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

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

Unidad de Servicio sugerida: C.D.I. Fronteras de Paz

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

Número de documento: 1.122.343.662

Fecha nacimiento: 12 | 3 | 2021

Nombres: Gael Sebastian

Apellidos: Alvarez Arias

Presenta discapacidad? ( ) Si (●) No

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

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

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

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

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

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

Departamento residencia: Putumayo

Municipio de residencia: San Miguel

Zona: Urbano

Barrio: 9- Abril

Vereda:

Sector:

Dirección: vive a lado del ancianato antiguo

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

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

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

Número de documento: 1.122.342.184

Nombres: Alenk-Gissela

Apellidos: Arias Realpe

Pais de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 31 | 10 | 1997

Correo electrónico: alenk1031@gmail.com

Número de celular: 3226160804

Número de fijo:

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

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

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

Nombre y Firma del profesional que diligencia: OLGA RENDÓN

Observaciones:

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

Fundación
Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:
Gael Sebastian Alvarez Arias

N° DOCUMENTO: 1.122.343.662 **TIPO DOCUMENTO:** RC X CC ___ OTRO ___

FECHA DE NACIMIENTO: 12- marzo - 2025 **EDAD:** 4 años.

LUGAR DE NACIMIENTO: Puerto Asis (Putumayo)

NOMBRE DE LA UDS: CDI Fronteras de Paz
CODIGO UDS: 867571126972 **BARRIO/VEREDA:** Bl 7 de Agosto
FECHA DE INGRESO: 1 - Abril - 2025 **FECHA DE RETIRO:** ___

SISBEN: B1 (PM) **EPS:** Mallamas **RÉGIMEN (C)** ___ **(S)** X

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

GRUPO ETNICO: SI X **NO** ___ **¿CUAL?** ___

GRUPO AFROCOLOMBIANO: SI ___ **NO** ___ **¿CUAL?** Cabildo AWA MAENA.

NOMBRE DE LA MADRE: Alenk Gissela Arias Realpe

N° CÉDULA: 1.122.342.184 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Miguel

NOMBRE DEL PADRE: Heinan Camilo Alvarez Muñoz

N° CÉDULA: 1.193.481.862 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Miguel

N° DE CELULAR: 3226160804

NOMBRE DEL ACUDIENTE: Jhoanna Alexandra Pantoja Realpe

N° CÉDULA: 1.122.340.195 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** ___

DIRECCIÓN VIVIENDA: Bl 9 de Abril **ZONA POBLACIONAL: (R)** ___ **(U)** X

NUMERO DE CELULAR 3249486459

FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

OLGA RENDÓN
NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO
Número: **N** 1220571

NUIP 1.122.343.662

Tipo de certificado	Datos Esenciales ☐	Acreditar Parentesco X

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
ALVAREZ ARIAS GAEL SEBASTIAN

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)											Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año	2	0	2	1	Mes	M	A	R	Día	1	2	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	M	A	R	Día	1	9	0061318408

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
ARIAS REALPE ALENK GISSELA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.122.342.184	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
ALVAREZ MUÑOZ HERNAN CAMILO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.193.481.862	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
ALVAREZ MUÑOZ HERNAN CAMILO

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.193.481.862

Espacio para notas
VALIDO PARA TRAMITES LEGALES Y CIVILES

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio
COLOMBIA PUTUMAYO SAN MIGUEL(LA DORADA) — Código: X 6 2

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)
Año 2 0 2 1 Mes M A R Día 1 9

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
Adhesivo Copia Registro Civil
26209142-5

Nombre y firma del funcionario
ROY EDISON CALVO QUIRAMA
Registrador del Estado Civil

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.122.342.184**

ARIAS REALPE

APELLIDOS

ALENK GISSELA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **31-OCT-1997**

SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.59	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

04-NOV-2015 SAN MIGUEL(LA DORADA)

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-6401800-00769304-F-1122342184-20151128 **0047**564793A 1 45057760

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.193.481.862**

ALVAREZ MUÑOZ

APELLIDOS

HERNAN CAMILO

NOMBRES

Hernan Alvarez

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-JUL-2001**

PASTO
(NARIÑO)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

22-JUL-2019 SAN MIGUEL(LA DORADA)

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-6401800-01095192-M-1193481862-20190824 **0067**549552A 1 51874466



E.P.S. INDIGENA MALLAMAS

REPUBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD REGIMEN SUBSIDIADO
CÓDIGO EPS015 - NIT 837000084-5

"La Oportunidad Sana para una Comunidad con Futuro"

ALVAREZ ARIAS GAEL SEBASTIAN
Nombres y Apellidos Completos
Doc. Identificación: RC 1122343662 Género: M
Fecha Nacimiento: 12/03/2021 Nivel Sisben:
Fecha Afiliación: 13/03/2021 Discapacidad: NA - N
Vigencia: INDEFINIDO | Carnet N°: 867570000466674
Dirección: B/ 9 DE ABRIL
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 presentación de este carné para acceder a los servicios contemplados en el POS-S
Válido únicamente en la Red Prestadora de Servicios autorizado por MALLAMAS EPS-I

VIGILADO Supersalud

GERENTE MALLAMAS EPS -I

LINEA SALUDABLE 018000-913701/7733376 IPIALES
www.mallamaseps.com.co E-mail:contactenos@mallamaseps.com.co
ESTE CARNET ES DE USO PERSONAL E INTRANSFERIBLE

Acudiente. 7

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.122.340.195**

PANTOJA REALPE

APELLIDOS

JHOANNA ALEXANDRA

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **20-FEB-1993**

VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)
(PUTUMAYO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.63	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

03-MAR-2011 SAN MIGUEL(LA DORADA)

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-6401800-00295384-F-1122340195-20110420 **00267**66920A 1 30230010

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

B1

Fecha de consulta: 26/03/2025

Ficha: 86757042478600000283

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: GAEL SEBASTIAN

Apellidos: ALVAREZ ARIAS

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122343662

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 18/11/2017

Última actualización ciudadano: 09/08/2022

Última actualización via registros administrativos: 25/11/2023

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARIA ZORAYDA LINARES MONTE

Dirección: Carrera 4 Calle 7 Esquina La Liber

Teléfono: 4210537 - 32131387

Correo Electrónico: sisben@sanmiguel-putumayo.gov

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

1. Por validación de información en otros registros administrativos.

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	1122343662
NOMBRES	GAEL SEBASTIAN
APELLIDOS	ALVAREZ ARIAS
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 -CM	CONTRIBUTIVO	13/03/2021	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/11/2025 14:47:11	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el

GRAN TERRITORIO DE LOS PASTOS E.P.S. INDIGENA MALLAMAS	CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN	CÓDIGO: AS-FR-008 VERSIÓN: 02 Vigencia: 22/12/2021

COORDINACION DE AFILIACIÓN Y REGISTRO

CERTIFICA :

Que el (la) señor(a):	**ALVAREZ ARIAS GAEL SEBASTIAN**
Identificación:	**RC: 1122343662**
Tipo Afiliado:	**Beneficiario**
Municipio:	**SAN MIGUEL**
IPS Asignada:	**ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA - PRINCIPAL**
Estado:	**Activo**
Fecha de Afiliación:	**2021-03-13**
Regimen:	**Contributivo**
Condición Discapacidad:	**N**
Tipo Discapacidad:	**NA**
Tipo Afiliación:	**SAT Res. 768 de 2018**
Nivel :	**A**

Observación :

Dada el miércoles, 26 de marzo de 2025

Cordialmente

SANDRA LILIANA PANTOJA PASCAL

Certficación Válida 7 Días únicamente para Servicios de Salud
E.P.S INDIGENA MALLAMAS
Carrrera 1N 4-56 Av Panamericana Ipiales - Colombia
PBX: 7731757 - 7738725 - 7738726
contibutivo@mallamaseps.com

RV
12

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...Sanos



E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

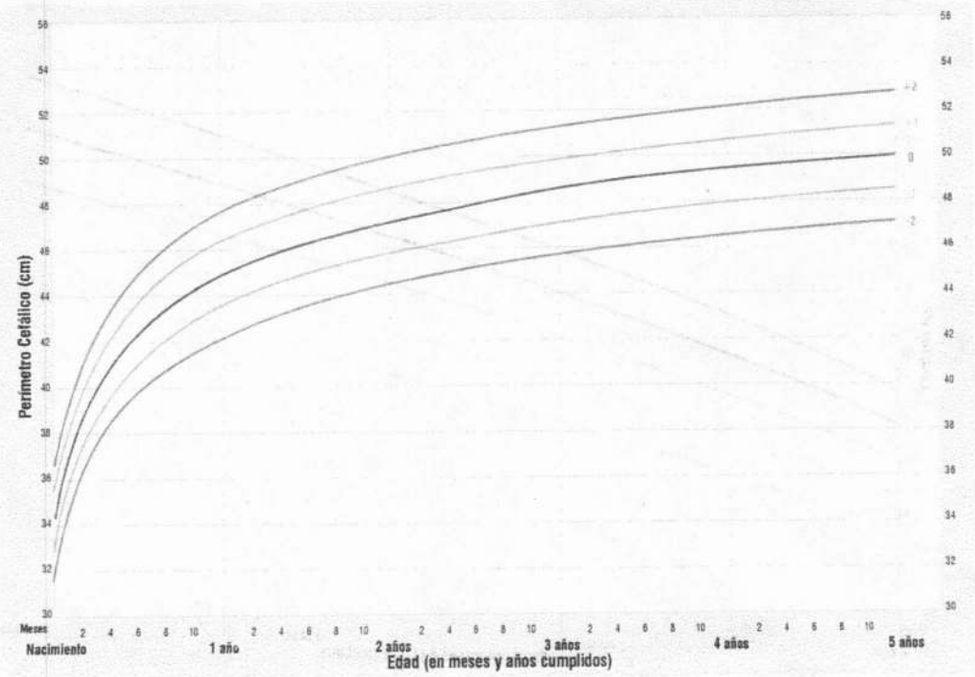
Nombres: GAEL SEBASTIAN	Apellidos: ALVAREZ ARIAS
Fecha de nacimiento: 12 DÍA | 03 MES | 2021 AÑO	Historia Clínica: 1122343662.
Barrio/Vereda: B/ 9 DE ABRIL	Responsable del niño:
Teléfono: 3226160804	EPS: 115.

CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
05	Junio	2021	ENFERMERIA. Si ✓		
30	Julio	2021	Medico		
30	Sep	2021			X
22	08	2022		/	
22	09	2022			
12	Abril-Mar	2023	Medico	SI	✓
13	Junio	2023	Peso y talla Medico		
13	Sept	2023	Enf	Si 2	
12	Marzo	2024	Médico	SÍ	
18	Marzo	2025	Enfermería	Sí	P. Pfer
12	marzo	2026	Med.		

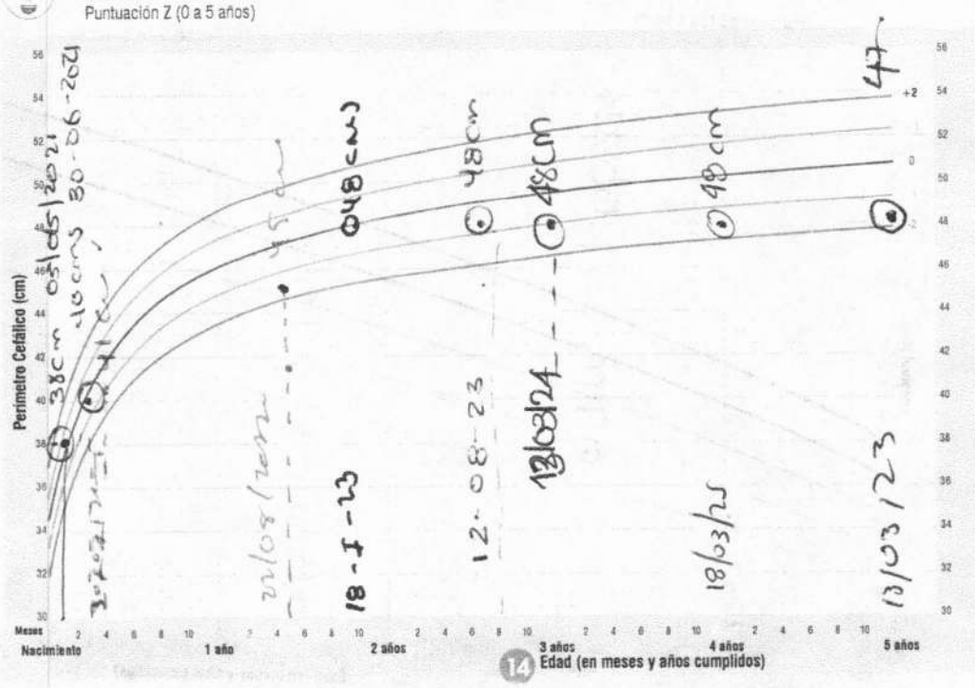
Perímetro Cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)



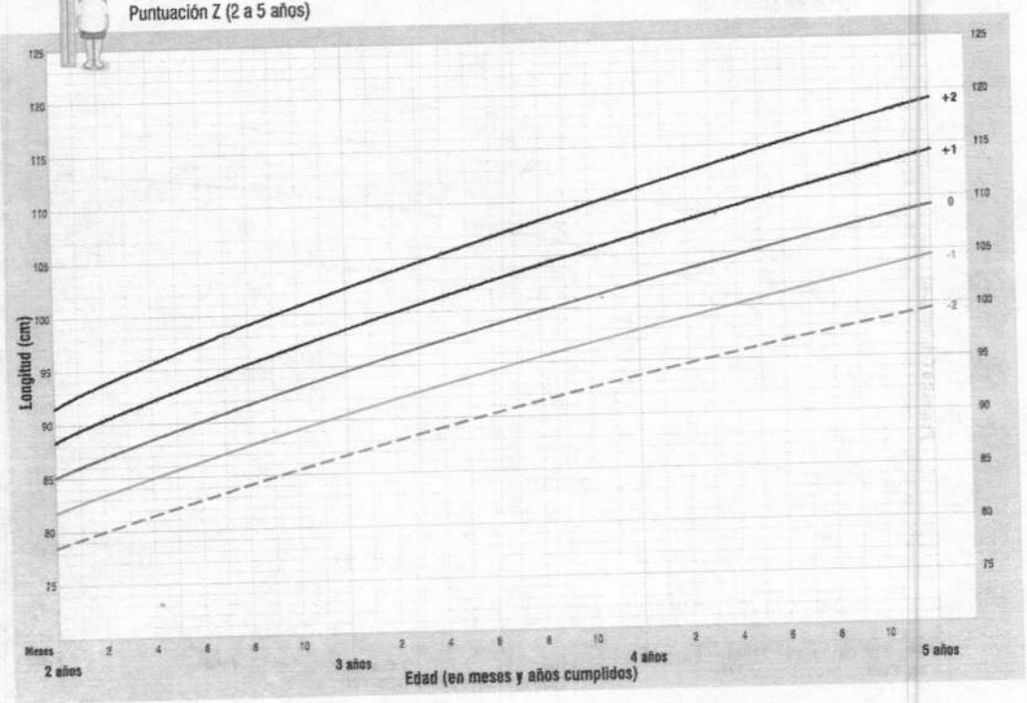
Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)



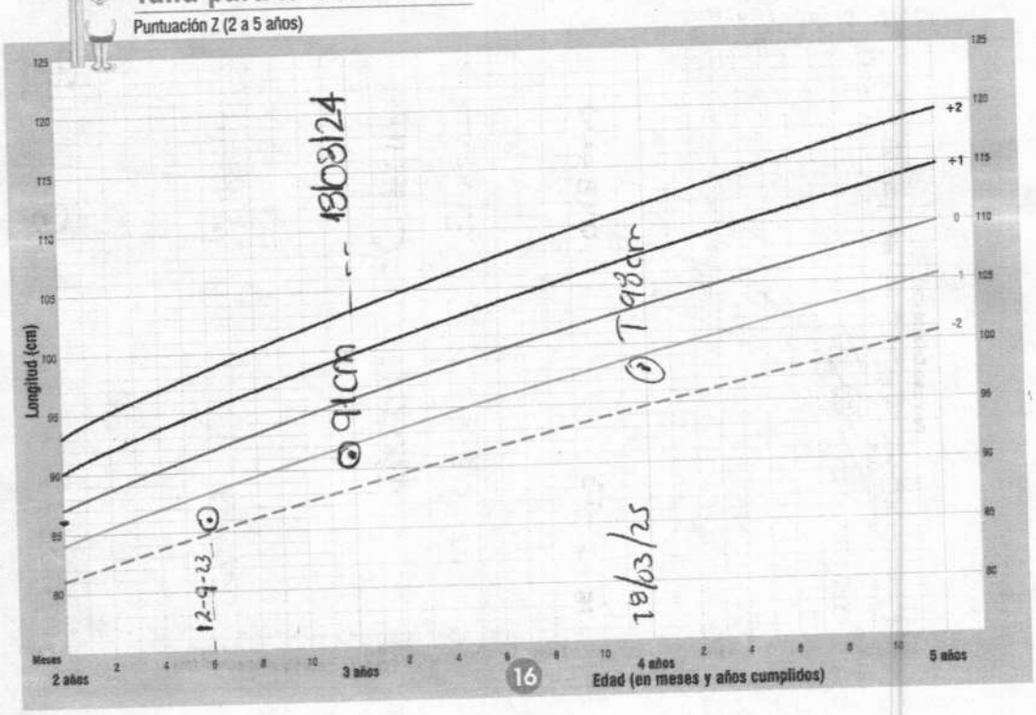
Talla para la edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



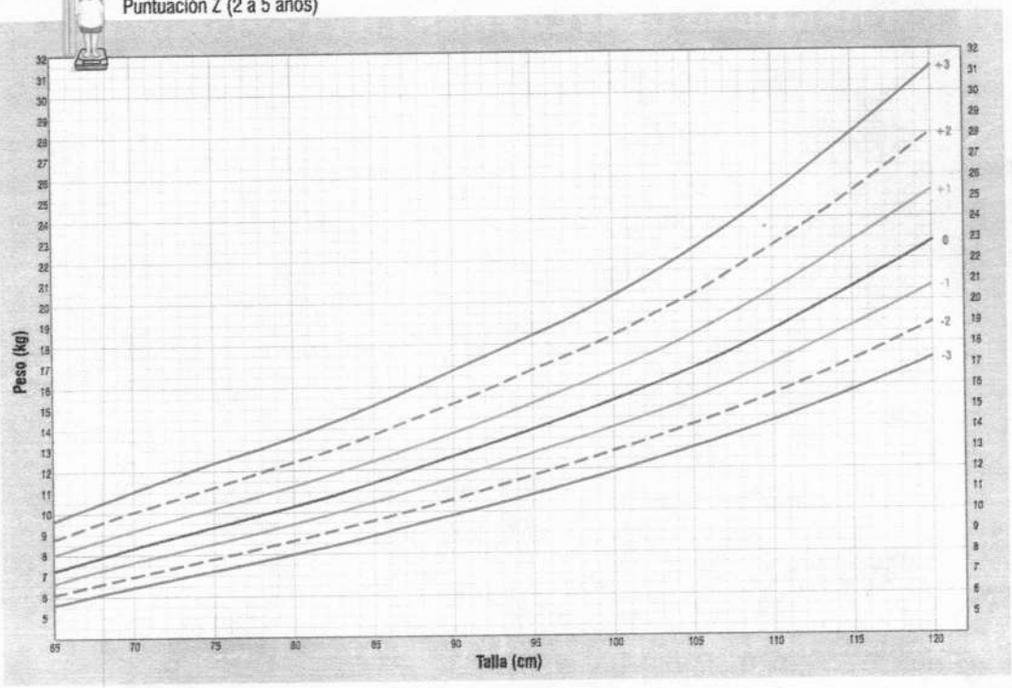
Talla para la edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



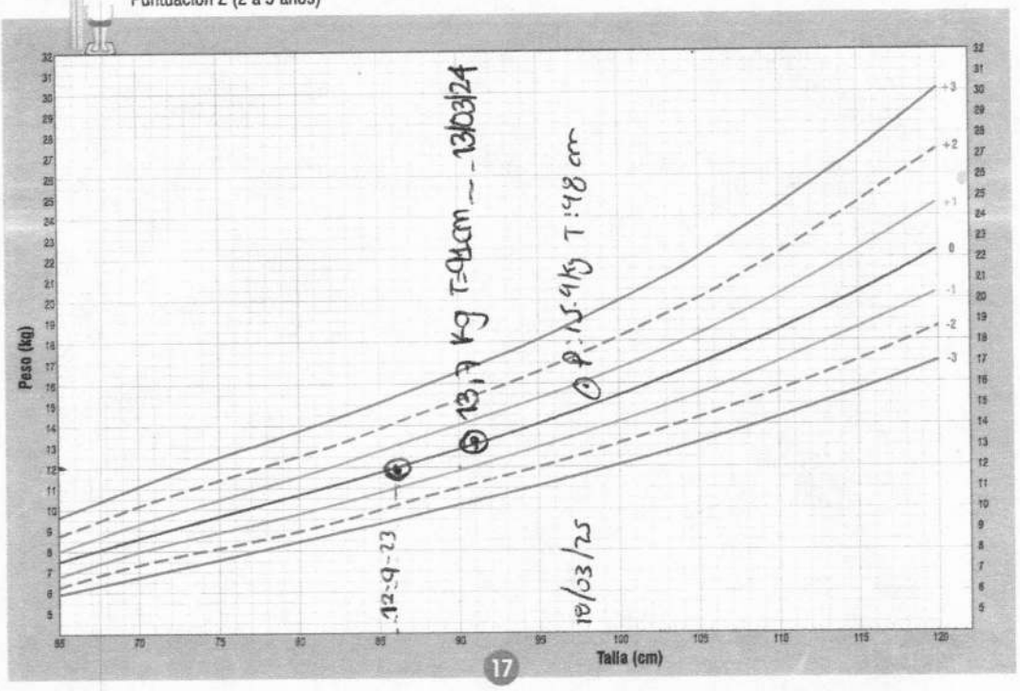
Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



Peso para la Talla Niños

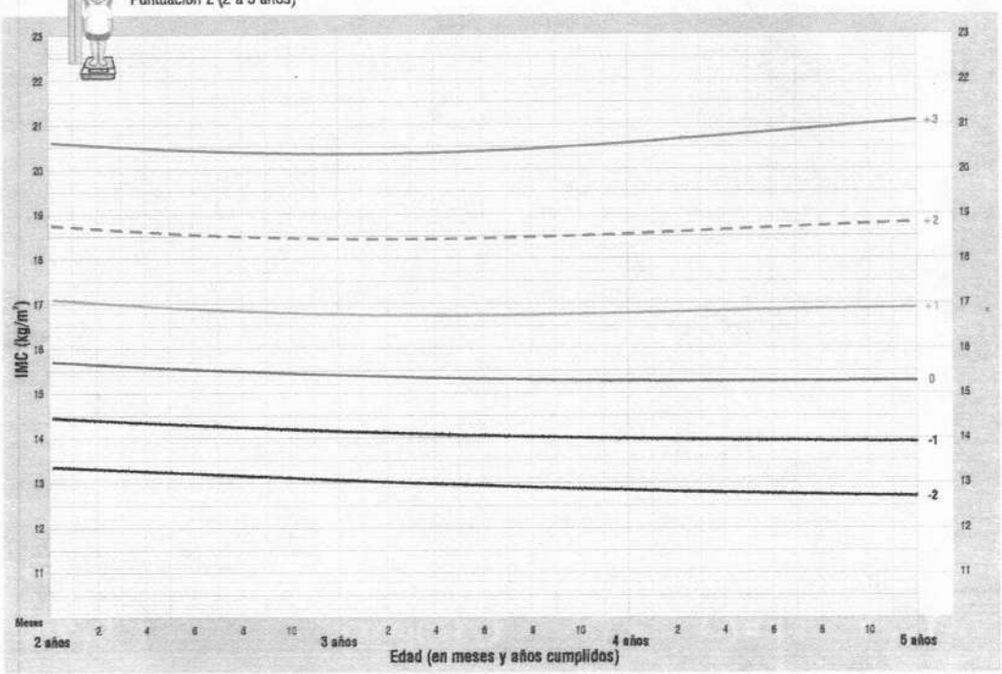
Puntuación Z (2 a 5 años)



17

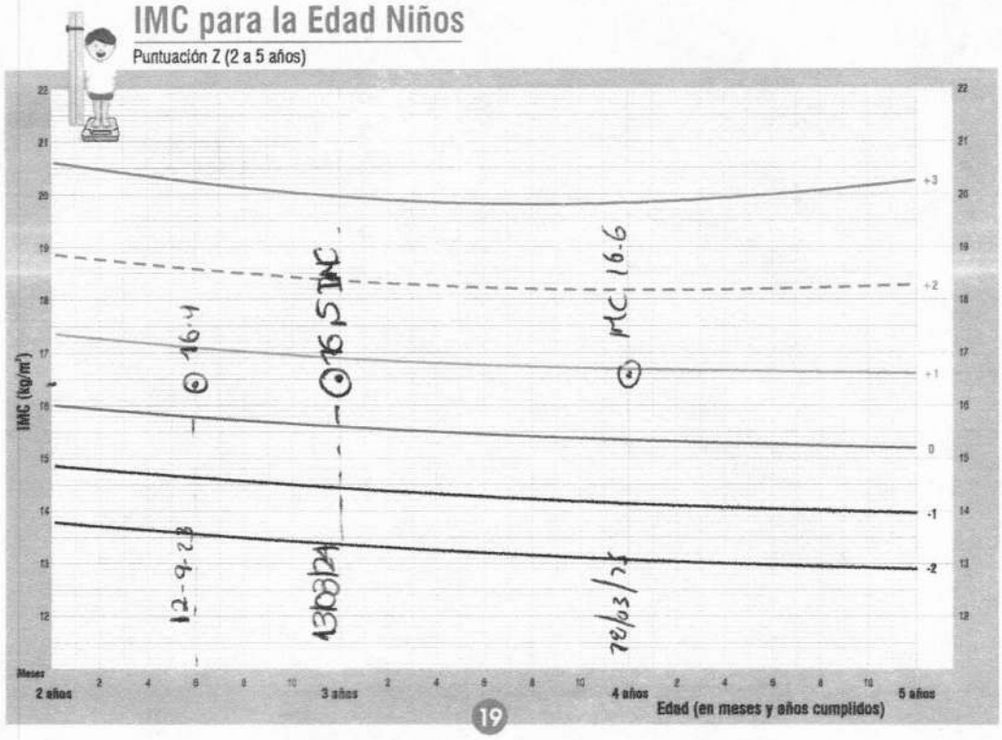
IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



CARNET
RIAS

PRIMERA INFANCIA



E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA

Mi prioridad es tu salud

Nombres y Apellidos:
Gael Sebastian Alvarez Arias

Doc. de Identidad:
1122343662

EPS:
Mallamas

Teléfono:
3226160804

Domicilio:
Bl 9 de Abril

		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												18-3-2025	
		Atención en salud por Odontología								Proximo Control 12 de Marzo 2026					
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor												3-marzo 2025	
		Profilaxis y remoción de placa													
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	>	Vacunación													

Lizeth Jiménez Trujillo
Enfermera Profesional
T. 22683
...Cauca de Caldas

Agudeza visual 20/20 Normal 18-3-2025

Higiene oral 3- Septiembre 2025

Cita: 2 meses completados

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	12-mar-21	Serum	IT037060002	ESE Hospital local		Jhon Edwar Gonzalez
	Hepatitis B	Recién nacido	12-mar-21	Serum	IT03206002A	ESE Hospital local		Jhon Edwar Gonzalez
2 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
	Polio (Oral - IM)	1ª	12-5-2021	Serum	2077004	HFID		Talya G
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	12-05-2021	Serum	28504021B	HFID		Talya G
	Rotavirus	1ª	12-05-2021	GSK	ADDIC769A	HFID		Talya G.
	Neumococo	1ª	12-05-2021	GSK	ASPNB308BA	HFID		Talya G.
4 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐					cita 12/Jul/2021	Ana Legarda
	Polio (Oral - IM)	2ª	26-Jul-2021	Serum	2017009	HFID		Ana Legarda
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	26-Jul-2021	Serum	28504018	HFID		Ana Legarda
	Rotavirus	2ª	26-Jul-2021	GSK	ADDIC776	HFID		Ana Legarda
	Neumococo	2ª	26-Jul-2021	GSK	ASPNB308	HFID		Ana Legarda
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.						cita: 26-sep-2021	Paola C.
	Polio (Oral - IM)	3ª	28-09-21	Biological	2017009	HFID		Paola C.
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	28-09-21	Serum	28504018	HFID		Paola C.
	Influenza	1ª	28-09-21	Sanofi	V3C13	HFID		Paola C.
7 Meses	Influenza	2ª	03-11-21	Sanofi	V3C131	HFID	cita 28 octubre 2021	Paola C.
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	17-11-22	Serum	013CN133A	HFID		Paola C.
	Fiebre Amarilla	1ª	17-11-22	SanoFi	U3E37	HFID		Paola C.
	Neumococo	Refuerzo	17-11-22	GSK	ASPNB312AA	HFID		Paola C.
	Influenza	Anual	17-11-22	Green	UC222CC5	HFID		Paola C.
	Hepatitis A	ÚNICA	17-11-22	MSD	W004802	HFID		Paola C.
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª Refuerzo	17-11-22	Serum	2021CC12B	HFID		Paola C.
	Polio (Oral - IM)	1ª Refuerzo	17-11-22	Biological	2141C14	HFID		Paola C.
5 Años	Polio (Oral - IM)	2º Refuerzo					cita: 5 años cumplidos	
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2º Refuerzo						Edwar I
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo	17-3-2023	Serum	0131N108A	HFID		
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª						
	VPH	2ª					cita: 17/4/2023	
	VPH	3ª					SR.	
Vacunas complementarias y otras dosis		SR.	06/06/23	Serum	0122W131	HFID		Mayerly V

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.

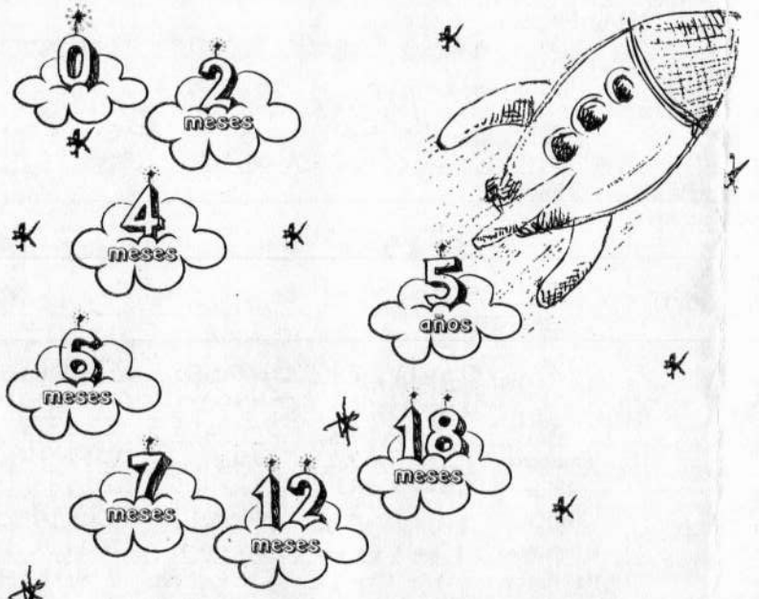
Valor reportado TSH:	
Fecha verificación:	
Profesional que verificó:	

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: Alvarez Arias Gael Sebastian
Fecha de nacimiento: 12-marzo-2021
Nº de certificado de nacido vivo: 165373560
Registro civil: 1122393662
Sexo: masculino
Grupo sanguíneo: O+
Peso al nacer: 3295 Sem: 40.1 T: 53
Dirección: B/Nueve de abril
Teléfono: 3226160804
Responsable: Alen Gissela Arias Ced/P
Municipio de residencia: San miguel.
Departamento: Putumayo.

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

RV
22

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 30 MES 04 AÑO 25 HORA: 11:20 AM

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Gael Sebastian APELLIDOS Alvarez Arias

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ NÚMERO: 1.122.393.662

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 12 MES: 03 AÑO: 2021 EDAD: 4 años Tel: 3226160804

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Hallamas

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)

Padre no autoriza vacunarlo

¿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: x [signature]

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

Nombres Alenk Gissela Apellidos Arias Realpe

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1.122.342 184-

Firma: x [signature]

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 Jimenez Zarate

Firma Kerly JZ 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.

RECOMENDACIONES

- Cepillate los dientes despues de cada comida
- mantenga una dieta balanceada baja en azucares y carbohidratos
- Cambia tu cepillo de dientes cada 2 meses si tiene gripa o tos, cambialo inmediatamente

Tu sonrisa refleja lo que tu eres

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

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

MI CARNET DE HIGIENE ORAL

E.P.S.	Mallamas
Nombres:	Gael Sebastian
Apellidos:	Alvarez Arias
Sexo:	M ☒ F ☐
Fecha de Nacimiento:	12 03 2021
Identificación:	RC 1122343662
Dirección:	N.H.C.

Servimos con amor

FECHA	PROCEDIMIENTO CP	S	F	D	PRÓXIMA CITA
18-01-23	X		X	18-ene-24	18-ene-24
18-07-23	X		X	18-ene-24	
25-01-24	X		X	25-ene-24	
21-08-24	X	X	X	21-Sep-2025	21-02-25
04-08-25	X	X	X	04-Sep-2025	
04-09-25	X	X	X	04-Nov-26	

Liliana Maribel Córdoba
HIGIENISTA ORAL
Res. 00493 de 2017

Autorización – Uso de la imagen de menor de edad:

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad GAEL SEBASTIAN ALVAREZ ARIAS, identificado (a) con documento de identidad número 1.122.343662, 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, ALENK GISSELA ARIAS REALPE, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1.122.342.184, 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 Modalidad Institucional.

Suscriben:

Firma: _____

Nombre: Alenk Gisela Arias Realpe

Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____

Teléfono de contacto: 3226160804

Fecha: 1 - Abril - 2025

Municipio: San Miguel (Putumayo)

PACTO DE CONVIVENCIA MODALIDAD INSTITUCIONAL

Para este año electivo 2025 el pacto de convivencia de CDI Fronteras de paz y Fronteras de Paz 1, ha sido socializado y actualizado de forma igualitaria y democrática con los integrantes de la comunidad perteneciente al programa de un acuerdo colectivo expresado en compromisos que se asumen con el objetivo de crear espacios apropiados para el desarrollo integral de las niñas y los niños que faciliten el desarrollo de relaciones entre niños y niñas, maestras administrativos padres de familia y demás personas que hacen parte de la primera infancia.

DERECHOS Y DEBERES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

DERECHOS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

- ✓ Que se le respeten y salvaguarden los derechos fundamentales (vida, salud, educación, integridad) de los niños y las niñas según las leyes que los amparan.
- ✓ Al afecto y buen trato y a que mi padre, madre o cuidador responsable atienda las llamadas de las maestras o personal del CDI en los horarios definidos.
- ✓ A una alimentación balanceada, acorde a su edad y según la minuta.
- ✓ Reconocimiento ante los demás compañeros.
- ✓ A que nos cuente que está pasando en la actualidad y nos expliquen porque este cambio en el modo de vida.

DEBERES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

- ✓ Saludar a las personas con las que me relaciono diariamente y comparto rutinas con mi familia.
- ✓ Reconozco que a veces me equivoco y pido disculpas, respetando a las personas con las que convivo.
- ✓ Cuido y recojo los materiales pedagógicos y mis pertenencias, utilizo las palabras; por favor, gracias, y hablo sin gritar.
- ✓ Atiendo cuando los demás me hablan y participó activamente en las actividades propuestas por las maestras o personal pertinente del CDI Fronteras de Paz, Fronteras de paz 1.
- ✓ Aplico normas de higiene (lavo mis manos con agua y jabón por lo menos cinco veces al día por más de 20 segundos. Me cepillo los dientes por lo menos; después de cada comida, antes de acostarme y después de levantarme) y a consumo los alimentos, especialmente las frutas y las verduras.
- ✓ Acudir de manera periódica a las UDS.

DERECHOS Y DEBERES DE LOS PADRES DE FAMILIA

DERECHOS DE LOS PADRES DE FAMILIA

- ✓ A que su hijo reciba una excelente atención; que las practicas, retos propuestos sean acordes a la edad y las necesidades de los niños y las niñas.
- ✓ A pertenecer a los comités de padres de familia.
- ✓ A que se le dé un buen trato por parte de los empleados y demás padres usuarios y a que se le escuche cuando presente sugerencias, quejas, reclamos o solicitudes.
- ✓ A recibir acompañamiento y orientación pertinente, y oportuna, que fortalezcan la práctica de cuidado y crianza de los niños y las niñas en el hogar.

DEBERES DE LOS PADRES DE FAMILIA

- ✓ En el momento de la matricula presentar los documentos solicitados y mantenerlos actualizados según corresponda.
- ✓ Informar a la agente educativa oportunamente situaciones que pongan en riesgo el bienestar de la familia especialmente el desarrollo integral de los niños y las niñas, por el medio de comunicación que considere

(telefónico, mensajería y/o escrito).

- ✓ Informar oportunamente si el niño o niña presenta alergias, asma, o enfermedades que afecten su estado de salud al agente educativo, en caso que impidan su asistencia justificarla en lo posible por escrito.
- ✓ A través del Buzón de Sugerencias manifestar sus Quejas, Peticiones, Reclamos, Sugerencias y/o felicitaciones.
- ✓ Si se toma la decisión de retirar la niña o el niño del CDI, Informar verbalmente mediante llamada o escrito por mensaje o carta de retiro voluntario escrito con el fin que a la maestra para que ella informe a coordinación.
- ✓ Asistir a las jornadas de formación a familia mensualmente y actividades de trabajo que se consideren necesarias.
- ✓ Hacer uso del uniforme cuando las condiciones económicas le permitan.
- ✓ Evitar el uso dentro del CDI de joyas de valor y el ingreso mecato dinero o juguetes
- ✓ Dar cumplimiento estricto a los horarios de ingreso y salida. CDI Fronteras de Paz (La Dorada), hora de ingreso 8:00 am (casos excepcionales los días de lluvia ingreso máximo hasta las 8:15 am) y hora de salida 4:00 pm. Puerto Colon hora de ingreso 8:00 am (casos excepcionales los días de lluvia ingreso máximo hasta las 8:15 am) hora de salida 4:00 pm.
- ✓ Se permitirá la apertura del portón de las instalaciones del CDI Fronteras de paz 1 Puerto Colon,10 minutos antes de la hora de ingreso, así como También en la hora Salida, (solo en casos excepcionales de días de Lluvia) con el fin de resguardar a los usuarios y a sus familias, según las condiciones climáticas.

CONSECUENCIAS DE COMPORTAMIENTOS INADECUADOS E INCUMPLIMIENTO DE DEBERES POR PARTE DE LOS PADRES DE FAMILIA.

1) En caso de incumplimiento de los deberes o acuerdos establecidos en el pacto de convivencia por parte de los padres, se procederá a iniciar un diálogo entre los padres de familia, la agente educativa, la coordinadora, Apoyo Psicosocial y/o Nutricionista, según corresponda. Como parte del proceso, se implementarán estrategias que pueden incluir llamados de atención, establecimiento de compromisos y actividades pedagógicas como trabajos comunitarios y mingas, de acuerdo con su pertinencia y viabilidad para garantizar el cumplimiento de los compromisos y actividades propuestas.

2) En caso de inasistencias no justificadas, agente educativa remitirá el caso a apoyo psicosocial y Nutricionista; quienes realizaran contacto y seguimiento por medio telefónico, en encuentro en el hogar o por el medio que sea necesario, constatando el estado y motivo de la inasistencia del usuario o usuaria y tomará las acciones pertinentes y pactará compromisos con las familias (diligenciamiento del formato de novedades); para dar continuidad a la atención en la UDS. Si reincide en otra falta se notificará a la coordinadora, quienes junto con la psicosocial verificaran la justificación a la inasistencia y activación de rutas ante el incumplimiento.

Para efectos de legalidad, se firma el presente documento a los 28 días, del mes de abril del año 2025.

PAOLA CHATES
Coordinadora pedagógica

EDDY PATRICIA LÓPEZ
Apoyo psicosocial

Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Agente educativa

Huella del niño/niña

Gael Alvarez Arias

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 24831	Pago oportuno hasta:	20-FEB-2025	Mes Facturado
Factura Nro.	2036992579	Suspensión a partir de:	21-FEB-2025	ENERO 2025

1. Información General

Nombre:	FLORO HERNAN ALVAREZ BASTIDAS		20-ENE-2025	Último pago	$ 38,970
Dirección:	VDA EL LIMONAL	Tuve servicio de energía entre:	11-DIC-2024 - 10-ENE-2025 (30)		31-ENE-20

Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Área	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Tarifa	División Geopolítica
SM4	S413	11	1	RESIDENCIAL	RURAL	1	6	AEREA	EMPRESA	105	SAN MIGUEL - EL LIMONAL

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

2. Información Consumo Energía

Componentes del Costo (CU): Generación 455.53 + Transmisión 58.19 + Distribución 257.19 + Comercialización 122.51 + Pérdidas 63.32 + Restricción 4.36 = CU 961.10 ($/KwH)

2A. Información Medidor

Marca	Serial	Factor Múltiplo
HIK	22390208	1

2B. Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	1235	1170
Reactiva:		

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

2C. Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	65	
Consumo Reactiva Kvarh:	0	
Costo del consumo $	62471.5	
Tarifa (hasta 173 Kwh):	400.91	
Subsidio: %	58.286 $	-36412.33
Contribución: %	0 $	0
Sub Total $	26059.17	

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

2D. Consumo Ultimos 6 Meses

Mes	Consumo
2024/Dic	102
2024/Nov	133
2024/Oct	88
2024/Sep	43
2024/Ago	80
2024/Jul	63

Promedio: 85

2E. Información Calidad del Servicio

Tel. O.R. EEPB 01 8000 942415
Transformador SML240 Grupo 32
DIUG 95.56 FIUG 36 Circuito C14
Cargo D 254.70 Dscto %1.20
CEC 107.04
DIU 193.79 FIU 106.00
HC 33.73 VC 16.00
Valor a compensar 10,905.05

3. Información de Créditos EEBP

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

Gerente General

4. Detalle Conceptos del Servicio de Energía

Conceptos EEBP	Valor Liquidado	Saldo Anterior	Saldo a Favor o Anticipado	TOTAL
ACTIVA SENCILLA MONOMIA	62,471.50	0	0.00	62,472
SUBSIDIO	36,412.33	0	0.00	36,412
AJUSTE A SUBSIDIO	1,373.67	0	0.00	1,374
COMPENSACION RES CREG 015/2018	10,905.05	0	0.00	10,905
AJUSTE A LA DECENA	1.01	0	0.00	1

5. Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP 16.529

6. Información Facturación Convenio Impuesto Alumbrado Público

Sujeto Activo	Operador A.P.	Convenio No.	Dirección POR	Valor Periodo	Saldo Ant.	Valor Total
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL	MUNICIPIO SAN MIGUEL	ACUERDO 008 31/08/2023	Cra 4 Cll 7 Esquina	8,69	0	8,691

7. Información Facturación Convenio Aseo y Alcantarillado

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

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

8. Información Facturación Otros Convenios

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

Total EEBP	+ Total Impuesto Alumbrado público	+ Total Aseo y/o Alcantarillado	+ Total Otros Convenios	= Debe pagar en Total
16,529	8,691	0	0	25,220

CUFE:

941b1c487497d14ed3f1846461e4440648639f7be21b0ef31295fdad7a7c
a97d63a141df1eb83a7199e990f62c9a5b3

(415)7709998005532(8020)1000203699257933(3900)0000025220(96)20250220

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

www.eebpsa.com.co @eebpsaesp /eebpsa

Fac. Electronica: EEBP 108311

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

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

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

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

RV 29

Ciudad San Miguel (La Dorada Putumayo)

Nombre completo de la niña o niño Gael Sebastian Alvarez Arias

Fecha de nacimiento Día 12 Mes 03 Año 2021 **N° Documento de Identidad** 1.122.343.662

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Olga Milena Rendon

hijo unico

Fecha de registro cualitativo Día 27 Mes 07 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

se evidencia capacidades en el niño en su manejo corporal, hace con facilidad marionetas, volantines, tiene buena coordinación motora, interactua con facilidad en actividad de competencias y de habilidades motoras.
- su comunicacion verbal es acorde para su rango de edad.
- se continuara promoviendo normas desde casa y en el CDI ya que en ocasiones el niño presenta algunas comportamiento inusuales.

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

●

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador OLGA MILENA RENDÓN

Fecha de registro cualitativo Día 3 Mes 10 Año 2025

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

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

Observaciones generales

● Gael es un niño muy extrovertido le agrada participar en cada una de las actividades pedagogicas, tiene buena coordinación motora, Explica y se expresa con facilidad comentando de manera detallada pq que hizo algo. cada vez es mas independiente en sus rutinas de aseo y cuidado 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)***

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

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

SECRETARIA DE EDUCACIÓN DE PUTUMAYO "Construyendo región con educación"	FORMATO DE INSCRIPCIÓN	Página 1 de 1
		Código: C03.03.F01 Versión: 1.0
Macro proceso: C Gestión de la Cobertura Educativa		

Fecha: 06-11-2025 No. De inscripción: [ ] Grado al que se inscribe: 0 Municipio: San Miguel E. Educativo Sede Awa Matna.

DATOS DEL ESTUDIANTE

APELLIDOS: Alvarez Arias NOMBRES: Gael Sebastian

LUGAR DE NACIMIENTO: pt. Asis 12/03/2021 FECHA DE NACIMIENTO: DÍA 12 MES 03 AÑO 2025

Genero: M [X] F [ ] EDAD: 4 años Tipo de Documento: RC [X] TI [ ] CC [ ] PE [ ] CE [ ] Cer. Cab. [ ] NES [ ]

No. Documento 1122343662 EXPEDIDA EN San Miguel pto.

CON QUIEN VIVE? Papá y Mamá [ ] Mamá [X] Papá [ ] Abuelos [ ] Número de hermanos: 1

PROVIENE DE OTRA INSTITUCIÓN EDUCATIVA? SI [ ] NO [ ] ¿CUAL? _____

INSTITUCIÓN: PÚBLICA [ ] PRIVADA [ ] REPITENTE? SI [ ] NO [ ]

TIENE HERMANOS ESTUDIANDO EN ESTE ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO?: SI [ ] NO [X]

NOMBRES _____ GRADO _____

NOMBRE DE LA EPS A LA CUAL ESTÁ AFILIADO Mallamas

DISCAPACIDADES: AUDITIVA ___ VISUAL ___ MOTORA ___ COGNITIVA ___ AUTISMO ___ MÚLTIPLE ___ OTRO ___

CUAL _____ TIPO DE SANGRE: O+ (Si presenta alguna discapacidad favor presentar certificado médico)

¿PERTENECE A UNA ETNIA? SI [X] NO [ ] ¿CUAL? Awa LENGUA MATERNA: Awapit

A QUE RESGUARDO PERTENECE? R. Awa Union la Dorada

NIVEL SISBEN _____ ESTRATO _____ ¿PERTENECE A FAMILIAS EN ACCIÓN? SI ___ NO ___

¿HIJO VETERANO FUERZA PÚBLICA? SI ___ NO ___

¿BENEFICIARIOS HÉROES DE LA NACIÓN? SI ___ NO ___

¿HIJO DE MADRE CABEZA DE FAMILIA? SI ___ NO ___

DATOS FAMILIARES

NOMBRE DEL PADRE O ACUDIENTE: Hernan Alvarez C.C. No: 1193481862 DE San Miguel OCUPACIÓN Conductor.

NOMBRE DE LA MADRE O ACUDIENTE: Alenk Arias C.C. No: 1122342184 DE San Miguel OCUPACIÓN Cordinadora O.

DIRECCIÓN RESIDENCIA: _____ BARRIO: B19 abril. VEREDA B1 ZONA URBANA _____ RURAL X

TELÉFONO CASA _____ TELÉFONO CELULAR PADRE: _____ TELÉFONO CELULAR MADRE 3226160804 TELÉFONO TRABAJO _____

(SOLO EN CASO DE NO VIVIR CON SUS PADRES)

ACUDIENTE: Alenk Arias PARENTESCO Madre C.C. No: 1122342184 DE San Miguel OCUPACIÓN Cordinadora O. Celular: 3226160804.

REQUISITOS: Fotocopia legible del documento de identidad – Fotocopia del carnet de salud – Fotocopia del carnet de vacunas hasta los nueve (9) años – Una fotografía 3x4.

FIRMA DEL PADRE DE FAMILIA o ACUDIENTE

Wilinton Gonzalez cc 1122337049.

FIRMA Y NOMBRE LEGIBLE DE RECIBIDO POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

Se tendrá en cuenta los formularios que tengan la información y documentación completa

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Gael Sebastian Alvarez **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Jardin-1. **AGENTE EDUCATIVO:** Milena Rendon

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 1-Abril-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 19-Nov/25	El dia de hoy la madre del niño Solicito Permiso en coordinación para su hijo por los dias Noviembre 2025 - Por motivo de asunto Familiar	• Se anexara a la novedad el permiso que la madre va a presentar para justificar la inasistencia del niño. • Siendo la 1:00pm del dia la madre del niño se acerco al CDI para recoger a su hijo. Solicito permiso por los dias 20-21- Noviembre-2025 • Siendo las 9:00am del dia jueves 20-Nov/2025 A. Educativo se comunica via whatapps, madre manifiesta que estar muy bien Sin ninguna novedad	A. Educativo	

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
VIERNES 21-11-2025	El dia viernes 21-11-2025- la madre dd niño Gael se comunico via whatopps manifestando que su hyo esta bien que el dia lunes 24-11-2025 ya se reintegra nuevamente al CDI. F. Madre Flia. F. Maestra

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Gael Alvarez Arias **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Jardin 1. **AGENTE EDUCATIVO:** Milena Rendon

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 1- Abril- 2023

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
Martes 9-09-2023	Siendo las 9:11 pm del día lunes- 8-09-2023, la madre del niño Gael Alvarez, informa que su hijo tubo uno accidente en casa fue abrazar el perro y accidentalmente lo piso y el perro reaccionó mordiendolo en su boquita. la cual la madre lo llevo al hospital por el area de urgencias le realizaron curacion no le hicieron saturación. mamita tambien manifiesta que el perro es de ella y no cuenta con las vacunas,	• Agente Educativo dio a conocer la novedad en coordinación. El dia martes 9-9-2023 el niño Gael asistio normalmente al C.D.I se evidencia que donde lo mordio el perro esta un poco inflamado.	A. Educativo	

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
9/9/25	Desde el componente de salud y nutrición se establece comunicación con la madre de familia para indagar sobre el accidente reportado y el tratamiento a seguir. Ella menciona que durante estos días Necesita llevar al niño en las tardes para la aplicación de vacuna antirábica, Ademas de la realización de lavados en la herida. Por lo tanto se pide a la madre enviar el tratamiento a seguir con el soporte médico otorgado por urgencias. Ella menciona que enviará la información en la tarde y tambien se le informa que se continuara con el seguimiento al estado de salud, Mientras tanto el niño continua asistiendo al CDI. Nutricionista.
10/09/25	El niño ingresa con normalidad al CDI, no se observa irritación en el labio afectado, ni inflamación. Sin embargo se continuara revisando la herida en el transcurso del dia. Tambien se realiza comunicación con la madre para preguntar si le estan realizando seguimiento de la aplicación de la vacuna por medio de un carné, ella manifestó que no, pero se compromete a preguntar el 11 de septiembre, ya que ese día se realiza la segunda aplicación de la vacuna antirrábica.
15/09/25	La madre envía vía whatsapp el soporte de registro de vacunación antirrabica, en donde se observa la aplicación de la misma. Sin embargo el esquema esta programado hasta el dia 22 de septiembre

E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA

ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

codigo de habilitacion 867570002101 Nit: 846002309

Dir:Barrio El Paraiso Tel: 3134821413

ORDEN MEDICA URGENCIAS.

PACIENTE:	ALVAREZ ARIAS GAEL SEBASTIAN			**FOLIO No:** 270836	**FECHA:** 08/09/2025 10:37 p.m.
No HISTORIA:	1122343662	**EDAD:**	4 Años 5 Meses	**ADMIN No:** 1483009	
IDENTIFICACION:	RC1122343662	**SEXO:**	Masculino	**TELEFONO:** 3226160804 3219703767	
EMPRESA:	MALLAMAS EPS I CONTRIBUTIVC	**FEC. NAC:**	12/03/2021	**MUNICIPIO:** PUERTO ASIS PUT	
REGIMEN:	Contributivo			**DIRECCION:** NUEVE DE ABRIL. SAN MIGUEL (P).	

DIAGNOSTICO

W540 MORDEDURA O ATAQUE DE PERRO. EN VIVIENDA

No.	CODIGO	DESCRIPCION	CANT.
1	5DS002	DERECHOS DE SALA DE CURACIONES O PROCEDIMIENTOS Observaciones: 1 CADA DIA POR 5 DIAS	5

Dr. Armando Alvarado

E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA

ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

codigo de habilitacion 867570002101 Nit: 846002309

Dir:Barrio El Paraiso Tel: 3134821413

FORMULACION MEDICAMENTOS URGENCIAS.

FOLIO No: 270163 **FECHA:** 08/09/2025 10:38 p.m.

PACIENTE: ALVAREZ ARIAS GAEL SEBASTIAN
No HISTORIA: 1122343662
IDENTIFICACION: RC1122343662
EMPRESA: MALLAMAS EPS I CONTRIBUTIVC
REGIMEN: Contributivo

EDAD: 4 Años 5 Meses
SEXO: Masculino
FEC. NAC: 12/03/2021

ADMIN No: 1483009
TELEFONO: 3226160804 3219703767
MUNICIPIO: PUERTO ASIS PUT
DIRECCION: NUEVE DE ABRIL. SAN MIGUEL (P).

DIAGNOSTICO

W540 MORDEDURA O ATAQUE DE PERRO. EN VIVIENDA

No.	CODIGO	DESCRIPCION	CANT.	ENTREG.	DURACION
1	210465-02	Cefalexina suspension 250 mg/5ML (SUSPENSION) Concentracion:250MG 5ML mg/ml Dosificaion: TOMAR 6 CC CADA 6 HRS Via ORAL	1-Uno		7
2	19929516-03	Acetaminofen 150 mg jarabe (JARABE) Concentracion:150 mg mg/ml Dosificaion: TOMAR 8 CC CADA 6 HRS Via ORAL	1-Uno		3

FARMACIA - ENTREGADO

0 8 SEP 2025

Dr Armando Ahumada
R.M. 521578
U. NACIONAL

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

Firma Paciente: Dispensador: Validacion Farmaceutica:

Fecha Impresion: 08/09/2025

InfoSalud Net

E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA

ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

codigo de habilitacion 867570002101 Nit: 846002309

Dir:Barrio El Paraiso Tel: 3134821413

ORDEN MEDICA URGENCIAS.

PACIENTE:	ALVAREZ ARIAS GAEL SEBASTIAN			**FOLIO No:** 270835	**FECHA:** 08/09/2025 8:32 p.m.
No HISTORIA:	1122343662	**EDAD:**	4 Años 5 Meses	**ADMIN No:** 1483009	
IDENTIFICACION:	RC1122343662	**SEXO:**	Masculino	**TELEFONO:** 3226160804 3219703767	
EMPRESA:	MALLAMAS EPS I CONTRIBUTIVC	**FEC. NAC:**	12/03/2021	**MUNICIPIO:** PUERTO ASIS PUT	
REGIMEN:	Contributivo			**DIRECCION:** NUEVE DE ABRIL. SAN MIGUEL (P).	

DIAGNOSTICO

W540 MORDEDURA O ATAQUE DE PERRO. EN VIVIENDA

No.	CODIGO	DESCRIPCION	CANT.
1	993505	VACUNACION CONTRA RABIA	4

OBSERVACIONES:

ESQUEMA DE VACUNACION:
DIA 0 = 08/09/2025
DIA 3 = 11/09/2025
DIA 7 = 15/09/2025
DIA 14 = 22/09/2025