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: 1122343747

Fecha nacimiento: 15 | 06 | 2021

Nombres: Dylan Daniel

Apellidos: Jacanamijoy Chicunque

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: Urb

Barrio: Central

Vereda:

Sector:

Dirección: Detras de la escuela central, cerca al Rio.

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: 1122787150

Nombres: Diana Alejandra

Apellidos: Chicunque Narvaez

Pais de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 26 | 4 | 1993

Correo electrónico: dn146562@gmail.com

Número de celular: 3124062430

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: Diana

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

Observaciones:

Fundación Alma de Vida

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:
Dylan Daniel Jacanamijoy Chicunque

Nº DOCUMENTO: 1122343747 **TIPO DOCUMENTO: RC** X **CC** ___ **OTRO** ___

FECHA DE NACIMIENTO: 15/Jun/2021 **EDAD:** ___

LUGAR DE NACIMIENTO: Pto Asis

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

SISBEN: A5 **EPS:** Mallamas **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: Diana Alejandra Chicunque
Nº CÉDULA: 1122787150 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Sibundoy
NOMBRE DEL PADRE: Arley Efrain Jacanamijoy
Nº CÉDULA: 1085348854 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Sibundoy
Nº DE CELULAR: 3124062430
NOMBRE DEL ACUDIENTE: Diana Alejandra Chicunque
Nº CÉDULA: 1122787150 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Sibundoy
DIRECCIÓN VIVIENDA: B/Central **ZONA POBLACIONAL: (R)** ___ **(U)** X
NUMERO DE CELULAR 3124062430

Diana — Leidy Marcela Rincón

FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE — **NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO**

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO
Número: **N** 1442865

NUIP 1.122.343.747

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
JACANAMIJOY CHICUNQUE DYLAN DANIEL

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)											Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año	2	0	2	1	Mes	J	U	N	Día	1	5	MASCULINO	O +

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

Fecha de Inscripción (Mes en letras)											Indicativo serial
Año	2	0	2	1	Mes	J	U	N	Día	2	8	0061318499

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
CHICUNQUE NARVAEZ DIANA ALEJANDRA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.122.787.150	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
JACANAMIJOY JANSASOY ARLEY EFRAIN

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.085.348.854	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
JACANAMIJOY JANSASOY ARLEY EFRAIN

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.085.348.854

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)	X 6 Z

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)

Año	2	0	2	1	Mes	J	U	N	Día	2	8

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
Adhesivo Copia Registro Civil
26209423-6

Nombre y firma del funcionario

ROY EDISON CALLE QUIRAMA
Registrador del Estado Civil

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.122.787.150**
CHICUNQUE NARVAEZ

APELLIDOS
DIANA ALEJANDRA

NOMBRES

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **26-ABR-1993**
SIBUNDOY
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

01-ABR-2019 SIBUNDOY
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-6401900-01082121-F-1122787150-20190709 **00661**59955A 1 51870513

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.085.348.854**

JACANAMIJOY JANSASOY

APELLIDOS

ARLEY EFRAIN

NOMBRES

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **19-SEP-1992**

MIRANDA-CARACAS
VENEZUELA
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **M** SEXO

14-ENE-2019 SIBUNDOY
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-6401900-01076528-M-1085348854-20190524 **0065**25897A 1 5021939725

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta:	25/03/2025
Ficha:	86757634952700000002

A5

GRUPO SISBÉN IV

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: DYLAN DANIEL

Apellidos: JACANAMIJOY CHICUNQUE

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122343747

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:	09/08/2022
Última actualización ciudadano:	23/08/2022
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 Pobreza extrema | B1→B7 Pobreza moderada | C1→C18 Vulnerabilidad | D1→D21 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

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 :

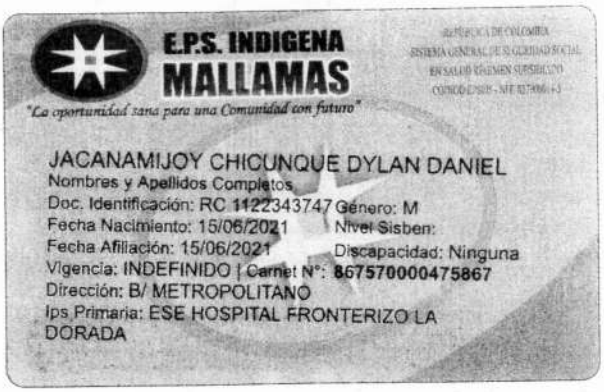
COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1122343747
NOMBRES	DYLAN DANIEL
APELLIDOS	JACANAMIJOY CHICUNQUE
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	SAN MIGUEL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD MALLAMAS EPSI	SUBSIDIADO	15/06/2021	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/09/2025 21:18:28	**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



E.P.S. INDIGENA MALLAMAS

"La oportunidad sana para una Comunidad con futuro"

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL
EN SALUD REGIMEN SUBSIDIADO
CARNÉ DIGITAL - NIT 837000615-3

JACANAMIJOY CHICUNQUE DYLAN DANIEL
Nombres y Apellidos Completos
Doc. Identificación: RC 1122343747 Género: M
Fecha Nacimiento: 15/06/2021 Nivel Sisben:
Fecha Afiliación: 15/06/2021 Discapacidad: Ninguna
Vigencia: INDEFINIDO | Carnet N°: 867570000475867
Dirección: B/ METROPOLITANO
Ips Primaria: ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA



ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD INDIGENA "MALLAMAS EPS-I"
Personería Jurídica No. 0017 de 2001 del Ministerio del Interior - DGAI

POR SER INDIGENA EL PORTADOR DE ESTE CARNÉ
NO DEBERÁ PAGAR COPAGOS NI CUOTAS MODERADORAS

Es indispensable la prestación de este carné para acceder a los servicios contemplados en el POS-S
Valido únicamente en la Red Prestadora de Servicios autorizado por MALLAMAS EPS-I

Vigilado Supersalud

GERENTE MALLAMAS EPS-I

LINEA SALUDABLE 01 8000 913 774 - 7 33 78 IPIALES
www.mallamasepsi.com.co E-mail: servicioalcliente@mallamasepsi.com.co
ESTE CARNET ES DE USO PERSONAL E INTRANSFERIBLE

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA ...Sanos



E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

Nombres: Dylan Daniel	Apellidos: Jacanamijoy Chicunque
Fecha de nacimiento: DIA 15 | MES 06 | AÑO 2018	Historia Clínica: 1122343747
Barrio/Vereda: 9 de Abril	Responsable del niño: Diana Chicunque
Teléfono:	EPS: Mallamas

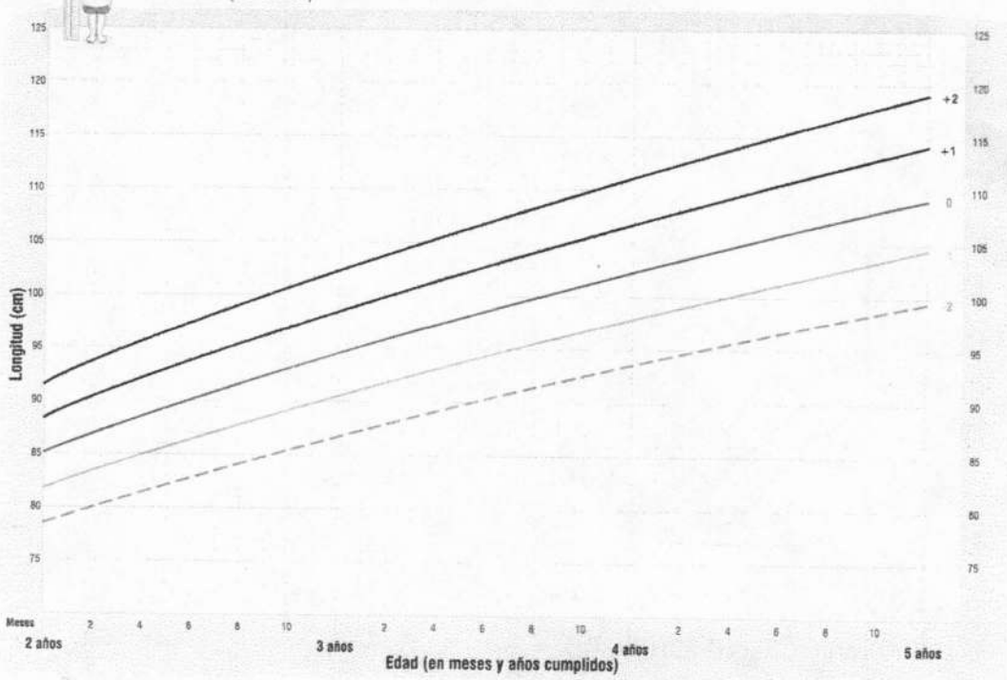
CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
19	Julio	2021	ingreso	✓	
16	agosto	2021	Enf	SI ✓	
15	Octubre	2021	Medico	SI ✓	
19	[illegible]	2022	Enf	SI ✓	
16.	Marzo	2022	Enf.	SI ✓	
16	MAYO	2022	x MD.	SI ✓	
02	Diciemb	2022	xenfa	SI ✓	
15	Junio	2023	Medico	SI ✓	
23	Agosto	2023	Med.	Si ✓	
15	Enero	2024	Enf	Sí ✓	
15	Junio	2024	Med.	Si ✓	
19	Junio	2025	Enf	SI ✓	Milena C.
15	Junio	2026	Medico		

Médico General

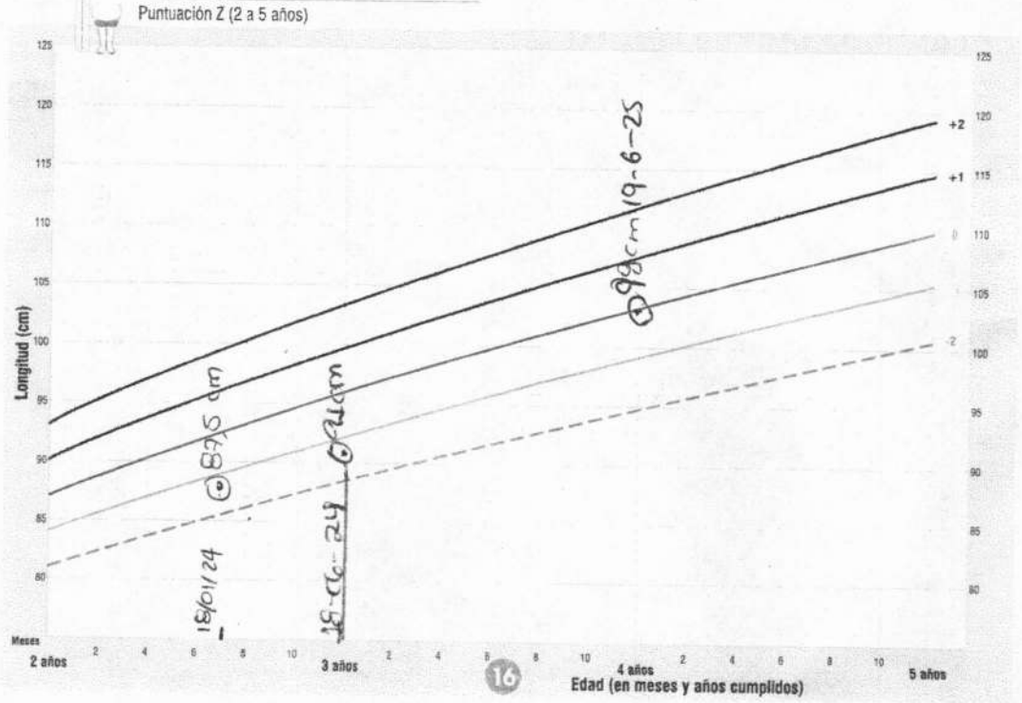
Talla para la edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



Talla para la edad Niños

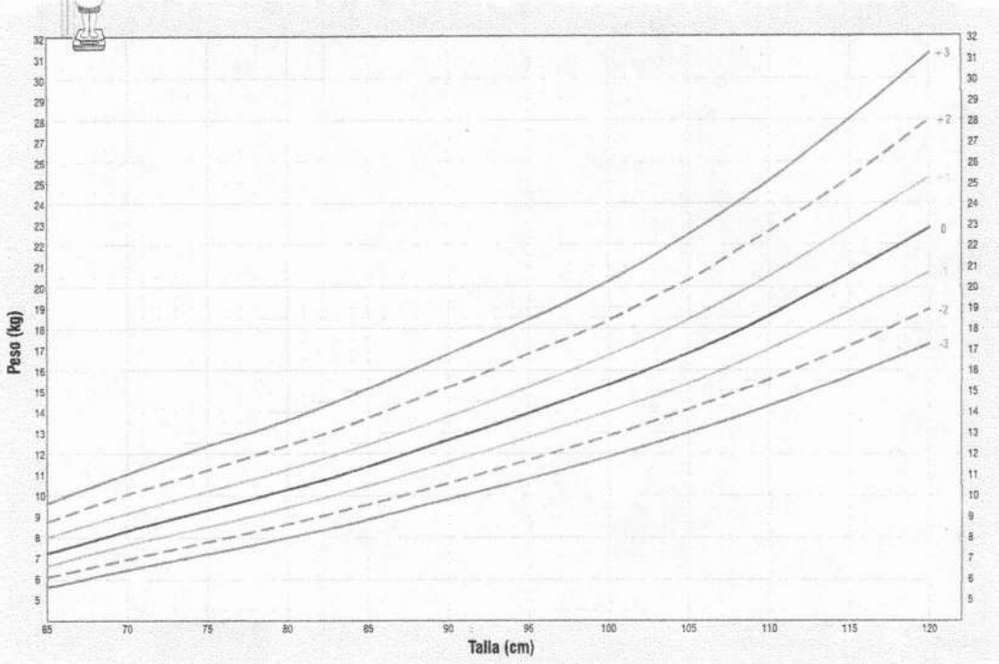
Puntuación Z (2 a 5 años)



11

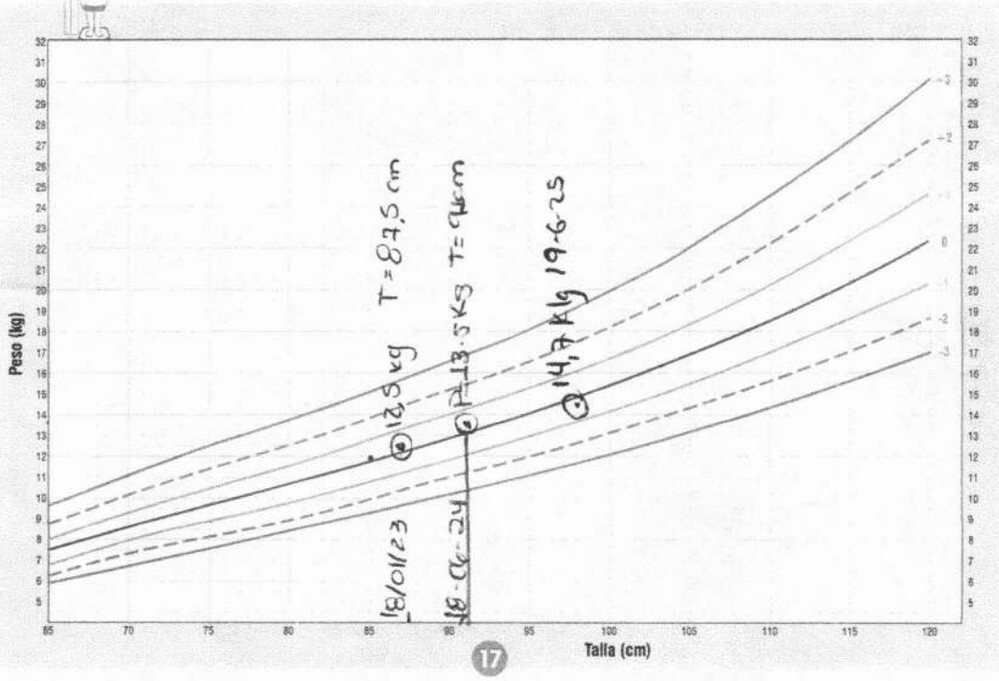
Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



Peso para la Talla Niños

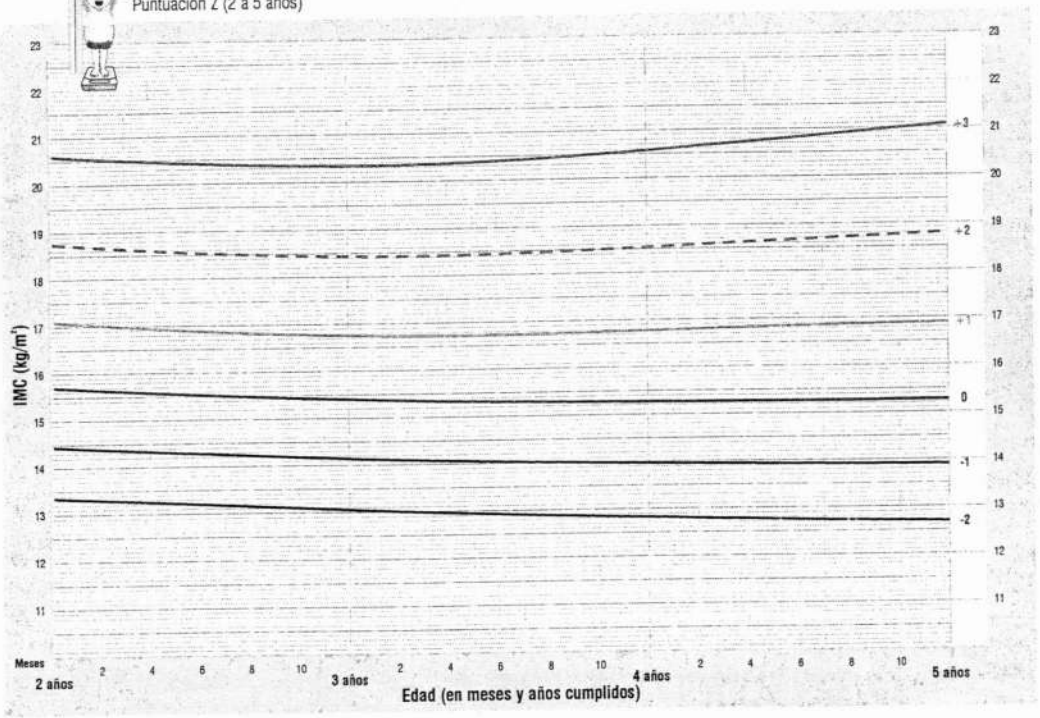
Puntuación Z (2 a 5 años)



12

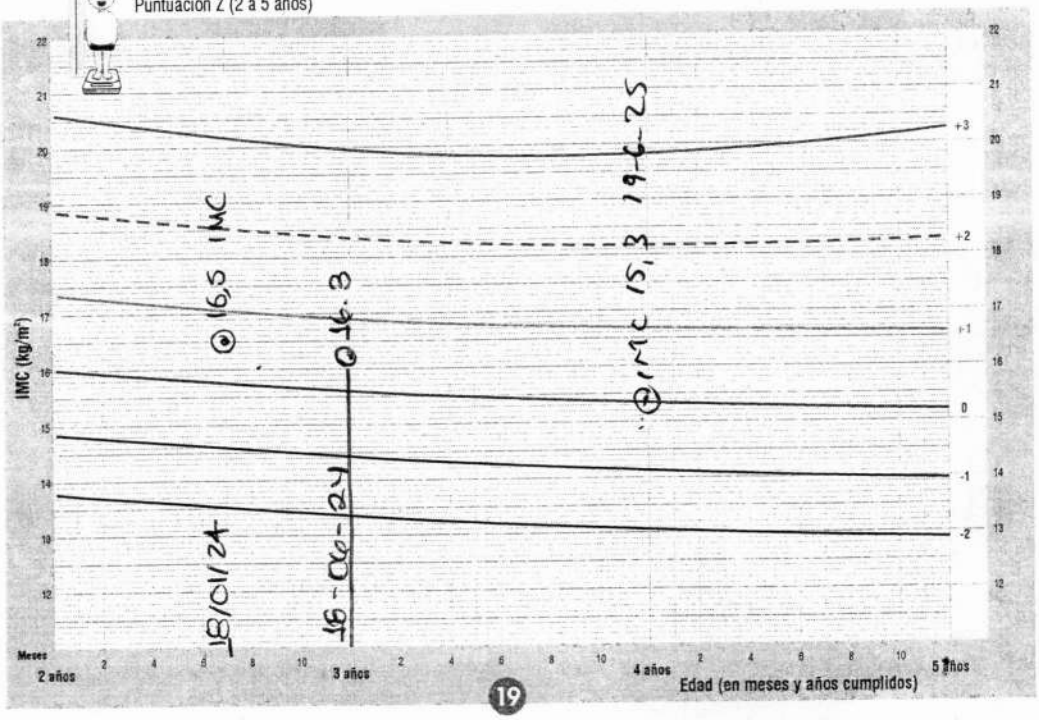
IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



IMC para la Edad Niños

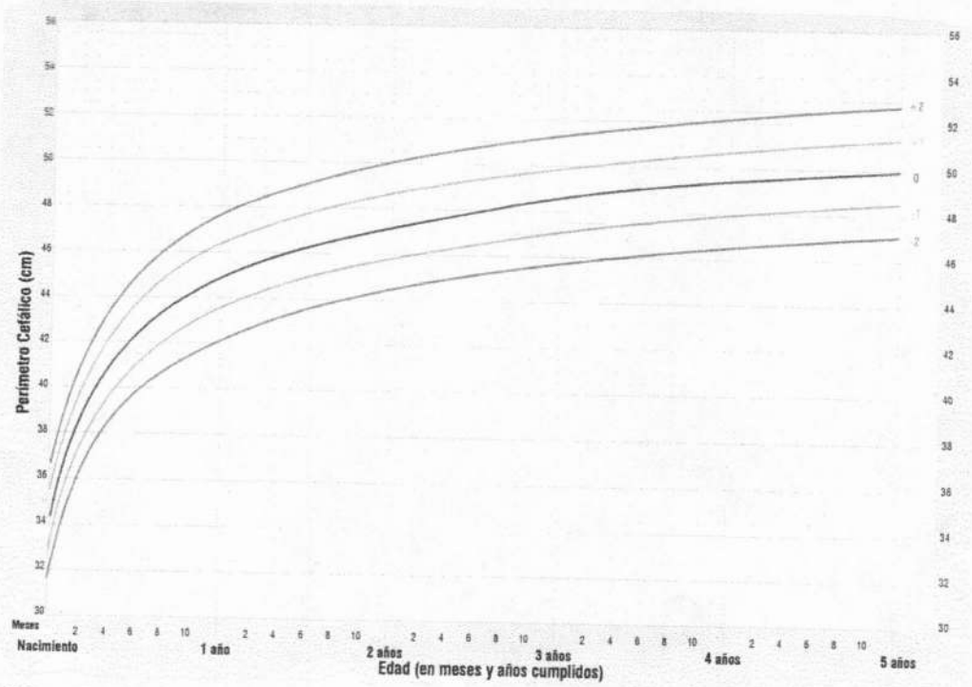
Puntuación Z (2 a 5 años)



13

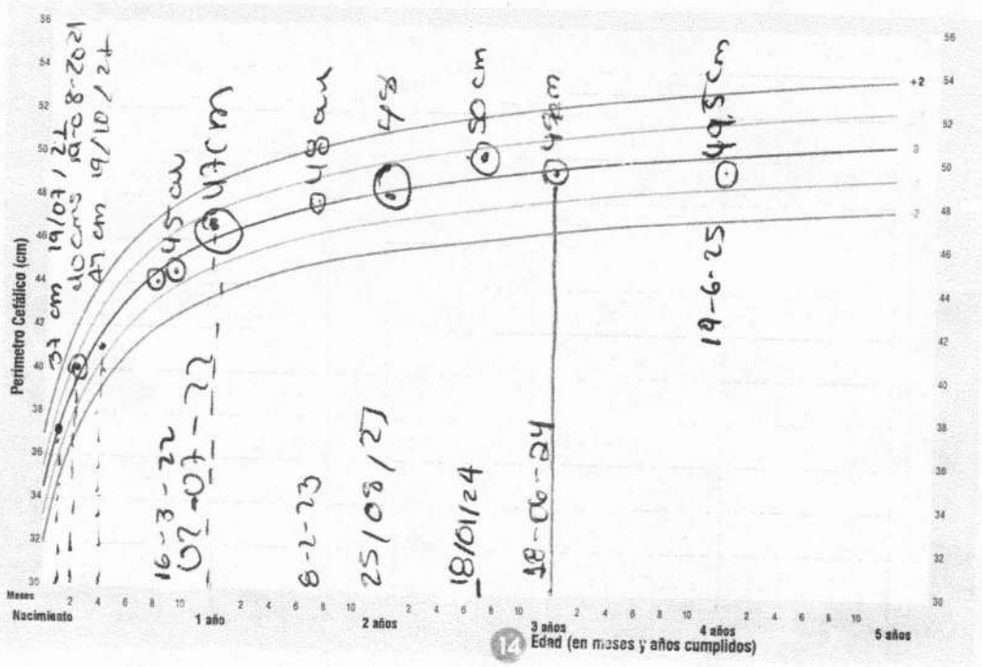
Perímetro Cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)



Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)



14

Nombre: ..... 15 Agosto 2021 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	15 Junio 21	Serum	0370G0TL	H Local pto A		Otilia cortes
	Hepatitis B	Recién nacido	15 Junio 21	Serum	0320Y014A	H Local pto A		Otilia cortes
2 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐				HFD		
	Polio (Oral - IM)	1ª	17-08-21	Seru	2017004	HTD		Ana Leguedo
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	17-08-21	BIO	28SC4028	HTD		Ana Leguedo
	Rotavirus	1ª	17-08-21	GSK	AR01C774A	HTD		Ana Leguedo
	Neumococo	1ª	17-08-21	GSK	ASPNB30AE	HFD	CITA 17-OCT 2021	Ana Leguedo
4 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
	Polio (Oral - IM)	2ª	17-1-2022	Serum	2100501	HFID		Karen A
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	17-1-2022	Serum	2850Y018D	Hf ID		Karen A
	Rotavirus	2ª	17-1-2022	GSK	AR01C772AF	HFID		Karen A
	Neumococo	2ª	17-1-2022	GSK	ASPNB301EA	HFID		Karen A.
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.						cita 17/Marzo/2022	
	Polio (Oral - IM)	3ª	30-3-2022	Serum	2105001	HFID		Edwar I.
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	30-3-2022	Serum	2850X035B	HFID		Edwar I.
	Influenza	1ª	08-06-2022	Green	VS0222008	HFID	cita.	Edwar G.
7 Meses	Influenza	2ª	12-07-2022	Green	VS0222008	HFLD	15/Junio/2022	Daniela Casanova Tec. Aux. en Enfermería CC. No. 1007728227
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	12-07-2022	Serum	03CN126	HFLD		
	Fiebre Amarilla	1ª	12-07-2022	Serum	T3624	HFLD		
	Neumococo	Refuerzo	12-07-2022	GSK	ASPNB3411AA	HFLD		
	Influenza	Anual						
	Hepatitis A	ÚNICA	12-07-2022	MSD	V025350	HFLD	cita. 30 marzo 2023	Karen A
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª Refuerzo	10-4-23	Serum	2115004	HFD		
	Polio (Oral - IM)	1ª Refuerzo	10-4-23	Serum	2851Y038D	HFID		
5 Años	Polio (Oral - IM)	2º Refuerzo						
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2º Refuerzo						
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo	10-4-23	Serum	0131N133B	HFID	Cita 5 AÑOS	Karen A
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª						
	VPH	2ª						
	VPH	3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis	Varicela	Ud.	12-07-2022	merck	V01CL01	HFLD		Daniela Casanova Tec. Aux. en Enfermería CC. No. 1007728227
	SR	RF.	27-09-22	Serum	0122W22	HFLD		

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.

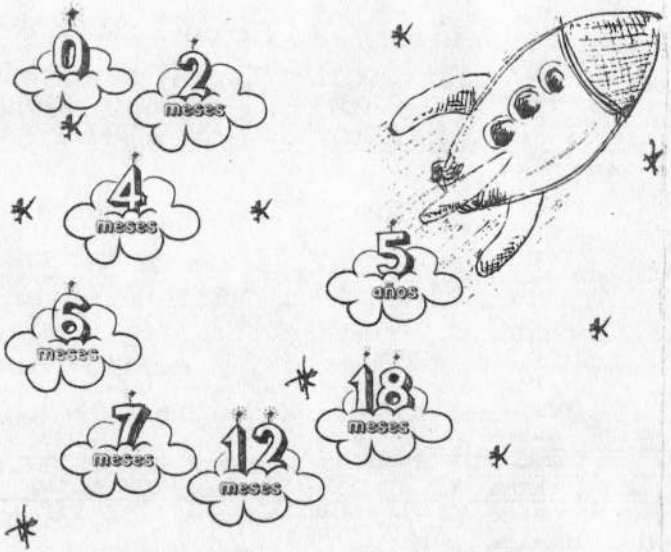
Valor reportado TSH:	
Fecha verificación:	
Profesional que verificó:	

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 ni más ni menos hay que protegerlo hoy

de cero a siempre

15

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Isacana Mejor Cardenas Diana Paeran Dilan
Fecha de nacimiento: 15 Junio 2011
Nº de certificado de nacido vivo: 1665999688
Registro civil: 1122343747
Sexo: M
Grupo sanguíneo:
Peso al nacer: 3180 Sem 40.
Dirección:
Teléfono:
Responsable: Diana Cardenas
Municipio de residencia: San Miguel
Departamento: Putumayo

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

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

ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE LA VACUNA CONTRA EL SARS-COV-2 / COVID-19

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL

La salud es de todos — Minsalud

CIUDAD San Miguel FECHA: DÍA 24 MES 04 AÑO 2025 HORA: 8.02 a.m

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Dylan Daniel APELLIDOS Jacanamijoy Chicongue

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1.122.343.747

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 15 MES: 06 AÑO: 2021 / EDAD: 3 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Mallamas Tel: 3124062430

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 Diana Alejandra Apellidos Chicunque Narvaez

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 1.122787150

Firma: Diana

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 1004695938

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): ITFIB

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Putumayo

MUNICIPIO: San Miguel

Nota: Cuanto se trate de menores entre 16 y 18 años, deberá firmar el menor junto con unos de sus padres o su representante legal.

RECOMENDACIONES

- Visite a su médico semestralmente
- Cepillese los dientes mínimo 5 veces al dia
- Mantenga una dieta balanceada
- Acostúmbrese a usar seda dental en cada cepillada

I.I.A.M.I. INICIATIVA INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y DE LA INFANCIA

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL
E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA
NIT 848 [illegible]-5
TEL 4210[illegible] LA DORADA - PUTUMAYO

MI CARNET DE HIGIENE ORAL

E.P.S. Mallamas
Nombres: Dilan Daniel
Apellidos: Jacanamejoy Chicunique
Sexo: M F Fecha de Nacimiento 15 06 21
Identificación: RC 1122343747
Dirección: N.H.C.

Salud con Calidad

FECHA	PROCEDIMIENTO CP	S	F	D	PROXIMA CITA
16-08-22	x		x	16 febrero-23	
10-4-23	x		x	10 octubre-23	
21-08-23	x		x	22-1-24	
05-02-24	x			05-08-24	
21-08-24	x	x	x	21-02-25	
02-04-25	x	x	x	02-10-2025	
08-10-25	x	x	x	08-abril-26	

Liliana Maribel Córdoba
HIGIENISTA ORAL
Res 00493 de 2017

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 Dylan Daniel Jacandmijoy Chicunque, identificado (a) con documento de identidad número 1122343747, 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	Y	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales	X

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Diana Alejandra Chicunque, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1122787150, 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	X	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales	X

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: Diana
Nombre: Diana Chicunque
Calidad - Titular: Y Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3124062430
Fecha: 01/04/2023
Municipio: San Miguel

COPIA NO CONTROLADA

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 matrícula 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

Leidy Marcela Rincón
Agente educativa

Huella del niño/niña

Daniel

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 39055-5	Pago oportuno hasta:	02/04/2025	Mes Facturado
Factura Nro	2037042492	Suspensión a partir de:	03/04/2025	MARZO 2025

1.Información Genera

Nombre: JAIRO OSPINA		**Último pago**	$ 62,120
Dirección: BR CENTRAL		Tuve servicio de energía entre:	17-FEB-2025 - 17-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	S102	212	1	RESIDENCIAL	URBANA	1	1.5	AEREA	EMPRESA	105	SAN MIGUEL - CENTRAL

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 - 167968 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
HIK	18193395	1

2B.Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	4932	4816
Reactiva:		

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

2C.Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	116		
Consumo Reactiva KVarh:	0		
Costo del consumo $	120419.6		
Tarifa (hasta 173 Kwh):	415.24		
Subsidio: %	60	$	-72251.76
Contribución: %	0	$	0
Sub Total $	48167.84		

Meses en deuda: 1 % Tasa Interés Moratorio: 0.5

2D.Consumo Últimos 6 Meses

	Mes	Activa	Reactiva
2024	SEPTIEMBRE	126	0
2024	OCTUBRE	120	0
2024	NOVIEMBRE	128	0
2024	DICIEMBRE	90	0
2025	ENERO	94	0
2025	FEBRERO	133	0
	PROMEDIO	115	0

2E.Información Calidad del Servicio

Tel. O.R EEBP: 01 8000 942415
Transformador: SLD102 Grupo: 22
DIUG: 30.24 FIUG: 19 Circuito: C14
Cargo D: 249.0104 Dscto %t: 20
CEC: 134.44
DIU: 71.99 FIU: 92
HC: 1.65 VC: 6
Valor a Compensar: 13390.41

3.Información de Créditos EEBP

Tipo de	Capital Crédito	No. Cuotas	Saldo Capital	Cuotas Pagadas	Cuotas por Facturar
[redacted]					

Gerente General

4.Detalle Conceptos del Servicio de Energía

Conceptos EEBP	Valor Liquidado	Saldo Anterior	Saldo a Favor o Anticipado	Total
ACTIVA SENCILLA MONOMIA	120,419.60	.00	.00	120,419.60
SUBSIDIO	-72,251.76	.00	.00	-72,251.76
AJUSTE A SUBSIDIO	1,078.53	.00	.00	1,078.53
COMPENSACION RES.CREG_015/2018	-13,390.41	.00	.00	-13,390.41
AJUSTE A LA DECENA	.04	.00	.00	.04

5.Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP 35,856

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	6,324	0	6,324

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			0		6,000

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

8.Información Facturación Otros Convenios

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

Total EEBP	+ Total Impuesto Alumbrado público	+ Total Aseo y/o Alcantarillado	+ Total Otros Convenios	= Debo pagar en Total
35,856	6,324	6,000	0	$ 48,180

CUFE: 0dfa6617de334fa7916a410b649b5f28603c2e9c2343e5bae81d73fc4e4c91778257b357a2007afd42f3186d0df93d79

(415)7709998005532(8020)10002037042492 00(3900)0000048180(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

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

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

NOMBRE DE LA UDS: Prejardin 2

NOMBRES Y APELLIDOS	PESO	TALLA	PERIMETRO BRAQUIAL	CLASIFICACION NUTRICIONAL	FECHA	REMITIDO SI/NO	OBSERVACIONES	FIRMA DEL RESPONSABLE
Dylan Daniel Jacanamijoy Chicunque	14.5	96.4	16	Peso Adecuado Para la talla	06/05/2025	Si	No se continua con seguimiento debido a que ya se encuentra adecuado para la talla	

FIRMA DEL PROFESIONAL RESPONSABLE: _____
Nutricionista

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

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 Paraíso Cra 7 # 1-36 Teléfono Conmutador: 4210533 - móvil: 3134821413

Nombres y Apellidos: Dylan Daniel Jacanamejoy
Doc. de Identidad: 1122343747
EPS: Mallamas
Teléfono: 3124062430
Domicilio: Bl central

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												19-6-2025	
		Atención en salud por Odontología							próximo control 15- junio 2026						
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor											2- Abril 2025		
		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 19-junio 2025

Emsscnci:

Higiene oral 2- octubre 2025 próximo control

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre 25

Ciudad San Miguel - la dorada - ptyo

Nombre completo de la niña o niño Dylan Daniel jacanamijoy chicunque

Fecha de nacimiento 15 06 2021 **N° Documento de Identidad** 1122343747

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Leidy Marcela Rincon E.

Fecha de registro cualitativo 02 07 2025

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

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

Observaciones generales

Dylan se comunica de forma clara tanto verbal y no verbal expresando sus deseos a los demas acompañando con gestos, le gusta compartir y participar en juegos con los demas niños teniendo preferencia por un grupo de niños estableciendo amistad.

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 2 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

Dylan se interesa por las diferencias entre hombre y mujer y se reconoce como niño, tambien es muy independiente realizando sus rutinas de higiene personal.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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

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

Observaciones generales

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

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

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Dilan Daniel Jacanamijoy **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Pre jardin 2 **AGENTE EDUCATIVO:** Marcela R

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 01-04-25

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 30/10/25	El dia de hoy el niño no asistio y la madre mediante un mensaje refiere que el niño amanecio con malestar de gripa, pero no ha presentado fiebre.	Se realizan recomendaciones de estar pendiente a la made de familia e informar cualquier novedad de salud del niño	Marcela R	Diana

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

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
Martes 4/11/2015	El dia de hoy asistio el niño en compañia de su madre la cual refiere que el niño se encuentra bien de salud y que el fin de semana le dio gripa pero sin fiebre solo malestar que la madre lo trato en casa con remedios caseros y cuidados y no hubo necesidad de ir al medico. Marcela R. Diana

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Dilan Daniel jacanamijoy UNIDAD DE ATENCIÓN: Pre jardin 2 AGENTE EDUCATIVO: Yarcela R.

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 01-04-2023

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

28 R/V

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
Miercoles 24-05-2023.	El dia de hoy el niño no asistio y la agente educativa se comunico con la madre via mensaje de whatsap refiere que ella salio bien temprano a realizar una diligencia personal y no alcanco llegar para alista el niño y enviarlo al CDI.	Se le recomienda a la madre de familia organizar tiempos y que cuando sucedo cosas asi favor Informar a la agente educativa para que se realice la novedad y el niño pueda Ingresar despues al CDI. La madre se compromete para la proxima Informar y no hacer faltar el niño al CDI.	Yarcela Rincon	Diana

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
Jueves 25-9-25	El dia de hoy el niño asistio aparentemente en buen estado de salud y buen estado fisico, reintegrandose satisfactoriamente a las actividades pedagogicas Sin novedad Yarcela R. Diana

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