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: 1.122.343.668

Fecha nacimiento: 8 | 3 | 2021

Nombres: Anayd - Samanta

Apellidos: Gomez Arboleda.

Presenta discapacidad? ( ) Si (●) No

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

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

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

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

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

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

Departamento residencia: Putumayo

Municipio de residencia: San-Miguel

Zona: Rural

Barrio:

Vereda: Risaralda

Sector:

Dirección: Alado de las Piscina Kanway.

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: 1.006.666.597

Nombres: Karen-Yulieth

Apellidos: Arboleda Zuñiga

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 30 | 11 | 2001

Correo electrónico: karen668@gmail.com

Número de celular: 3108152349

Número de fijo:

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

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

Nombre y Firma del padre, madre y/o cuidador: Karen A.

Nombre y Firma del profesional que diligencia: OLGA RENDÓN

Observaciones:

Fundación
Alma de Vida
Fomentando Caminos de esperanza

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO: Anayd Samanta Gomez Arboleda

N° DOCUMENTO: 1.122.343 668 **TIPO DOCUMENTO: RC** X **CC** ___ **OTRO** ___

FECHA DE NACIMIENTO: 8-marzo- 2021 **EDAD:** 4 años

LUGAR DE NACIMIENTO: Puerto ASIS (putumayo)

NOMBRE DE LA UDS: C.D.I Fronteras de Paz

CODIGO UDS: 867571126972 **BARRIO/VEREDA:** Bl 7 de Agosto

FECHA DE INGRESO: 1-Abril- 2025 **FECHA DE RETIRO:** ___

SISBEN: A2 (PE) **EPS:** EMSSanar **RÉGIMEN (C)**___ **(S)** X

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

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

GRUPO AFROCOLOMBIANO: SI___ **NO** X **¿CUAL?** ___

NOMBRE DE LA MADRE: Karen Yulieth Arboleda Zuñiga

N° CÉDULA: 1.006.666.597 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Miguel

NOMBRE DEL PADRE: Harol Arley Gomez Muñoz

N° CÉDULA: 1007.816.492 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Migud

N° DE CELULAR: 3108152349

NOMBRE DEL ACUDIENTE: Mayerli Vanesa Arboleda Zuñiga

N° CÉDULA: 1.006.788.366 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Miguel

DIRECCIÓN VIVIENDA: V1 Risaralda **ZONA POBLACIONAL: (R)** X **(U)**___

NUMERO DE CELULAR 3209755496

Karen A.
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

OLGA RENDÓN
NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO

3

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO
Número: **N** 1220577

NUIP 1.122.343.668

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco X

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
GOMEZ ARBOLEDA ANAYD SAMANTA

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)											Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año	2	0	2	1	Mes	M	A	R	Día	0	8	FEMENINO	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	2	5	0061318414

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
ARBOLEDA ZUÑIGA KAREN YULIETH

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.006.666.597	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
GOMEZ MUÑOZ HAROL ARLEY

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.007.816.492	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
GOMEZ MUÑOZ HAROL ARLEY

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.007.816.492

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 Z

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)											
Año	2	0	2	1	Mes	M	A	R	Día	2	5

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
26209158-5

Nombre y firma del funcionario

ROY EDISON CALLE QUIRAMA
Registrador del Estado Civil

24

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.006.666.597**
ARBOLEDA ZUÑIGA
APELLIDOS
KAREN YULIETH
NOMBRES

Karen A
FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **30-NOV-2001**
PUERTO ASIS
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54	**A+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

27-FEB-2020 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-6401800-01138009-F-1006666597-20200312 **00705**90552A 1 53568141

5.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.007.816.492**

GOMEZ MUÑOZ

APELLIDOS

HAROL ARLEY

NOMBRES

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **19-DIC-2000**

VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)
(PUTUMAYO)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

28-ENE-2019 SAN MIGUEL(LA DORADA)

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-6401800-01109290-M-1007816492-20191110 **00688**51135A 1 9910703717

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

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

Ficha: **86757674952700000248**

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: **ANAYD SAMANTA**

Apellidos: **GÓMEZ ARBOLEDA**

Tipo de documento: **Registro civil**

Número de documento: **1122343668**

Municipio: **San Miguel**

Departamento: **Putumayo**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **26/07/2023**

Última actualización ciudadana: **26/07/2023**

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre del administrador: **MARÍA 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	1122343668
NOMBRES	ANAYD SAMANTA
APELLIDOS	GOMEZ ARBOLEDA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	SAN MIGUEL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EMSSANAR S.A.S.	SUBSIDIADO	27/07/2021	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/11/2025 14:48:31	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS EMSSANAR EPS SAS
Régimen Subsidiado

EMSSANAR EPS SAS, CERTIFICA que el afiliado relacionado a continuación, presenta la siguiente información a la fecha de su expedición:

Tipo y Número de identificación:	RC 1122343668
Apellidos:	GOMEZ ARBOLEDA
Nombres:	ANAYD SAMANTA
Ficha Sisben:	86757674952700000248
Nivel Sisben:	Nivel I
Grupo Sisben	A02
Tipo de discapacidad:	Ninguna
Plan de salud:	Régimen Subsidiado
Estado de servicio:	Vigente
Fecha de Afiliación:	27/07/2021
Departamento de Afiliación:	PUTUMAYO
Municipio de Afiliación:	SAN MIGUEL
Zona:	Rural - Dispersal

IV - Afiliado cumple con metodología IV SISBEN.

IPS de atención de primer nivel

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

Tiene derecho a recibir los servicios contemplados en el Plan de Beneficios en Salud.
Válida únicamente para comprobación de derechos de la red prestadora, en la fecha de expedición. No es válido para aclarar multiafiliación ni para traslados (Decreto 806 Artìculo 55 y 56).

Señores Prestadores: Esta certificación es válida únicamente para corroborar el estado del afiliado en el momento de la prestación del servicio, de la población contratada y remitida periódicamente por la institución según normatividad. En ningún momento esta certificación puede ser empleada para reemplazar las autorizaciones necesarias para la prestación de servicios en los niveles superiores de complejidad

En constancia se firma el 25 de Marzo de 2025 a solicitud del interesado.

JEFE COMERCIAL
EMSSANAR EPS SAS

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

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...Sanos



E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

Nombres: AYNAYD SAMANTA

Apellidos: GOMEZ ARBOLEDA

Fecha de nacimiento: 08 DÍA | 03 MES | 2021 AÑO

Historia Clínica: 1122343668

Barrio/Vereda:

Responsable del niño: Karen Arboleda

Teléfono: 3108152349

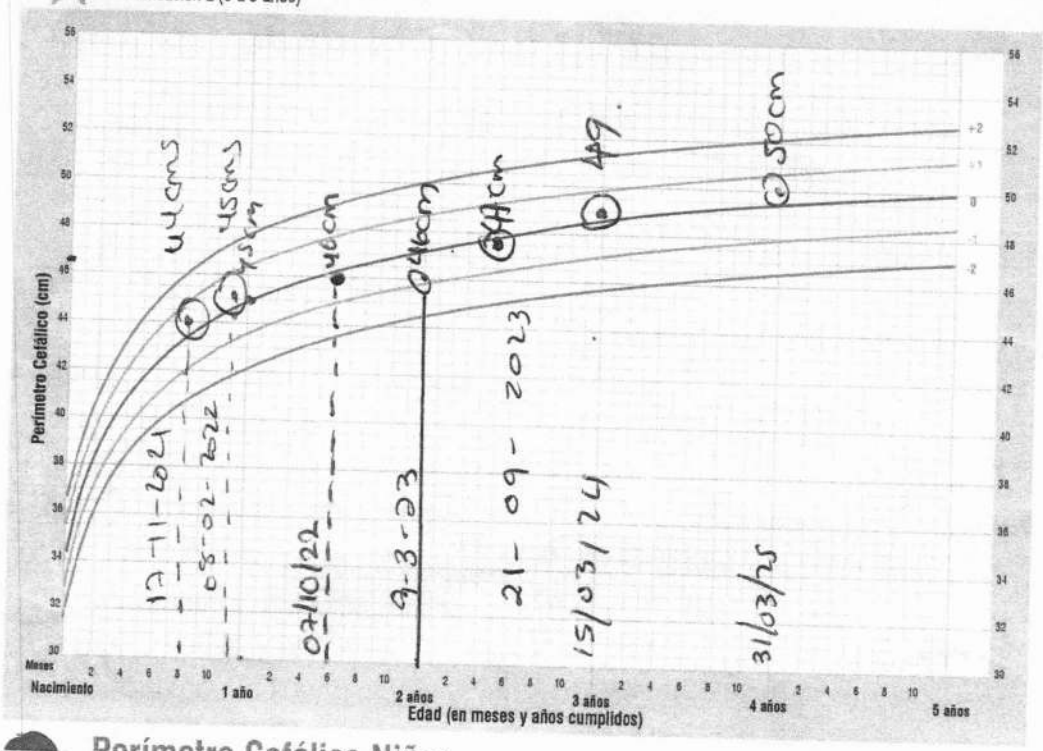
EPS: Emssanar

CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ	
				SI	NO
07	sep	2021	Ingreso	Si ✓	
08	nov	2021	Enf	Si ✓	
08	Enero	2022	Enfer	Si ✓	
08	Mayo	2022	Medico	Si ✓	
08	Octubre	2022	Enf	Si ✓	
08	Marzo	2023	Medico	✓	
09	Sep	2023	Enf.	✓ Si	
15	03	2024	Medico	Si ✓	Dra. Magaly Cabrera Médico General R.M. 6702-189-Univalle
31	03	2025	~~Enf~~	Si	
08	Marzo	2026	Med		

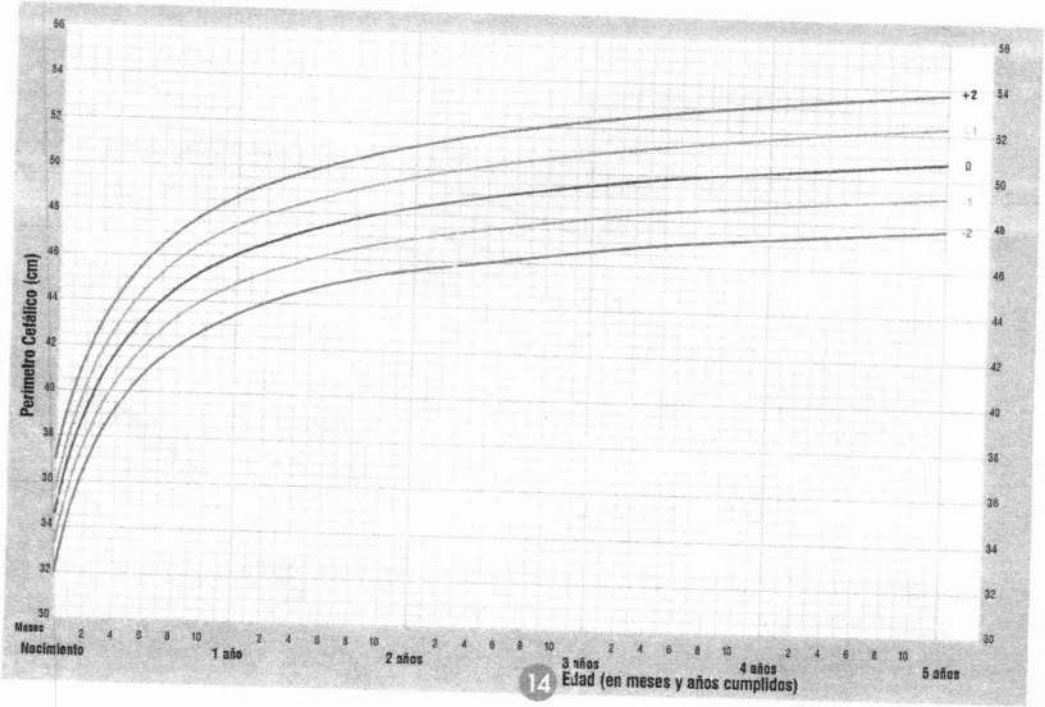
Perímetro Cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)



Perímetro Cefálico Niños

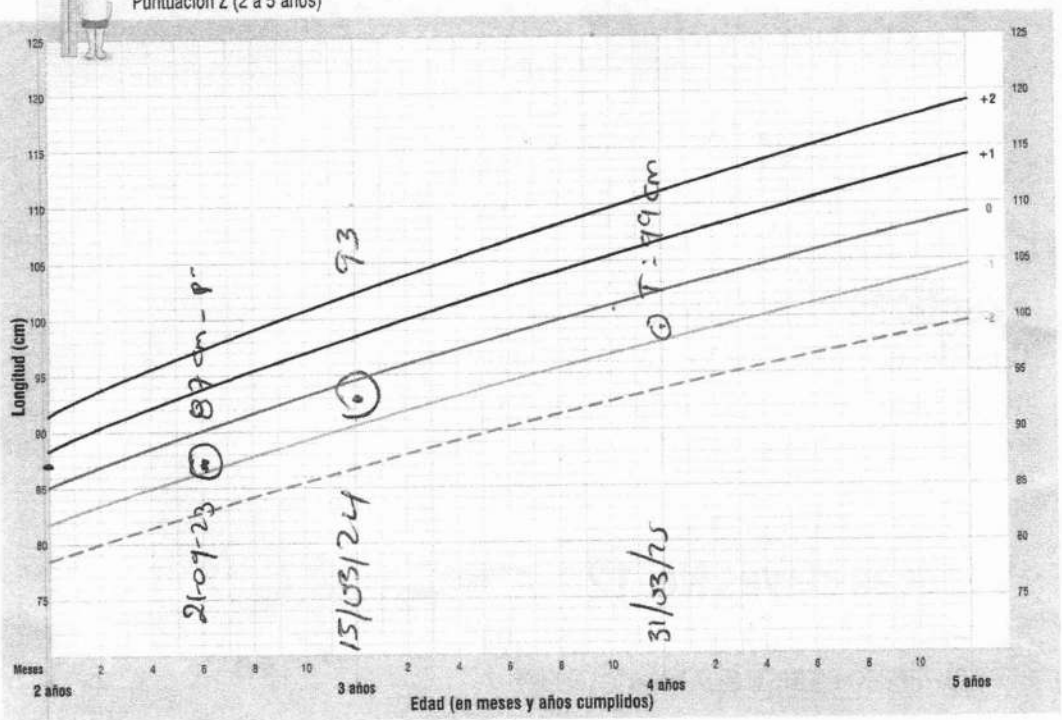
Puntuación Z (0 a 5 años)



12

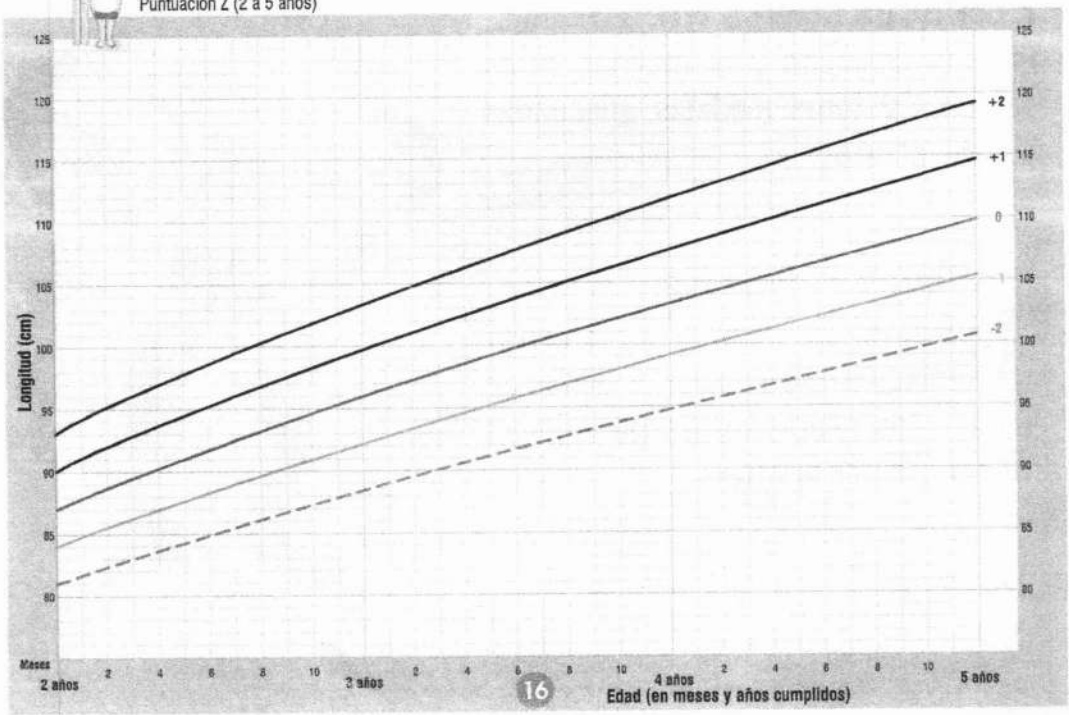
Talla para la edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



Talla para la edad Niños

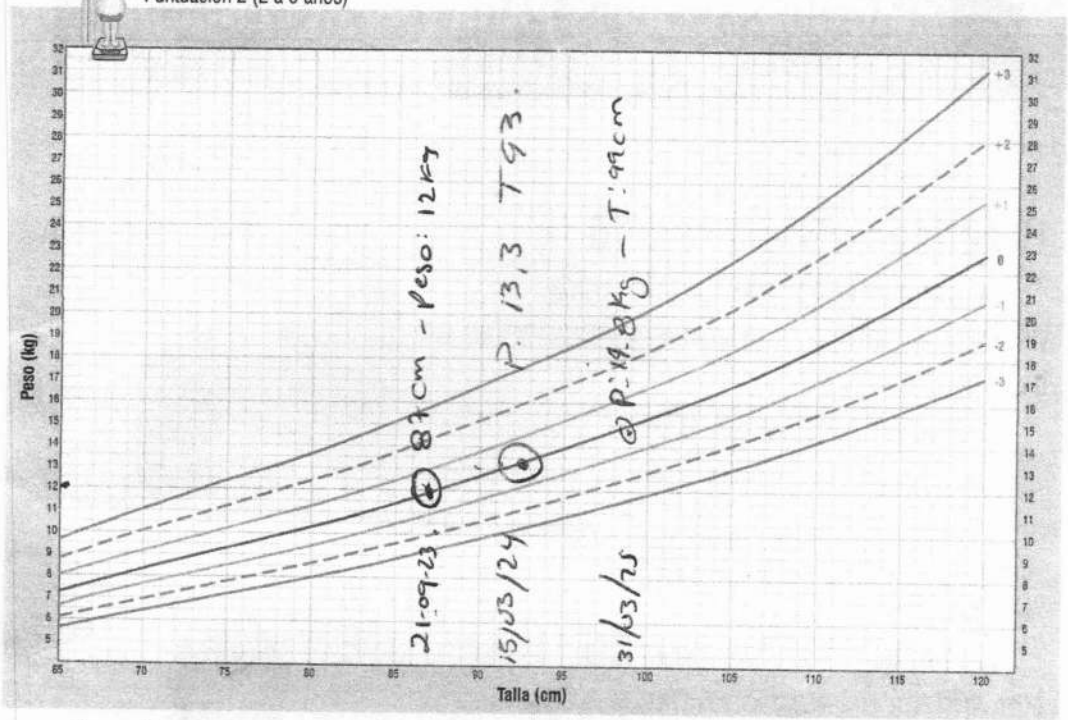
Puntuación Z (2 a 5 años)



13

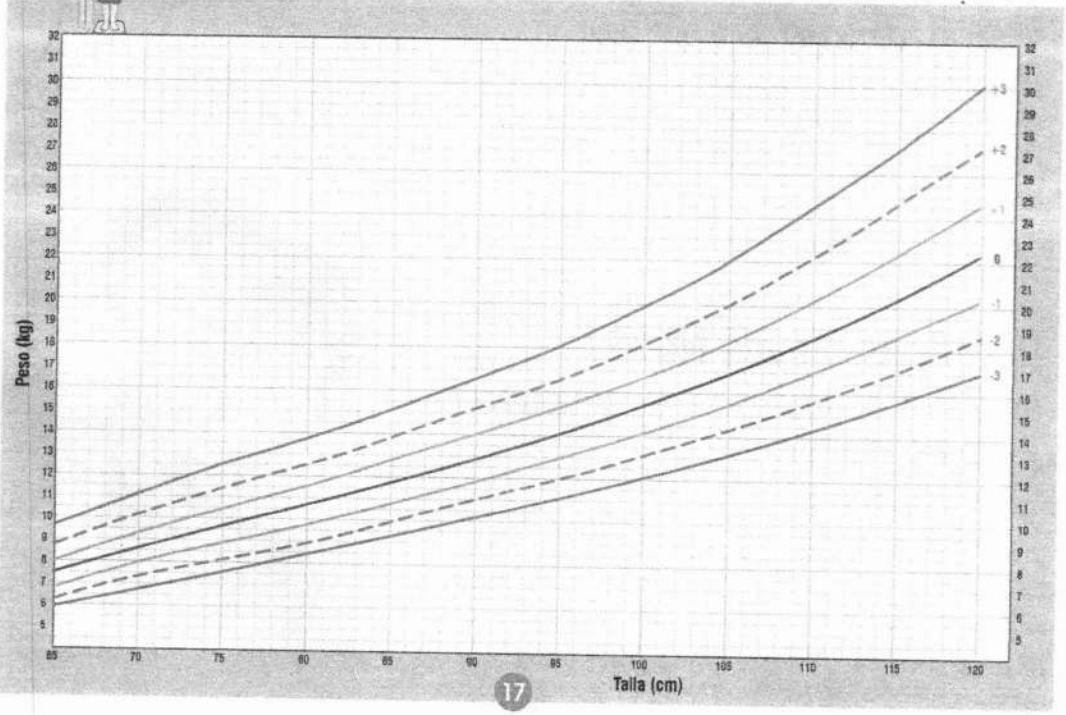
Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



Peso para la Talla Niños

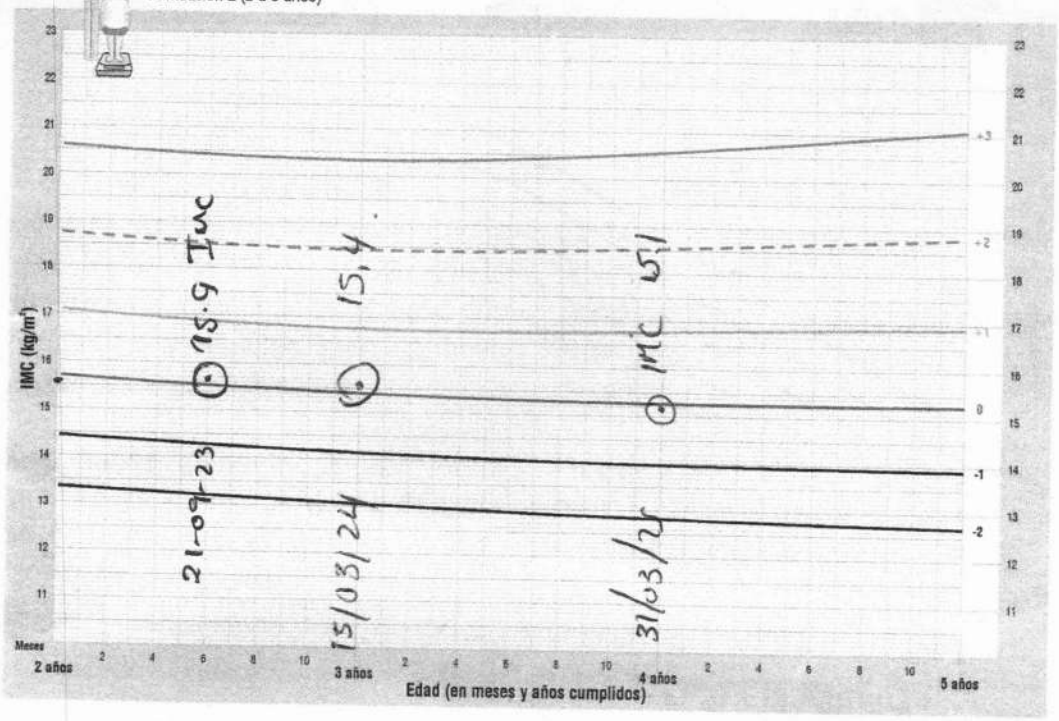
Puntuación Z (2 a 5 años)



10

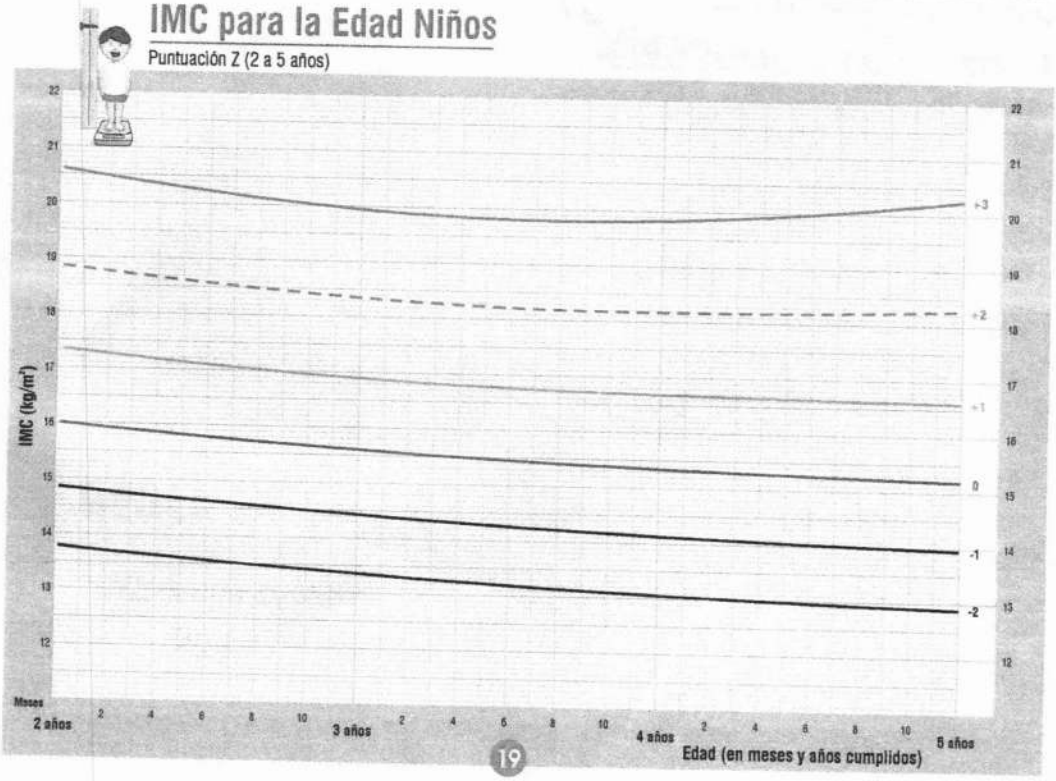
IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



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

Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

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

CARNET RIAS **PRIMERA INFANCIA**

E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA

Mi prioridad es tu salud



Nombres y Apellidos: Anayd Samanta Gomez Arboleda

Doc. de Identidad: 1122343668

EPS: Emssanar

Teléfono: 3108152349

Domicilio: V/ Risaralda

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												31-3-2025	
		Atención en salud por Odontología							proximo		control		8 marzo		2026
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor											14-11-2024		
		Profilaxis y remoción de placa													
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	V	Vacunación													

Lizeth Jiménez Trujillo
Enfermera Profesional
Reg. 22083
Universidad de Caldas

Agudeza visual 20/20 normal 31-3-2025

Higiene oral 14- mayo 2025 Proxima cita

RV
16

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.

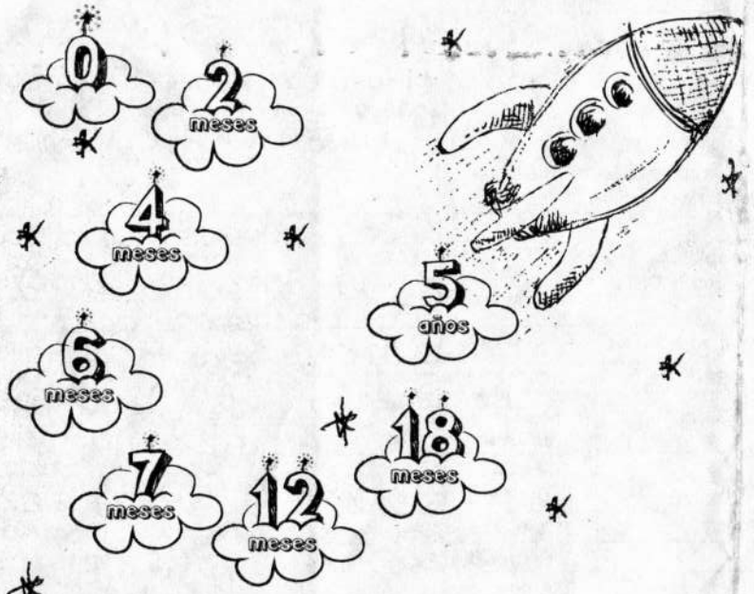
Valor reportado TSH:	
Fecha verificación:	
Profesional que verificó:	

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 hay 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: Gomez Arboleda Anahi Sam
Fecha de nacimiento: 08-marzo-21
Nº de certificado de nacido vivo: 165372890
Registro civil: 1122343668
Sexo: Femenino
Grupo sanguíneo:
Peso al nacer: 3080 Sem: 38
Dirección: Vl Risaralda
Teléfono: 3124084223
Responsable: Karen Yoleth Arboleda
1096666593
Municipio de residencia: 1 San miguel
Departamento: PHO

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

Nombre: Cta. 18 meses

Registro Civil:

12

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	08-mar-21	Serum	IT037005A	Hospital C		Jhon Eduar G.
	Hepatitis B	Recién nacido	08-mar-21	Serum	IT032005A	Hospital C.		Jhon Eduar G.
2 Meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐							
	Polio (Oral - IM)	1ª	10-05-2021	Serum	2017004	HFID		Talya b
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	10-05-2021	Serum	28504021B	HFID		Talya b.
	Rotavirus	1ª	10-05-2021	GSK	AP01C769A	HFID		Talya b
	Neumococo	1ª	10-05-2021	GSK	ASPNB308BA	HFID		Talya b.
4 Meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐						cita.	
	Polio (Oral - IM)	2ª	13-07-2021	Serum	2017004	HFID	10/7/2021	Talya b
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	13-07-2021	Serum	28504021B	HFID		Talya b
	Rotavirus	2ª	13-07-2021	GSK	AP01C772AF	HFID		Talya b
	Neumococo	2ª	13-07-2021	GSK	ASPNB308BA	HFID		Talya b
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.						cita	
	Polio (Oral - IM)	3ª	23-09-21	Biological	2017004.	IFFLD	13/sep/2021	Paula C
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	23-09-21	Serum	28504018B	HFLD		Paula C
	Influenza	1ª	23-09-21	Sanofi	U3C13	IFFLD		Paula C.
7 Meses	Influenza	2ª	12-11-21	Sanofi	U3C13	IFFLD		Paula C.
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	5-4-22	Serum	0130N113B	HFID		Talya b
	Fiebre Amarilla	1ª	5-4-22	Serum	ASPNB33KA	HFID		Talya b
	Neumococo	Refuerzo	5-4-22	GSK	T36241	HFID		Talya b
	Influenza	Anual	19-07-22	Green.	V30222008	HFID		Talya b
	Hepatitis A	ÚNICA	5-4-22	FISD	T036268	HFID		Talya b
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª Refuerzo	20-10-22	Serum	28210012B	HFID		Sacia M.
	Polio (Oral - IM)	1ª Refuerzo	20-10-22	BIC106	2141014	HFID		Sacia M.
5 Años	Polio (Oral - IM)	2º Refuerzo						
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2º Refuerzo						
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo	17-03-23	Serum	0136N106A	HFID	Cita: 5 años cumplidos	Eder IPbl
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª						
	VPH	2ª						
	VPH	3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis		SR	19/mayo/22	Serum	012N053	HFID		Eduar 6 IB
		Varicela	5-4-22.	Merck	U016461	HFID		Talya b

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.

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 02 MES 05 AÑO 2025 HORA: 3:42 p.m

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Anayd samanta APELLIDOS Gomez Arboleda

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1.122.343.668

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 08 MES: 03 AÑO: 2021 / EDAD: 4 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Emssanar Tel: 3133927463

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 Karen Yulieth Apellidos Arboleda Zuñiga

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1.006.666.597.

Firma: Karen S.

En caso de requerirse firma a ruego:

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

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

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

de _____

	Firma del Rogado	
Huella dactilar o plantar del Rogante	C.C. N°	C.C. N°

Nombres y apellidos del vacunador: 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): HLB

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.	emssanar
Nombres:	Anayd Samanta
Apellidos:	Gomez Arboleda
Sexo: M [X]	Fecha de Nacimiento: 02/03/21
Identificación:	RC 1122343668
Dirección:	N.H.C.

Servimos con amor

FECHA	PROCEDIMIENTO CP	S	F	D	PRÓXIMA CITA
25-04-22	x		x	24-octubre-22	
08-11-22	x		x	08 Nov-23	
09-05-23	x		x	09-11-23	
15-11-23	x		x	15 Mayo-24	
15-05-24	x	x	x	15-11-24	
19-11-24	x		x	19-05-25	
20-05-25	x		x	20 NOV-25	
24-11-25	x		x	25-Mayo-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 ANAYD Samanta Gomez Arboleda., identificado (a) con documento de identidad número 1.122.343.668, 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, Karen Yuliet h Arboleda Zuñiga, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1006.666.597, 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: Karen A.
Nombre: Karen Yuliet h Arboleda Zuñiga
Calidad - Titular: ____ Representante legal: ____
Teléfono de contacto: 3108152349
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.

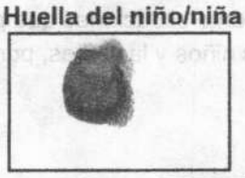
PAOLA CHATES
Coordinadora pedagógica

EDDY PATRICIA LÓPEZ
Apoyo psicosocial

Harol Gomez
Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Agente educativa

Huella del niño/niña



Samanta Gomez.

24

EMPRESA DE ENERGIA DEL BAJO PUTUMAYO S.A. E.S.P.
Nit. 846.000.557-6 - NUIR: 2-86568000-7
Autorretenedores Res. 547 de 25/01/2002
Responsables de IVA

"Generamos Desarrollo con Energía"

Vigilado Superservi

General

Código de Suscripción	SM 37214	Pago oportuno hasta:	21-MAR-2025	Mes Facturad
Factura Nro.	2037035246	Suspensión a partir de:	22-MAR-2025	FEBRERO 2025

Nombre: OLMER HERNAN ARBOLEDA RUIZ — Último pago $ 87,700 — 10-FEB-2025

Dirección: VDA RISARALDA — Tuvo servicio de energía entre: 03-ENE-2025 - 05-FEB-2025 (33) — 27-FEB-2

Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Area	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Tarifa	División Geopolítica
SM3	S303	58	1	RESIDENCIAL	RURAL	1	1.5	AEREA	EMPRESA	105	SAN MIGUEL - VEREDA RISARALDA

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 502.93 + Transmisión 56.03 + Distribución 249.01 + Comercialización 113.93 + Pérdidas 69.39 + Restricción 10.41 = CU ..... ($/KwH)

2A.Información Medidor

Marca	Serial	Factor Multiplic
HIK	19814966	1

2B.Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	4248	4124
Reactiva:		

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

2C.Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh: 124
Consumo Reactiva Kvarh: 0
Costo del consumo $ 124210.79
Tarifa (hasta 173 Kwh): 402.74
Subsidio: % 59.794$ -74271.1
Contribución: % 0 $ 0
Sub Total $ 49939.69

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

2D.Consumo Ultimos 6 Meses

Mes	Consumo
2025/Ene	79
2024/Dic	84
2024/Nov	132
2024/Oct	95
2024/Sep	135
2024/Ago	119

Promedio: 107

2E.Informacion Calidad del Servicio

Tel. O.R. EEPB 01 8000 942415
Transformador SRS153 Grupo 32
DIUG 95.56 FRUG 36 Circuito C14
Cargo D 257.19 Dscto %I 20
CFC 79.14
DIU 150.85 FIU 105.00
FIC 0.00 MC 1.00
Valor a compensar 4,070.72

3.Información de Créditos EEBP

Tipo de Plan	Cuotas Credito	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	124,210.79	0	0.00	124,211
SUBSIDIO	-74,271.10	0	0.00	-74,271
AJUSTE A SUBSIDIO	2,569.90	0	0.00	2,570
COMPENSACION RES.CREG 015/2018	-4,070.72	0	0.00	-4,071
AJUSTE A LA DECENA	3.93	0	0.00	4

5.Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP 48,435

6.Información Facturación Convenio Impuesto Alumbrado Público

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	5,315	0	5,315

7.Información Facturación Convenio Aseo y Alcantarillado

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	0	0	0
Aseo*	Alcaldia San Mi	Cra 4 Cll 7 Esq B/La Liberta		6,000	0	0	0	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
					0
					0
					0

Total EEBP	+	Total Impuesto Alumbrado público	+	Total Aseo y/o Alcantarillado	+	Total Otros Convenios	=	Debo pagar en Total
48,435		5,315		6,000		0		59,750

CUFE: c1782953d0796219a9fa4c97721c703221c536475210eb4fafc2412f2a9c2

(415)7709998005532(8020)10002037035246 67(3900)00000059750(96)20250321

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

www.eebpsa.com.co @eebpsaesp /eebpsa

Fac. Electronica: EEBP 149236

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 Decreto Civil y Comercial Ley 142 Art. 130

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad San Miguel (La Dorada Putumayo)

Nombre completo de la niña o niño Anayd Samanta Gomez Arboleda

Fecha de nacimiento Día 8 Mes 03 Año 2021 **N° Documento de Identidad** 1.122.343.668

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador OLGA MILENA RENDON

hija n-2. Hermano: 1

Fecha de registro cualitativo Día 2 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

- Anayd Samanta es una niña extrovertida, le gusta mucho colaborarle a su maestra en la hora de pasar los platos de comida a sus pares, organizar el aula de clase, cuida y protege a sus compañeros, siempre esta atenta en ayudarlos en las tareas, al momento de vestirse.
- Su lenguaje es acorde para su rango de edad.
- se observa que su coordinacion motora es bien desarrollada, salta en los dos pies, en un solo pie, realiza con Facilidad competencias de carreras.

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

●

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador OLGA MILENA RENDON

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

Anayd es una niña cooperante le agrada colaborarle a la maestra a dirigir las actividades pedagogicas, cada vez es más independiente en sus rutinas de cuidado y asco personal. intenta realizar dibujos rudimentarios describiendo lo que ha dibujado.
Explica a sus pares las consecuencias que tiene incumplir una norma establecida.

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 medio								
	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: C03.0
Versión: 1.0

Macro proceso: C Gestión de la Cobertura Educativa

Fecha: 12/11/2023 No. De inscripción: Grado al que se inscribe: 0 Municipio: San Miguel E. Educativo [illegible]

DATOS DEL ESTUDIANTE

APELLIDOS: Gomez Arboleda NOMBRES: Anaid Samanta

LUGAR DE NACIMIENTO: Puerto Asis FECHA DE NACIMIENTO: DÍA 08 MES 03 AÑO 2021

Genero: M ☐ F ☑ EDAD: 4 años Tipo de Documento: RC ☑ TI ☐ CE ☐ PE ☐ CC ☐ Cer. Cab. ☐ NES ☐

No. Documento: 1122343668 EXPEDIDA EN: San Miguel

CON QUIEN VIVE? Papá y Mamá ☑ Mamá ☐ 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 ☐

NOMBRES Karol Maried Gomez Arboleda

GRADO 0

GRADO

NOMBRE DE LA EPS A LA CUAL ESTÁ AFILIADO: [illegible]

DISCAPACIDADES: AUDITIVA ___ VISUAL ___ MOTORA ___ COGNITIVA ___ AUTIS

CUAL ___ TIPO DE SANGRE: O+

PERTENECE A UNA ETNIA? SI ___ NO X ¿CUAL? ___ LENGUA MATE

A QUE RESGUARDO PERTENECE? Aso

VICTIMA DEL CONFLICTO? SI ___ NO X FECHA DE EXPULSIÓN ___ A

DPTO EXPULSIÓN ___ MUNICIPIO DE EXPULSIÓN ___

NIVEL SISBEN A1 ESTRATO 1 ¿PERTENECE A FAMILIAS EN ACCIÓN? SI ___

¿HIJO VETERANO FUERZA PÚBLICA? SI ___ NO ___

¿NIETO/HIJO HÉROES DE LA NACIÓN? SI ___ NO ___

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

DATOS FAMILIARES

NOMBRE DEL PADRE O ACUDIENTE: Harol Arley Gomez Munoz C.C. No: 1007816992 DE San Miguel OCUPACIÓN ___

NOMBRE DE LA MADRE O ACUDIENTE: Karen Yuliana Arboleda Zuñiga C.C. No: 1006666507 DE San Miguel OCUPACIÓN ___

DIRECCIÓN RESIDENCIA: ___ BARRIO: 3 de agosto VEREDA ___ ZONA URBANA ___ RURAL ___

TELÉFONO CASA 2153927463 TELÉFONO CELULAR PADRE: 3228225716 TELÉFONO CELULAR MADRE ___ TELÉFONO TRABAJO ___

DATOS EN CASO DE NO VIVIR CON SUS PADRES

ACUDIENTE: ___ PARENTESCO ___ C.C. No ___ DE ___ OCUPACIÓN ___ Celular: ___

REQUISITOS: Fotocopia legible del documento de identidad – Fotocopia del carnet de salud – Fotocopia del carnet de vacunas hasta los nueve (9) años – L

FIRMA DEL PADRE DE FAMILIA O ACUDIENTE

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Samanta Gomez UNIDAD DE ATENCIÓN: Jardin 1. AGENTE EDUCATIVO: Milena Rendón

MUNICIPIO: San Migud 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)
Viernes 14-Nov/23	Siendo las 8:40 am del presente dia A-Educativo se comunico telefonicamente para conocer el motivo de la inasistencia de la niña. pero no fue posible no responden el movil. se dejo mensaje por whatapps esperando una respuesta.	siendo las 9:40 am del presente dia la madre informo que la niña no asistira el dia de hoy por motivo que se encuentra en el pais Ecuador en una cita con odontologia porque la niño presenta dolor en una muela e infeccion.	A. Educativo	Yarol Muñoz
Martes-18-Nov/2023	El dia martes 18-Nov/2023 A. Educativo le recuerda al padre de Familia que Su hija tiene cita de higiene oral para el dia 20-Nov/2023, Solicitar y Agendar la cita.	El acudiente del niño informo el dia Miercoles 19-Nov/2023 que Samanta tiene la cita de higiene oral. el dia viernes 21-Nov/202- hora: 3:30 pm		

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
VIERNES - 24-11-2023	Siendo las 9:00 am del presente dia ingreso la madre de la niña informando que le aplazaron la cita de higiene oral a su hija que la tenia para el dia de hoy. por motivo de capacitacion urgente a los trabajadores de la salud. cita quedo programada para el dia Lunes- 27-Nov/2023 Hora: 3:20 pm. Madre manifiesto que se acercara al C.D.I a las 2:45pm el dia lunes para recoger a su hija y complir con la cita. Se anexa al respaldo de la novedad recordatorio de la cita: Firma Madre Firma profesora

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

E.S.E. Hospital Fronterizo LA DORADA NIT. 846002389-9	RECORDATORIO DE CITA Anaid	Código: GAU-FR-009 Versión: 001
PROGRAMA:	Higiene oral.	
FECHA:	Lunes 24-NOV	
HORA:	3:20 PM	
PROFESIONAL:	Liliana.	

- **Recuerde estar 30 minutos** antes de la hora de la cita para **FACTURAR**, de lo contrario su cita será **CANCELADA**.
- Para cancelar o reprogramar su cita comunicarse al **3174276879** (de 9:00-11:00 a.m. y de 2:00-4:00 p.m.), WhatsApp (3:00-5:00 p.m.) o de forma presencial (7:00-10:00 a.m)
- Traer el documento de identidad o copia y autorización del servicio cuando se requiera.
- **En Odontología e Higiene Oral: menores de 13 años deben acudir con adulto responsable; de 14 a 17 años sin acompañante, solo se realizará atención de higiene oral**

Mi Prioridad Es Tu Salud