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

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Brian Morales. **UNIDAD DE ATENCIÓN:** jardin 2 **AGENTE EDUCATIVO:** Hayra Vega

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 1-4-2025

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
5-12-2025	se realizo revision de carpeta del niño la cual tiene cita de control y crecimiento y valoracion ya que ya cumplio los 5 años. se dio a conocer a la madre para que saquen cita.	la madre expreso que hoy fue pero que no habia citas para control y crecimiento. y la vacuna que le llene es hasta de la tarde. expreso la vacunadora.	Jacqueline	Adriana Pantoja.

25
R/V

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Brian Morales. UNIDAD DE ATENCIÓN: Jardín 2. AGENTE EDUCATIVO: Mayra Vega

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 1-4-2025

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)
25-11-2025	la madre llamo a las 8am manifestando que el niño no asiste por motivo que amaneció con mucha tos y fiebre.	se le recomendo a la madre que lo lleve al medico		Adriana Cortes

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	26 el niño asiste sin novedad

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Brian Morales. UNIDAD DE ATENCIÓN: Jardín 2 AGENTE EDUCATIVO: Maya Vega

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 1-4-2025

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)
3-10-2025 22-10-2025	se realizo llamado de asistencia donde se observo que el niño no asistio al cdi.	se realizo la llamada donde la madre expresa que el niño la dejo con la tia ya que ella tenia que viajar a una cita medica. ella le pidio a la tia que lo traiga. y por motivo de la lluvia no lo trajo expresa la tia a la madre.		Adriana Pantoja

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	6 - 10 - 2025 el niño asiste normalmente al CDI

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Brian A. Morales. **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Jardin 2. **AGENTE EDUCATIVO:** Hayra Vega

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)
12-sep-2025	Se realiza llamado a lista y se encuentra que el niño hoy no asistio a las atenciones en el CDI.	Se realiza llamada telefonica para conocer la inasistencia, sin embargo la mamita no contesta el telefono. En horas de la tarde nuevamente se realizara llamada.		Adriana Pantoja

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	15-9-225 el niño sigue normoreactor en la visual.

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

Fundación Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Brian A. Rodriguez **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Jardin 2 **AGENTE EDUCATIVO:** Mayra Vega

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 1-4-2025

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)
28-7-2025.	Agente educativa realiza la llamada a las 8:10am la cual no fue posible contactarse con la madre.	Se realizara la llamada en horas de la tarde. además se deja un mensaje por whatsap con el fin de saber el motivo de la inasistencia del niño el día de hoy.		Adriana Pantoja
13-8-2025.	La madre llamo a las 7:20 am manifestando que ella se lastimo el pie por ese motivo el niño no asiste porque no tiene quien se lo traiga al CDI.	Se le recomendo a la madre que se apoye de su red familiar.		Adriana Pantoja

BIENESTAR FAMILIAR

SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO

28-7-2025: La madre del niño envia un mensaje de texto por medio whatsap manifestando que el niño amaneció con mucha tos, y gripa por esa razón no asiste a la unidad.

29-7-2025. La madre llama a las 6H50 am manifestando que el niño amaneció con diarrea y segun como seguia lo llevaba al medico. pero se le recomendo que lo lleve por urgencias

30-7-2025. el niño asiste a la unidad sin novedad de gripa, además comparte y disfruta la compañia de sus compañeros.

14-8-2025 el niño asiste ala unidad sin ninguna novedad.

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Brian Alexander Morales **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Jardin 2 **AGENTE EDUCATIVO:** Mayra Vega

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 1-4-2025

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	SEGUIMIENTO	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
12-6-2025.	la madre solicita permiso por medio de whatsap. manifestando que el niño amaneció con dolor de estomago	se le recomendo a la madre llevarlo al medico.	El 13 de junio el niño asistio al CDI sin novedad de dolor Además la madre manifesto que si presenta dolor de estomago que la llame. para recogerlo		Adriana Pantoja.
4-7-2025	La madre llamo a las 8:00am manifestando que el niño no asistira porque amaneció con diarrea. y segun como siga lo llevara al medico.	se le recomendo a la madre que lo lleve al medico que no lo automedique.	7-7-2025 el niño asiste a la Unidad sin presencia de diarrea, además la madre manifesto que si presenta diarrea que la llame para recogerlo.		Adriana Pantoja.

30
P/N

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Brian Alexander Morales **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Jardin 2 **AGENTE EDUCATIVO:** Mayra vega

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

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	SEGUIMIENTO	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
27/05/2025	Niño que es remitido a salud y nutrición por agente educativa por diagnostico de amigdalitis aguda.	Salud y nutrición se comunica con la madre para conocer el estado de salud del niño y brindar acompañamiento la madre refiere que lleva al niño a urgencias por dolor de garganta y es diagnosticado con amigdalitis.	la madre refiere que el niño tiene tratamiento médico de nebulizaciones. y el niño se encuentra en la casa y ha presentado mejoría. y le -Amoxicilina está dando cada 8 horas -Acetaminofén -Nistatina	nutricionista	
30-05-2025					

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
30/05/2025	El personal de salud y nutricios se comunica con la madre para conocer el estado de salud del niño donde menciona que Brian Alexander Morales continúa con el problema de tos, ayer lo llevó que lo cuiden en casa estos días y lo traigan el martes. Nutricionista

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

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
3-06-2025.	Para los días 31 de mayo y 1, 2 de junio se realiza seguimiento por medio de llamada telefonica a la madre de familia, donde refiere que el niño se encuentra mucho mejor y que sigue las recomendaciones medicas, y que en este momento se encuentra en una vereda. Se realiza llamada a la madre de familia, para saber como sigue el niño de su estado de salud y si fue el motivo por el cual el niño no asistio al dia de hoy; lo cual la madre refiere que el día de hoy no fue posible por que estaba en una finca y por la lluvia no quizo exponer al niño y volviera a presentar sintomas de gripa.
4-10-2025	el niño asiste a la unidad de atencion. a simple vista el niño se encuentra bien de su estado de salud, no presenta gripa ni fiebre. el niño rie, juega e interactua con sus pares. Apoyo psicosocial.

32
4/V

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Brian A. Morales. **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Jardín 2 **AGENTE EDUCATIVO:** Mayra V.

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 1-4-2025.

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)
3-6-2025	la madre llamo a las 8Ho am donde manifesto que el niño no asiste ya que esta en la finca de la mamá y no alcanza a llegar al pueblo y ademas el esta lloviendo mucho y no tiene capa ni gorbrilla.	se le recomendo a la madre que se apoye de su red familiar para que el niño pueda asistir. 4-6-2025 el niño asiste a la unidad. sin novedad de gripa nitos, además expreso la mamá que si presenta fiebre o tos que la llame.		Adriana Pantoja.

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
4-6-2025.	El niño asiste a la unidad sin novedad de gripa o tos ademas la madre expresa que si presenta fiebre o mucha tos. que la llame para recogerlo.

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Brian A. Moroler UNIDAD DE ATENCIÓN: Jardin 2 AGENTE EDUCATIVO: Mayra Vega.

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 1-4-2025

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	SEGUIMIENTO	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
26-5-2025	la madre envia por medio whatsap. la foto de la formula con dianostico de amigdalitis aguda y rinofaringitis. (resfriado comun) por esa razon el niño no asiste, la cual la madre solicita permiso.	se le recomienda a la madre prestarle los cuidados necesarios. ademas de asistir a los 3 dias como esta escrito en la formula.	se remitio a la nutricionista quien seguira el seguimiento.	Angie Tatiana Nutricionista	Adriana Santoja
			30-5-2025 la madre llamo a las 10H30am manifestando que el niño ya se encuentra un poco mejorcito pero aun le duele la garganta. ademas tiene tos.		