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 | 4 | 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: 1122343714

Fecha nacimiento: 9 | 5 | 2021

Nombres: Izan Daniel

Apellidos: Derazo Ruales

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 ( ) Victima conflicto armado

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

Departamento residencia: Putumayo

Municipio de residencia: San Miguel

Zona: Urb

Barrio: N. Rivaldo

Vereda:

Sector: Urb.

Dirección: Detras del CDI Fronteras de paz .

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: 1087046242

Nombres: Maria Martha

Apellidos: Ruales Rivera

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 28 | 08 | 1984

Correo electrónico: leidymarcelaecheverry89@gmail.com

Número de celular: 3166633793

Número de fijo:

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

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

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

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

Observaciones:

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:

Izan Daniel Derazo Ruales

N° DOCUMENTO: 1122343714 TIPO DOCUMENTO: RC x CC ___ OTRO ___

FECHA DE NACIMIENTO: 09/May/2021 EDAD: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: San Miguel

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

SISBEN: A2 EPS: Emssanar RÉGIMEN (C)__ (S) x

DESPLAZADO: SI___ NO x DISCAPACIDAD: SI___ NO x ¿CUAL? _____

GRUPO ETNICO: SI___ NO x ¿CUAL? _____

GRUPO AFROCOLOMBIANO: SI___ NO x ¿CUAL? _____

NOMBRE DE LA MADRE: Maria Martha Ruales Rivera

N° CÉDULA: 1087046242 LUGAR DE EXPEDICIÓN: Linares-N.

NOMBRE DEL PADRE: Cardemio pablo Derazo Diaz

N° CÉDULA: 87405036 LUGAR DE EXPEDICIÓN: Samaniego

N° DE CELULAR: 3237169753

NOMBRE DEL ACUDIENTE: Maria Martha Ruales

N° CÉDULA: 1087046242 LUGAR DE EXPEDICIÓN: Linares

DIRECCIÓN VIVIENDA: N. Risaralda ZONA POBLACIONAL: (R)__ (U) x

NUMERO DE CELULAR 3237169753-3166633793

Martha Ruales

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 1442825

NUIP 1.122.343.714

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco X

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos: DERAZO RUALES IZAN DANIEL

Fecha de Nacimiento (Mes en letras): Año 2021 Mes MAY Día 09 | Sexo (en letras): MASCULINO | Tipo Sanguíneo: O +

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA PUTUMAYO SAN MIGUEL(LA DORADA)

Fecha de Inscripción (Mes en letras): Año 2021 Mes JUN Día 02 | Indicativo serial: 0061318461

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos: RUALES RIVERA MARIA MARTHA

Documento de Identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 1.087.040.242 | Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos: DERAZO DIAZ CARDEMIO PABLO

Documento de Identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 87.408.038 | Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos: DERAZO DIAZ CARDEMIO PABLO

Documento de Identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 87.408.038

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) | X Código

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras): Año 2021 Mes JUN Día 02

Nombre y firma del funcionario

ROY EDISON CALLE QUIRAMA

Registrador del Estado Civil

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil 26209299-0

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.087.046.242**

RUALES RIVERA

APELLIDOS

MARIA MARTHA

NOMBRES

Martha Ruales

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-AGO-1984**

LINARES
(NARIÑO)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

05-MAY-2005 VALLE DEL GUAMUEZ LA HORMI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-6401800-01267714-F-1087046242-20211120 **00766**17640A 3 56520122

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP **87.405.036**



Apellidos
DERAZO DIAZ

Nombres
CARDEMIO PABLO

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.59	M

Fecha de nacimiento
19 NOV 1968

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
SAMANIEGO (NARIÑO)

Fecha y lugar de expedición
30 ENE 1987, SAMANIEGO

Fecha de expiración
25 OCT 2033

Firma

.CO

029961308

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL0299613086231115<<<<<<<<<<<
6811196M3310252COL87405036<<<3
DERAZO<DIAZ<<CARDEMIO<PABLO<<<

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta:	27/03/2025
Ficha:	86757674952700008046

A2

GRUPO SISBÉN IV

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres:	IZAN DANIEL
Apellidos:	DERAZO RUALES
Tipo de documento:	Registro civil
Número de documento:	1122343714
Municipio:	San Miguel
Departamento:	Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:	23/07/2024
Última actualización ciudadano:	23/07/2024
Última actualización via registros administrativos:	

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

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

Contacto Oficina SISBEN

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

7

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	1122343714
NOMBRES	IZAN DANIEL
APELLIDOS	DERAZO RUALES
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	09/05/2021	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	09/09/2025 21:23:21	**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

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 1122343714
Apellidos:	DERAZO RUALES
Nombres:	IZAN DANIEL
Ficha Sisben:	86757674952700008046
Nivel Sisben:	Nivel I
Grupo Sisben	A02
Tipo de discapacidad:	Ninguna
Plan de salud:	Régimen Subsidiado
Estado de servicio:	Vigente
Fecha de Afiliación:	01/04/2024
Departamento de Afiliación:	PUTUMAYO
Municipio de Afiliación:	SAN MIGUEL
Zona:	Urbana - Cabecera Municipal

IV - Afiliado cumple con metodología IV SISBEN.

IPS de atención de primer nivel

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

Tiene derecho a recibir los servicios contemplados en el Plan de Beneficios en Salud.
Válida únicamente para comprobación de derechos de la red prestadora, en la fecha de expedición. No es válido para aclarar multiafiliación ni para traslados (Decreto 806 Artìculo 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 27 de Marzo de 2025 a solicitud del interesado.

JEFE COMERCIAL
EMSSANAR EPS SAS

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

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...Sanos



E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

Nombres: Izan Daniel.	Apellidos: Derazo Ruales.
Fecha de nacimiento: DIA 9 / MES 6 / AÑO 2022	Historia Clínica: 1122343714.
Barrio/Vereda: Los Prados	Responsable del niño: Martha Ruales
Teléfono: 3143977406	EPS: Emssanar

CITAS PROGRAMADAS

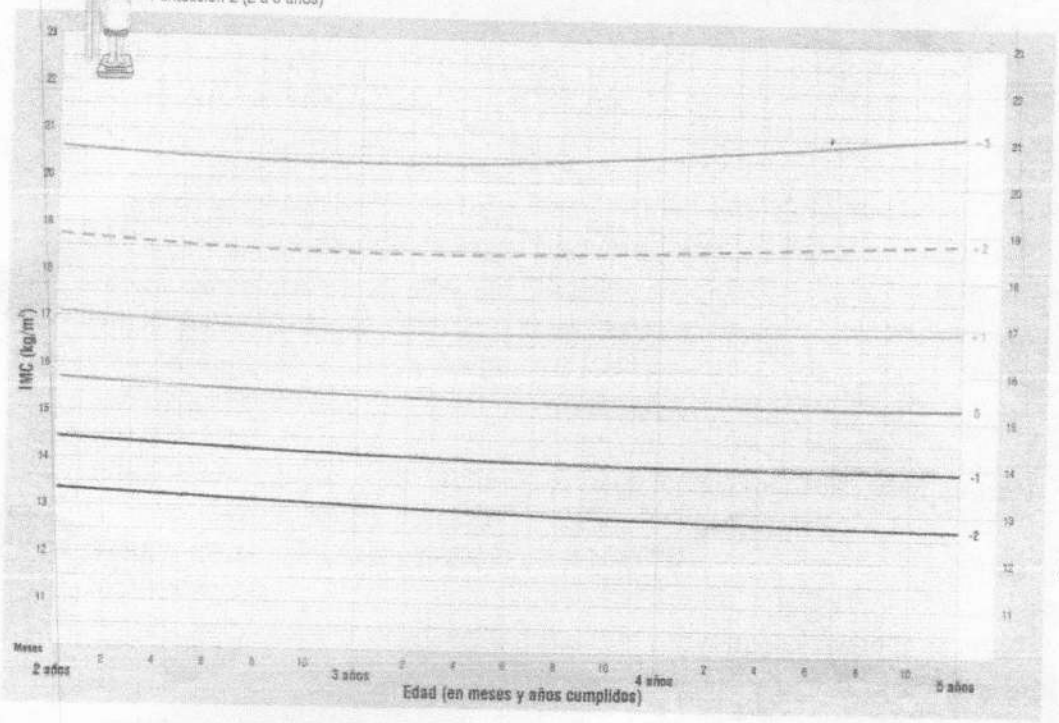
DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ	
				SI	NO
29	Junio	2021	Ing. xeJO	✓	
09	agosto	2027	Enf		
15	enero	2022	x Enf.		
06	julio	2022	Medico	Si ✓	
10	Noviembre	2022	enfermeria		
16	FEBRERO	2023	ENFERMERO	Si ✓	
08	MAYO	2023	MEDICO		
09	11	2023.	Enf	✓	
09	05	2024	Méd.	Si ✓	
09	Mayo	2025	Enf.	Si ✓	
10	Mayo	2026	Medico		

Dra. Mayuli Ramírez
Médico General
R.M. 0702-7169-Univalle

12

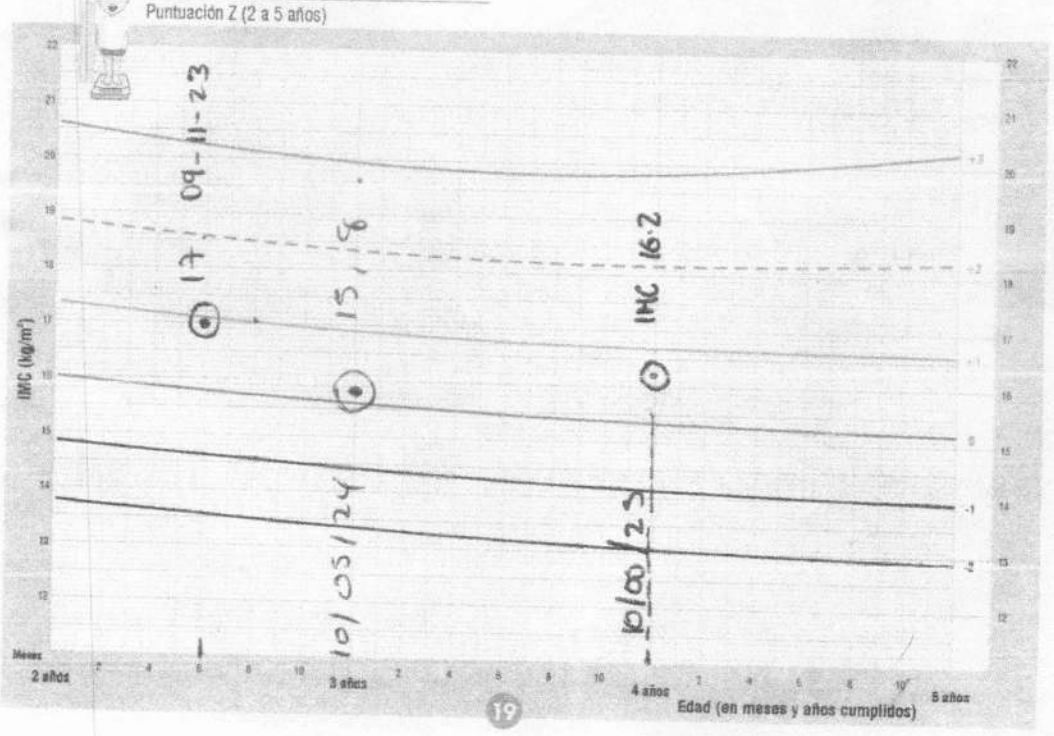
IMC para la Edad Niñas

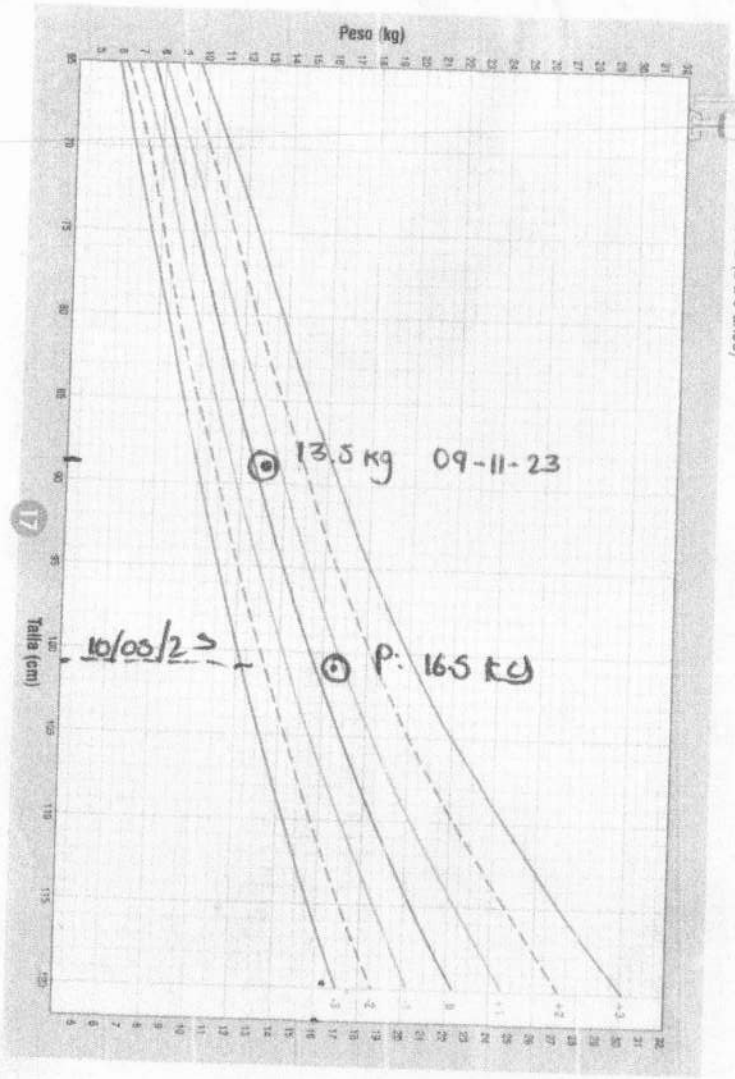
Puntuación Z (2 a 5 años)



IMC para la Edad Niños

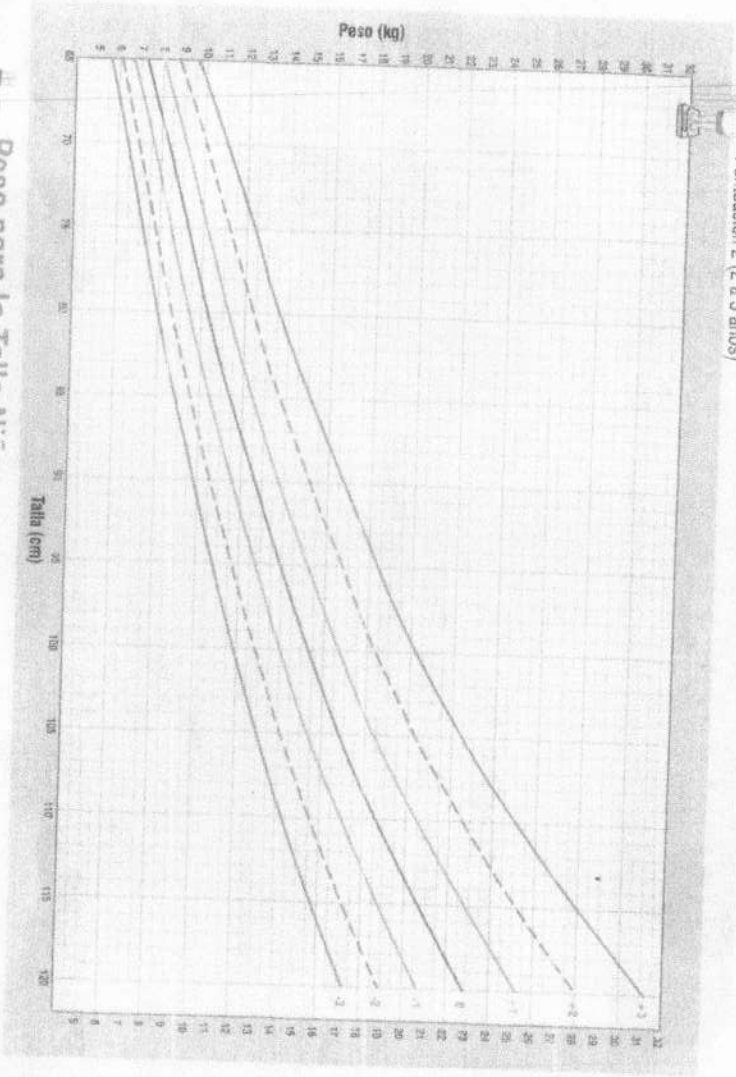
Puntuación Z (2 a 5 años)





Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)

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	4-5-2021	Serum	032Q002	HFID		Talya B
	Hepatitis B	Recién nacido	9-5-2021	Serum	0336008	HFID		Talya B
2 Meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐						cita.	
	Polio (Oral - IM)	1ª	13-Julio-2021	Seru	2012004	HFD	9 /julio /2021	Ana Lacas
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	13-Julio-2021	Biolo	2850401B	HFD		Ana Lacaba.
	Rotavirus	1ª	13-Julio-21	GSK	ARO1C7E1A	HFD		Ana Lacaba.
	Neumococo	1ª	13-Julio-21	GSK	ASPNB308	HFD		Ana Lacaba
4 Meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐						cita	
	Polio (Oral - IM)	2ª	9-11-2021	Serum	2027007	HFID	13-Sep	Talya B
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	9-11-2021	Serum	2850401BD	HFID	2021	Talya B
	Rotavirus	2ª	9-11-2021	GSK	ARO1C72AF	HFID		Talya B
	Neumococo	2ª	9-11-2021	GSK	ASPNB301EA	HFID		Talya B
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.		06/07/2022					
	Polio (Oral - IM)	3ª	06/07/2022	Serum	2113006	HFID		Eduard IB
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	06/07/2022	Serum	2820X00380	HFID		Eduard IB
	Influenza	1ª	06/07/2022	Greiss	V5022200B	HFID		Eduard IB
7 Meses	Influenza	2ª	06-9-22	V5022008 Greiss		HFID		
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª,	16-02-23	Serum	0130N133A	HFLD		Daniela Casanova Tec. Aux. en Enfermería CC No. 1007728227
	Fiebre Amarilla	1ª	16-02-23	Sanofi	3E37	HFLD		
	Neumococo	Refuerzo	16-02-23	GSK	ASPNB342A	HFLD		
	Influenza	Anual					cita 16	
	Hepatitis A	ÚNICA	16-02-23	MSD	W004802	HFLD	marzo 2023	
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1º Refuerzo	10-05-23	Serum	0131N108A	HFID		Talya B
	Polio (Oral - IM)	1º Refuerzo	10-05-23	Serum	120008	HFID	cita 16/7/2023 18M	
5 Años	Polio (Oral - IM)	2º Refuerzo						
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2º Refuerzo						
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo	10-05-23	Serum	0131N071A	HFID		Talya B.
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª					cita 5 AÑOS	
	VPH	2ª						
	VPH	3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis	Varicela	Ud.	16-02-23	Merck	W004802	HFLD		Daniela Casanova Tec. Aux. en Enfermería CC No. 1007728227

Estas vacunas son gratuitas

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.

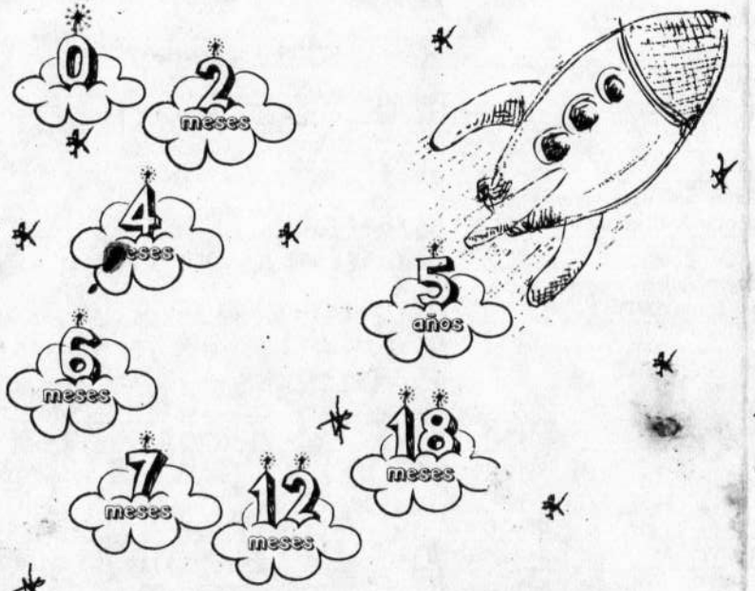
Valor reportado TSH:	
Fecha verificación:	
Profesional que verificó:	

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

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

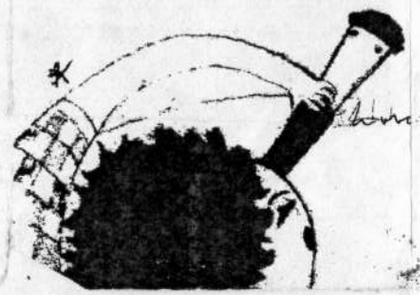
Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: IZAN D. de erazo Ruales
Fecha de nacimiento: 9/05/2021
Nº de certificado de nacido vivo: _____
Registro civil: 1122343744
Sexo: Masculino
Grupo sanguíneo: _____
Peso al nacer: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____
Responsable: Maria Martha Ruales
Municipio de residencia: San Miguel
Departamento: Putumayo

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas





PROSPERIDAD PARA TODOS

San Miguel (la dorada Putumayo)- 03 JUNIO 2025

Señora:

PAULA CHATES

Coordinadora local del Centro de Desarrollo Infantil Frontera de Paz

Cordial saludo:

Yo Cardemio Deraco Identificada CC 87405036 madre del niño (a) Izan Daniel Deraco identificado con RC 1122343714

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:

Cardemio

Cc. 87405036

Celular: 3166633793

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 14 MES 04 AÑO 2025 HORA: 3:40 PM

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Izan Daniel APELLIDOS Deraso Rvales

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [x] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1.122.343.714

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 04 MES: 05 AÑO: 2021 EDAD: 3 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Emssanar.

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

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

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

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

NO autoriza Por miedo a la reacción de la vacuna

¿CÓMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides).
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar Ninguna Esquema que tiene esta vacuna: Dos dosis [ ] ó dosis única [ ]
BENEFICIOS	Prevención de la enfermedad COVID-19, causada por el virus SARS-CoV-2. Reducción de la severidad de la enfermedad en caso de presentarse. Potencial protección del entorno familiar y los allegados.
RIESGOS	Presentación de efectos adversos a corto y mediano plazo posterior a su aplicación como: dolor en el sitio de inyección, dolor de cabeza (cefalea, articulaciones (artralgia), muscular (mialgia); fatiga (cansancio); resfriado; fiebre (pirexias); enrojecimiento e inflamación leve en el lugar de la inyección; inflamación de los ganglios (linfadenopatia); 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: x Martha Ruales

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

Nombres Maria Martha Apellidos Ruales Rivera

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1.087 046.242

Firma: x Martha Ruales

En caso de requerirse firma a ruego:

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

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

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

de _____

Huella dactilar o plantar del Rogante

Firma del Rogado

C.C. N°

C.C. N°

Nombres y apellidos del vacunador: Kerly Jiménez Zárate

Firma Kerly Jiménez Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 1075682134

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFLD

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

Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

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

CARNET RIAS — **PRIMERA INFANCIA**

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



Nombres y Apellidos: Izan Danfel Perazo Rvales
Doc. de Identidad: 1122343714
EPS: Emssanar
Teléfono: 3166133793
Domicilio: B/ los Prados

		PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) ó AÑOS (A)												
			5 DÍAS	1 M	2-3 M	4-5 M	6-8 M	9-11M	12-17M	18-23M	24-29M	30-35M	3A	4A	5A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico													
		Atención en salud por medicina general													
		Atención en salud por enfermería												10-5-2025	
		Atención en salud por Odontología							Proximo control 9 de mayo 2026						
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor											10 Abril 2025	15-10-2025 15-04-2026	
		Profilaxis y remoción de placa													
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	>	Vacunación													

Yuly Vanessa Correa Rodriguez
ENFERMERA PROFESIONAL
C.C. 1094929731

LILIANA MARIBEL CORDOBA
AUX. EN SALUD ORAL
REG. 8600493-2011

Agudeza visual 20/20 Normal 10-5-2025 | Higiene oral 10 octubre 2025 proximo control

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 Izan Daniel Derazo Ruales, identificado (a) con documento de identidad número 1122343714, 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, Maria Martha Ruales Rivera, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1087048242, 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: Martha Ruales
Nombre: Martha Ruales
Calidad - Titular: x Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3237169753
Fecha: 01/04/2023
Municipio: San Miguel

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

Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Lady Marcela Rincón
Agente educativa

Huella del niño/niña

EMPRESA DE ENERGÍA DEL BAJO PUTUMAYO S.A. E.S.P.
Nit. 846.000.553-0 - NUIR: 2-86568000-7
Autorretenedores Res. 547 de 25/01/2002
Responsables de IVA

"Generamos Desarrollo con Energía"

Vigilado Superservicios

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

1.Información Genera

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

T...	Capital Crédito	No. Cuotas	Saldo Capital	Cuotas Pagadas	Cuotas por Facturar

Gerente Gener...

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

UFE: 3c74822ac188b3325e2b5d5148521543d05c8a70a43f4cf3ce35aee730119ec394402c94ab453fc961f26acf310e993b

(415)7709998005532(8020)100203704271488(3900)0000102770(96)20250402

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

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

CARNET RIAS **PRIMERA INFANCIA**



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

Mi prioridad es tu salud...

Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

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

Nombres y Apellidos: Izan Daniel Peraza Ruales
Doc. de Identidad: 1122343714
EPS: Emssanar
Teléfono: 3166633793
Domicilio: B/ los Prados

		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												10-5-2025	
		Atención en salud por Odontología							Proximo control 9-de mayo 2026						
		Promoción y apoyo de la lactancia materna											10 Abril 2025		
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor													
		Profilaxis y remoción de placa													
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	>	Vacunación													

Yuly Vanessa Correa Rodriguez
ENFERMERA PROFESIONAL
C.C. 1094929731

Agudeza visual 20/20 Normal 10-5-2025 Higiene oral 10 octubre 2025 Proximo control

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre 25

Ciudad San Miguel-la dorada-ptp

Nombre completo de la niña o niño Izan Daniel Deraco Roales

Fecha de nacimiento Día 09 Mes 05 Año 2021 **N° Documento de Identidad** 1122343714

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Leidy Marcela Rincón E. hijo #3

Fecha de registro cualitativo 02 07 2025

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

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

Observaciones generales

Izan realiza rutinas de higiene personal sin contar con la ayuda del adulto de forma autonoma y muestra disposicion para ayudar con pequeñas tareas que se asigna, es muy cooperador con sus compañeros y adulto.

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 1 Mes 10 Año 2025

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

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

Observaciones generales

Izan corre, salta y disfruta inventando nuevos movimientos e inventando nuevos juegos con sus compañeros, es muy independiente en rutinas diarias

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 litativa ⇨	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

Fundación Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

27
R/L

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Izan Daniel Deraco Rudes **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 5/11/2025.	El dia de hoy no asiste el niño y la agente educativa se comunica con el padre el cual refiere que el niño no asiste por que amanecio con fiebre.	Se realizan las recomendaciones de que si los sintomas persisten llevarlo al medico e informar a la agente educativa cualquier novedad.	Marcela R.	

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
Jueves 6/11/25.	El dia de hoy el niño asistio en compañia del padre de familia el cual refiere que el niño hoy dia amanecio bien de salud, y por está razon lo trae al CDI. En el transcurso de la jornada se evidencio que el niño se encontraba en aparentemente buen estado de salud.

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

3166633793

Visita acta de compromiso Autorización de 2 responsables para recoger al niño

28 R/L

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Izan Daniel Deraco **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Pre Jardin 2 **AGENTE EDUCATIVO:** Marcela R

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

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
Jueves 11-9-25	El dia de hoy no asistio el niño y se desconocen las causas, la agente educativa se intento comunicar con el padre de familia y no hay respuesta, se deja un mensaje.	la agente educativa al no tener respuesta procede a dejar un mensaje de whatsap y se queda a la espera de la respuesta tambien se da conocimiento a Coordinacion para que acompañe en el seguimiento	Marcela R	
Miercoles 22-10-25	El dia de hoy no asiste el niño al CDI y la agente educativa realica el llamado al padre de familia el cual refiere que el dia de ayer la madre recogio el niño en su casa y se lo llevo para la vereda donde vive el madre de familia y el padre tambien desconoce las causas de la inasistencia.	El caso ha sido reiterativo y se realica remision al area psicosocial para que le realice el seguimiento pertinente	Marcela R.	Martha Rueda

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
12-9-25 Viernes	El dia de hoy asiste el niño en compañia de su padre el cual refiere que el dia de ayer la madre se habia llevado el niño para la finca donde ella vive y aya no tiene señal, se remite al area psicosocial para que realice el seguimiento pertinente, ademas el niño asiste al CDI en aparentemente buenas condiciones de salud y buenas condiciones fisicas, se reintegra satisfactoriamente a las actividades pedagogicas. Marcela R. -
Jueves 23/10/25	El dia de hoy asiste el niño en aparentemente buenas condiciones de salud y condiciones fisicas, se reintegra satisfactoriamente a las actividades pedagogicas Marcela R. Martha Ruales