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: CDI 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: 1.122.343.667

Fecha nacimiento: 31 | 3 | 2021

Nombres: Elmy-Nathaly

Apellidos: Rugles Cordoba.

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: Agua Clara

Sector:

Dirección: Diagonal a la escuela de la vereda.

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: 1.006.788.061

Nombres: Paola-Diana

Apellidos: cordoba tonguino

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 2 | 5 | 1998

Correo electrónico: dianatonguino2631@gmail.com

Número de celular: 3209798387

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: Paola Cordoba Paola Cordoba

Nombre y Firma del profesional que diligencia: OLGA RENDÓN

Observaciones:

Fundación Alma de Vida
Fermentando semillas de esperanza

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:
Eimy Nathaly Ruales Cordoba

N° DOCUMENTO: 1.122.343667 **TIPO DOCUMENTO:** RC X CC ___ OTRO ___
FECHA DE NACIMIENTO: 31- 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: A4 **EPS:** Emssanar **RÉGIMEN (C)**__ **(S)** X
DESPLAZADO: SI___ **NO** X **DISCAPACIDAD: SI**___ **NO** X **¿CUAL?** _____
GRUPO ETNICO: SI___ **NO** X **¿CUAL?** _____
GRUPO AFROCOLOMBIANO: SI___ **NO** X **¿CUAL?** _____
NOMBRE DE LA MADRE: Paola Diana Cordoba Tonguino
N° CÉDULA: 1.006.788.061 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Miguel
NOMBRE DEL PADRE: Widinson Ivan Ruales Caida
N° CÉDULA: 1.010.083.831 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** _____
N° DE CELULAR: 320 97983 87
NOMBRE DEL ACUDIENTE: Paola Diana Cordoba Tonguino
N° CÉDULA: 1.006.788.061 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Miguel
DIRECCIÓN VIVIENDA: Vl Agua Claia **ZONA POBLACIONAL: (R)** X **(U)**___
NUMERO DE CELULAR 3209798387

• Paola Cordoba
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** 1220599

NUIP 1.122.343.687

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
RUALES CORDOBA EIMY NATHALY

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)											Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año	2	0	2	1	Mes	M	A	R	Día	3	1	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	A	B	R	Día	1	4	0061318435

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
CORDOBA TONGUINO PAOLA DIANA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.006.788.061	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
RUALES CERDA WIDINSON IVAN

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.010.083.831	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
RUALES CERDA WIDINSON IVAN

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.010.083.831

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	A	B	R	Día	1	4

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
Adhesivo Copia Registro Civil
26209219-4

Nombre y firma del funcionario

ROI EDISON CALLE QUIRAMA
Registrador del Estado Civil

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.006.788.061**

CORDOBA TONGUINO

APELLIDOS

PAOLA DIANA

NOMBRES

Paola Cordoba

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-MAY-1998**

SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

13-MAY-2016 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-6401800-00837347-F-1006788061-20160621 **00502**03909A 1 46164638

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.010.083.831**

RUALES CERDA

APELLIDOS

WIDINSON IVAN

NOMBRES

Widinson Ruales

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **05-ENE-2000**

SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

10-ENE-2018 SAN MIGUEL(LA DORADA)

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-6401800-00980573-M-1010083831-20180220 **00595**75822A 1 49219790

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

A4

Fecha de consulta: 28/03/2025

Ficha: 86757035952700000105

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: EIMY NATHALY

Apellidos: RUALES CORDOBA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122343687

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 06/07/2023

Última actualización ciudadano: 06/07/2023

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARIA ZORAYDA LINARES MONTE

Dirección: Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libert

Teléfono: 4210537 - 32131387

Correo Electrónico: sisben@sanmiguel-putumayo.gov

7

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1122343687
NOMBRES	EIMY NATHALY
APELLIDOS	RUALES CORDOBA
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	01/04/2021	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/11/2025 14:44:27	**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

8

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 1122343687
Apellidos:	RUALES CORDOBA
Nombres:	EIMY NATHALY
Ficha Sisben:	86757035952700000105
Nivel Sisben:	Nivel I
Grupo Sisben	A04
Tipo de discapacidad:	Ninguna
Plan de salud:	Régimen Subsidiado
Estado de servicio:	Vigente
Fecha de Afiliación:	01/04/2021
Departamento de Afiliación:	PUTUMAYO
Municipio de Afiliación:	SAN MIGUEL
Zona:	Urbana - Cabecera Municipal

IV - Afiliado cumple con metodología IV SISBEN.

IPS de atención de primer nivel

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

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

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

En constancia se firma el 28 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: EIMY NATHALY	Apellidos: RUALES CORDOBA.
Fecha de nacimiento: 31 DÍA | 03 MES | 2021 AÑO	Historia Clínica: 1122343681
Barrio/Vereda: AGUA CLARA.	Responsable del niño: PAOLA DIANA CORDOBA.
Teléfono: 3209798387	EPS: EMSSANAR.

CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
05	Junio	2021	ENFERMERIA.	Si ✓	
08	agosto	2021	ENF.		
06	10	2021	Enf	✓	
02.	Enero	2022.	Enf.	—	
15	Abril	2022	NO.	—	
30	Sep.	2022		—	
31	Marzo	2023	Medico	Si ✓	
30	Sept.	2023	Enf.	si ✓	
31	Marzo	2024.	Medico		
31	Marzo	2025	Enf		
03	Abril	2025	Enfer	Si ✓ Milena C-	
31	Marzo	2026	Medico	Cita	

Perímetro Cefálico Niñas

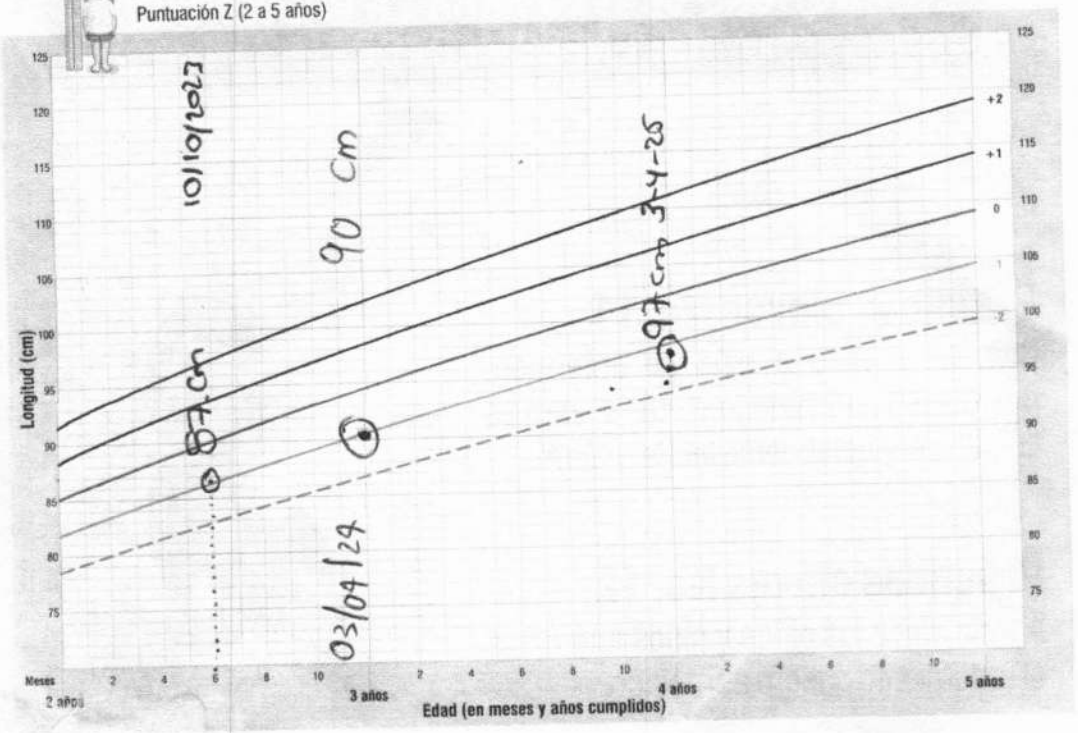
Puntuación Z (0 a 5 años)

Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)

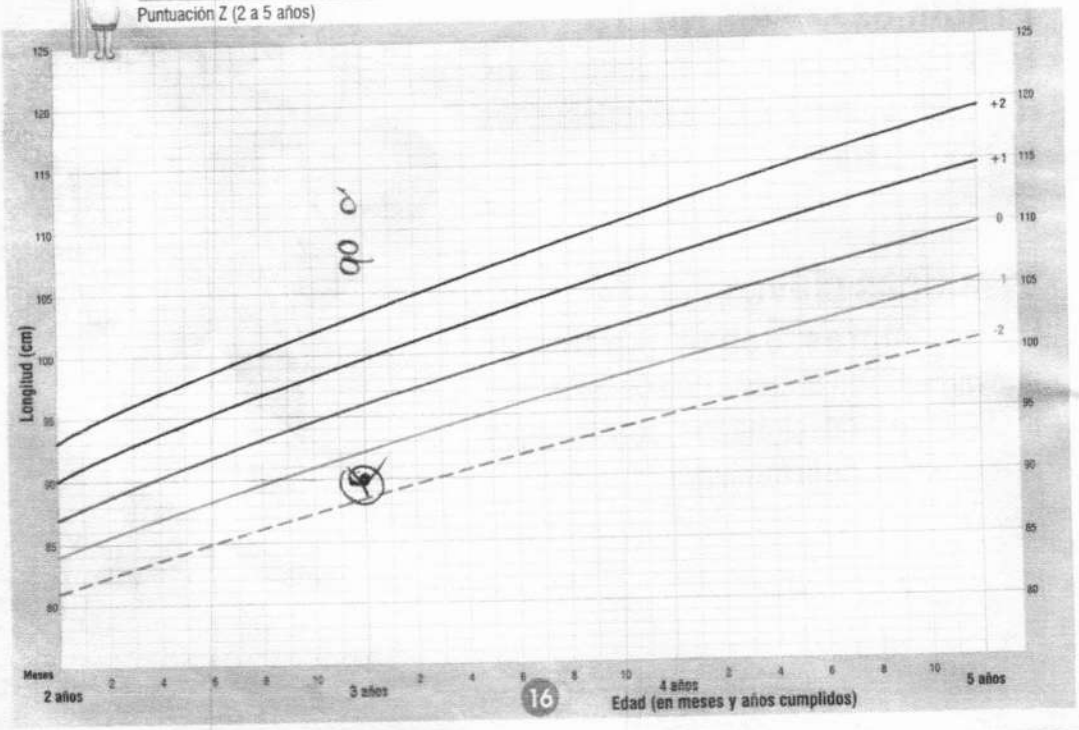
Talla para la edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



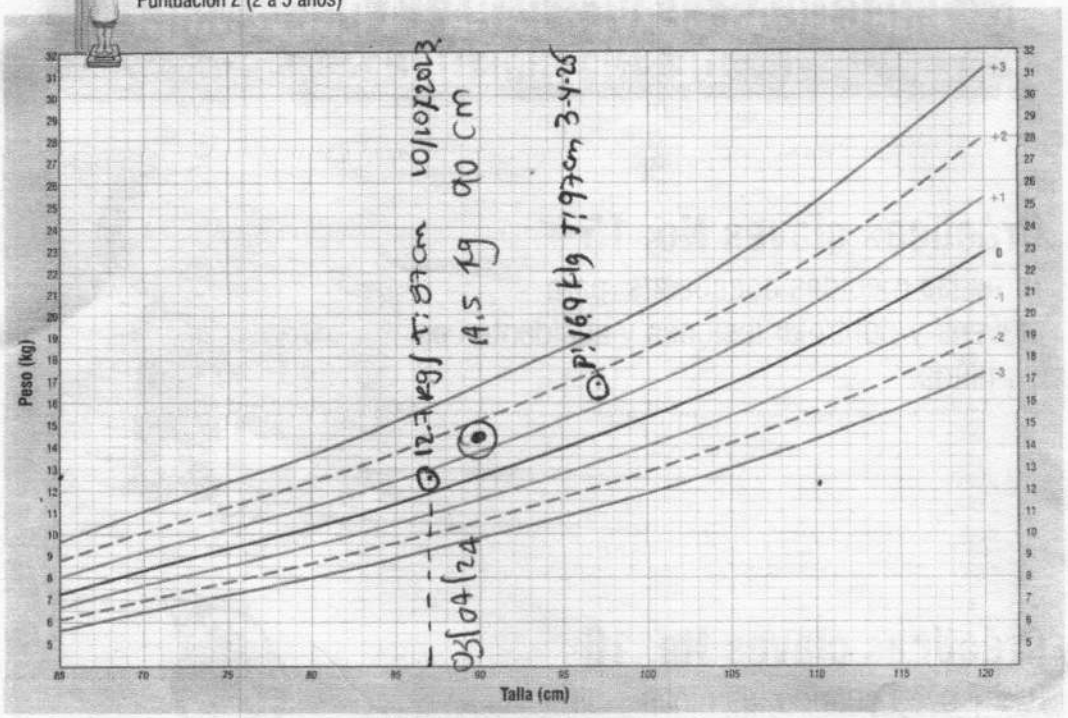
Talla para la edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



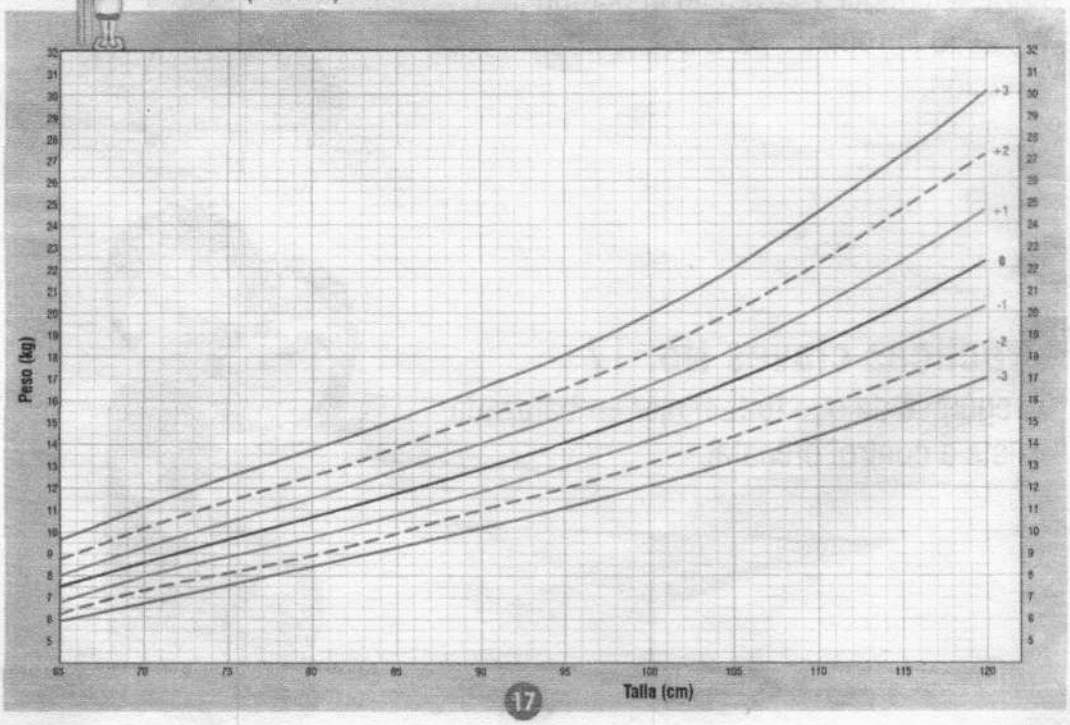
Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



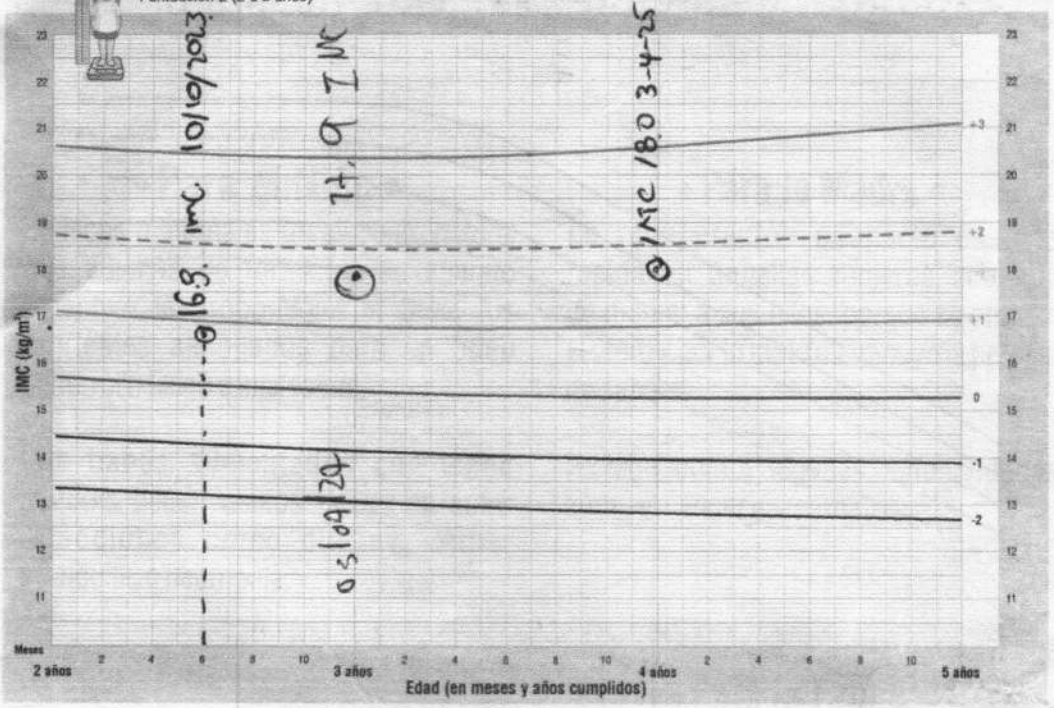
Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



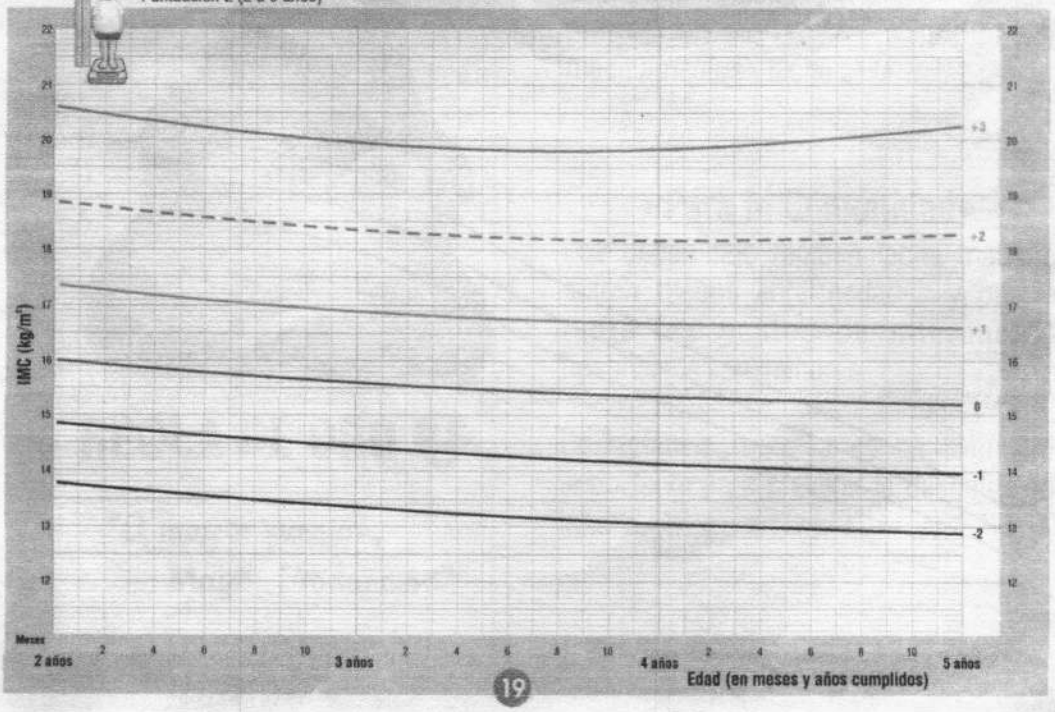
IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



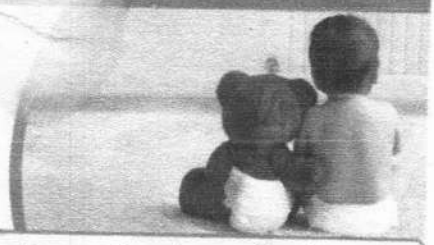
IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



CARNET RIAS PRIMERA INFANCIA

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA
Servimos con amor



Nombres y apellidos: Eimy Nathaly Reales Cordoba

Doc. de identidad: 1122343687 EPS: Emssanar

Teléfono: 3209798387 Domicilio: V/ Agua Clara

EDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) ó AÑOS (A)												
	5 DÍAS	1 M	2-3 M	4-5 M	6-8 M	9-11 M	12-17 M	18-23 M	24-29 M	30-35 M	3 A	4 A	5 A
por médico													
por medicina general									16-4-23				
por enfermería										10-Oct-23		3-4-2025	
bucal por odontología									proxima cita			31 marzo-2026	
yo de la lactancia manterna													
niz de fluor		•							3-5-23		08-Nov-2024		
ción de placa bacteriana									8-11-23		08 Mayo 2025		
lantes (según criterio)													

Yuliza Jiménez Trujillo
Enfermera Profesional
Reg 22083
Universidad de Caldas

Agudeza visual 20/20 normal 3-4-2025

Agudeza visual 20/20 normal

Higiene oral 08 - noviembre - 2024

RV16

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

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

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

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

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

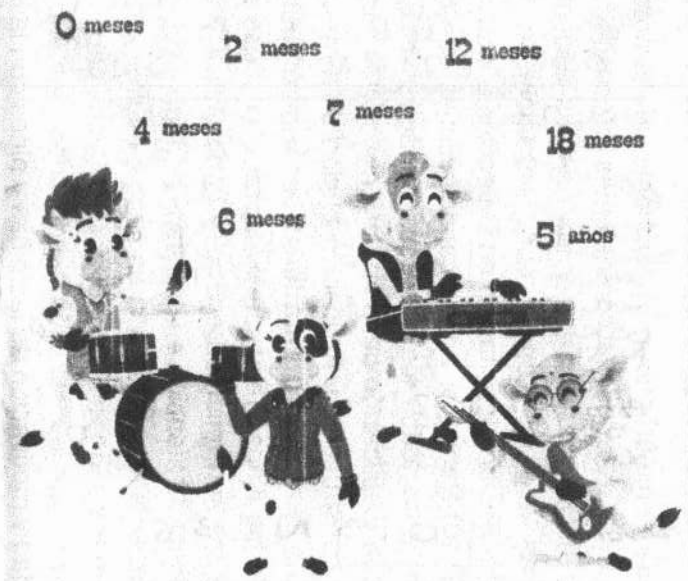
3 años					
4 años					
5 años					

*Menor o igual a 20 normal

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

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

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



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

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Eymi Natalia Rueles C.

Fecha de nacimiento: 31/03/2021.

Nº de certificado de nacido vivo:

Registro civil: 7722343687.

Sexo: Femenino

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: Talla:

Dirección: v1 Aqua clara.

Teléfono 1: 3209798387.

Teléfono 2:

Responsable: Diana cordoba

Municipio de residencia: San miguel

Departamento: Putumayo.

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Nombres y Apellidos: **Tipo identificación:** **No. ID:**

Edad	Me protege de		Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién nacido							Lactancia materna exclusiva	SI ☐ No ☐					
	Tuberculosis meningea (BCG)		Única	01	04	21	Serum	03706008	Hospital Local				Hermencia M.
	Hepatitis B		Recién nacido	01	04	21	Serum	03206002 A.	Hospital Local				Hermencia M
2 meses							Lactancia materna exclusiva	SI ☐ No ☐					
	Poliomielitis (VIP)		1.ª	03	06	21	Biological	21150606A					
	PENTAVALENTE	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	03	06	21		28500X035B					
		Hepatitis B	1.ª	03	06	21	Serum	11111111	HFLD				Dennis Vargas
		Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.ª	03	06	21							
	Diarrea por rotavirus		1.ª	03	06	21	65K	ARO1C858A					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo		1.ª	03	06	21	65K.	APNB315BA					
4 meses							Lactancia materna exclusiva	SI ☐ No ☐					
	Poliomielitis (VIP)		2.ª	70	08	21	Biologi	21150606A					
	PENTAVALENTE	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	70	08	21		28500X035B					
		Hepatitis B	2.ª	70	08	21	Serum	11111111	HFLD				Daniela Martinez Enfermera Tec. Sup. en Enfermeria CC No 1004728227
		Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.ª	70	08	21							
	Diarrea por rotavirus		2.ª	70	08	21	65K	ARO1C858A					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo		2.ª	70	08	21	65K.	APNB315BA.					
6 meses							Lactancia materna exclusiva	SI ☐ No ☐					
	Poliomielitis (VIP)		3.ª	13	10	21	Biological	21150606A					
	PENTAVALENTE	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	13	10	21		28500X035B					
		Hepatitis B	3.ª	13	10	21	Serum	11111111	HFLD				Daniela Martinez Enfermera Tec. Sup. en Enfermeria CC No 1004728227
		Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.ª	13	10	21							
	Influenza estacional		1.ª	13	10	21	Serum.	V501IV03					
7 meses	Influenza estacional		2.ª	16	11	21	Scum	V501LV03	HFLD				Calyo 6
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)		1.ª	19	5	22	Serum	01300N121B	HFID				Calyo 6
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo		Refuerzo	19	5	22	Serum	ASPNB338KA.	HFID				Calyo 6
	Varicela		2.ª	19	5	22	65K.	U0162461.	HFID				Calyo 6
	Hepatitis A		Única	19	5	22	MSD	T036268	HFID				Karen A.
	Influenza estacional		Anual	6	7	2022	Green	V502220 08	HFLD				Peñaloc
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)		1.er refuerzo	24	02	23	Biological	21401041.	HFLD				Peñaloc
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)		1.er refuerzo	24.	02	23	Serum.	28510LID	HFID				Calyo
	Fiebre amarilla		Única	19	5	22	Sanofi	L211VF.					
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)		2.º refuerzo				cita 13/ Octubre/ 2022 Refuerzo						
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)		2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)		1Rf.	24	02	23	Serum.	013N136	HFLD				Peñaloc
	Varicela		Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)		1.ª										
			2.ª										
			3.ª										
Vacunas complementarias y otras dosis				Sarampion y Rubeola 6-7-2022				012INOS3	HFID				Karen A

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

Rv 17

RV 18

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 05 MES 05 AÑO 2025 HORA: 850 AM.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Eimy Nathaly APELLIDOS Ruales Cordoba

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1-122.348687

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 31 MES: 03 AÑO: 2021 / EDAD: 4. años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Emssanar Tel: 3209798887

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: Paola Cordoba

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

Nombres Paola Diana Apellidos Cordoba Tonguino.

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1.006.788.061.

Firma: Paola Cordoba

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: Jeniffer Yulieth Cabezas Meneses

Firma Jeniffer Cabezas Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 1126446069

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFLD

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Putomayo 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.

CARNET RIAS **PRIMERA INFANCIA**

E.S.E. Hospital Fronterizo LA DORADA

Mi prioridad es tu salud



Nombres y Apellidos: Elmy Nathaly Ruales Cordoba

Doc. de Identidad: 1122343687

EPS: Enmssanar

Teléfono: 3209798387

Domicilio: V/ Agua clara

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
Control del recién nacido por médico													
Atención en salud por medicina general													
Atención en salud por enfermería													
Atención en salud por Odontología													
Promoción y apoyo de la lactancia materna													
Aplicación de barniz de flúor													
Profilaxis y remoción de placa													
Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
Vacunación													

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

12-11-2025
12-05-2026

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 EIMY NATHALY RUALES CORDOBA, identificado (a) con documento de identidad número 1.122.343.687, 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, Paola Diana Cordoba Tonguino, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1.006.788.061, 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: Paola Cordoba
Nombre: Paola Cordoba
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3209748387
Fecha: 1- Abril- 2025
Municipio: San Miguel (Putumayo)

¡Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

PACTO DE CONVIVENCIA MODALIDAD INSTITUCIONAL

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

DERECHOS Y DEBERES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

DERECHOS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

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

DEBERES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

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

DERECHOS Y DEBERES DE LOS PADRES DE FAMILIA

DERECHOS DE LOS PADRES DE FAMILIA

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

DEBERES DE LOS PADRES DE FAMILIA

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

(telefónico, mensajería y/o escrito).

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

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

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

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

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

PAOLA CHATES
Coordinadora pedagógica

EDDY PATRICIA LÓPEZ
Apoyo psicosocial

Widinson Ruales
Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Agente educativa

Huella del niño/niña



Eimy Ruales Cordoba.

RVB

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 39166-1	Pago oportuno hasta:	22/06/2025	Mes Facturado
Factura Nro	2037147659	Suspensión a partir de:	23/06/2025	MAYO 2025

1.Información Genera

Nombre: CARMEN FIDALFIA SOLARTE SALAZAR — **Último pago** $ 132,910

Dirección: VDA AGUA BLANCA — Tuve servicio de energía entre: 04-ABR-2025 - 12-MAY-2025 (38)

Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Área	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Código Tarifa	División Geopolítica
SM3	S302	39	1	RESIDENCIAL	RURAL	1	1.5	AEREA	EMPRESA	105	SAN MIGUEL - VEREDA AGUA BLANCA

Tipo de Documento	Fecha y hora de Emisión	Fecha y hora de Generación	Medio de Pago	Forma de Pago	Factura Electrónica de Venta
FACTURA DE VENTA	26/05/25	26-MAY-25	PAGO EN EFECTIVO	CONTADO	EEBP - 258136 0

2.Información Consumo Energía

Componentes de Costo (CU): Generación 408.27 + Transmisión 62.2 + Distribución 269.61 + Comercialización 126.87 + Pérdidas 59.16 + Restricción 43.58 = CU 969.7 ($/KwH)

2A.Información Medidor

Marca	Serial	Factor Múltiplo
HIK	17416873	1

2B.Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	6616	6548
Reactiva:		

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

2C.Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	68
Consumo Reactiva KVarh:	0
Costo del consumo $	65939.6
Tarifa (hasta 173 Kwh):	444.51
Subsidio: % 54.16 $	-35711.57
Contribución: % 0 $	0
Sub Total $	30228.03

Meses en deuda: 1 — % Tasa Interés Moratorio: 0.5

2D.Consumo Últimos 6 Meses

	Mes	Activa	Reactiva
2024	NOVIEMBRE	57	0
2024	DICIEMBRE	42	0
2025	ENERO	65	0
2025	FEBRERO	49	0
2025	MARZO	27	0
2025	ABRIL	68	0
	PROMEDIO	**51**	**0**

2E.Información Calidad del Servicio

Tel. O.R EEBP: 01 8000 942415
Transformador: SAB175 Grupo: 32
DIUG: 95.56 FIUG: 36 Circuito: C14
Cargo D: 265.8314 Dscto %t:20
CEC: 68.56
DIU: 152.16 FIU: 107
HC: 0 VC: 5
Valor a Compensar: 3645.01

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	65,939.60	.00	.00	65,939.60
SUBSIDIO	-35,711.57	.00	.00	-35,711.57
AJUSTE A SUBSIDIO	2,223.21	.00	.00	2,223.21
COMPENSACION RES.CREG_015/2018	-3,645.01	.00	.00	-3,645.01
AJUSTE A LA DECENA	1.77	.00	.00	1.77

5.Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP — 28,808

6.Información Facturación Convenio Impuesto Alumbrado Públi

Sujeto Activo	Operador A.P.	Convenio No.	Dirección PQR	Valor Periodo	Saldo Ant.	Valor Total
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL	MUNICIPIO SAN MIGUEL	ACUERDO 008 31/08/2023	Cra 4 Cll 7 Esquina	5,262	0	5,262

7.Información Facturación Convenio Aseo y Alcantarillad

Concepto	Empresa	Dirección PQR	USO	Valor Tarifa	Subsidio o Factor Solidario	Cargo Consumo o Variable	Valor Tasa Ambiental	Saldo Anterior	Ajustes/Otros	Valor Total
Alcantarillado				0	0			0		0
Aseo*				6,000	0			0		6,000

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

8.Información Facturación Otros Convenios

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

Total EEBP	+ Total Impuesto Alumbrado público	+ Total Aseo y/o Alcantarillado	+ Total Otros Convenios	= Debo pagar en Total
28,808	5,262	6,000	0	$ 40,070

IFE: b4b2baa9617d7ab7f437061656354e6bb4b0902b72b27567027ddb767656aa68a6d7958f38380b5e7e4a62ef3d3a01e0

(415)7709998005532(8020)100020371476598 8(3900)0000040070(96)20250623

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

RV 25

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad San Miguel (La Dorada Ptyo)

Nombre completo de la niña o niño Eimy Nathaly Ruales Cordoba

Fecha de nacimiento Día 31 Mes 03 Año 2021 **N° Documento de Identidad** 1.122.343.687

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

hijo: 2
hermano: 1

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Olga Milena Rendón

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

- Se evidencia en la niña capacidad para interactuar y relacionarse con sus pares en juego de roles y juegos dirigidos por ellos mismo.
- su comunicación verbal es acorde para su rango de edad.
- Narra historias vividad en su hogar y en su entorno que la rodea.
- se promovera en la nina normas y valores desde casa y en el C.D.I, ya que presenta algunas veces conductas 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 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

- Se evidencia en la niña Eimy Fortalezas y habilidades ha logrado aprender atarse los cordones de sus zapatos, le agrada realizar actividades de grafomotricidad, cada vez sus dibujos representan un conocimiento más preciso de la realidad.
ha mejorado mucho su comportamiento y acata las normas establecida dentro del aula.

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)***

RV 26

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: 21-01-2025 No. De inscripción: [ ] Grado al que se inscribe: Prescolar Municipio: San Miguel E. Educativo I.E.R. Agua clara

DATOS DEL ESTUDIANTE

APELLIDOS: Ruales Cordoba NOMBRES: Elmy Nathaly

LUGAR DE NACIMIENTO: Puerto Asis FECHA DE NACIMIENTO: DÍA 31 MES 03 AÑO 2021

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

No. Documento 1122343687 EXPEDIDA EN La Dorada 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 _____ GRADO _____

NOMBRE DE LA EPS A LA CUAL ESTÁ AFILIADO Emssanar

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 ___ NO X ¿CUAL? _____ LENGUA MATERNA: _____

A QUE RESGUARDO PERTENECE? _____

NIVEL SISBEN A 4 ESTRATO 1 ¿PERTENECE A FAMILIAS EN ACCIÓN? SI X NO ___

¿HIJO VETERANO FUERZA PÚBLICA? SI ___ NO ___

¿BENEFICIARIOS HÉROES DE LA NACIÓN? SI ___ NO ___

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

DATOS FAMILIARES

NOMBRE DEL PADRE O ACUDIENTE: Widinson Ivan Ruales C.C. No: 1010083837 DE San Miguel OCUPACIÓN Trabajos varios

NOMBRE DE LA MADRE O ACUDIENTE: Paola Cordoba C.C. No: 1006788067 DE San Miguel OCUPACIÓN Trabajos varios

DIRECCIÓN RESIDENCIA: San Miguel BARRIO: _____ VEREDA Agua Clara ZONA URBANA _____ RURAL X

TELÉFONO CASA 3209748387 TELÉFONO CELULAR PADRE: 3212323014 TELÉFONO CELULAR MADRE 3209748387 TELÉFONO TRABAJO _____

(SOLO 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 – Una fotografía 3x4.

Paola Diana cordoba Tunguno
FIRMA DEL PADRE DE FAMILIA o ACUDIENTE

José Luis Achicanoy. M
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: Eimy Ruales Cordoba UNIDAD DE ATENCIÓN: Jardin - 1. AGENTE EDUCATIVO: Milena Rendon

MUNICIPIO: San Migud 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)
Martes 4- Nov/2025	Siendo la 1:00pm del presente dia la usuaria Eimy Ruales manifesto dolor abdominal y se observa que presenta malestar general. A. Educativo Se comunico con la madre dando a conocer la novedad.	Siendo la 1:40pm la madre de la usuaria se presento en el C.D.I. • Se le recomienda llevar a la niña por el area de urgencias si persiste el dolor • siendo las 4:30pm la madre se comunico via whatapps manifestando que la niña solo presenta diarrea.	A. Educativo.	- Paola Cordoba
MIERCOLES 5-Nov/2025	Siendo las 8:40am del presente dia A. Educativo intento comunicarse con la madre de la niña, pero no fue posible 10 contesta el celular. • Se dejo un mensaje por what. apps espera una respuesta.	• El dia jueves - 6- 11- 2025 la niña Eimy Ruales asistio al CDI, normalmente, aparentemente bién de salud. Se procede a realizar el cierre de la novedad.	P. Educativo	- Paola cordoba

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Eimy Nathaly Rvales C. 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)
VIERNES 17/10/2025	El dia de hoy viernes - 17/10/2025 la madre comunico que la niño no asistia al C.D.I los dias 17 - 20-21, 22, del mes de Octubre 2025. por asunto Familiar. La cual la madre informa que Solicito el permiso a la coordinadora Edith Meneses	• A. Educativo le recomienda a la madre enviar por escrito el permiso para justificar la inasistencia de la niña. • El dia sabado - 18-10-2025 A. Educativo se comunico vio whatapps - madre manifiesta que su hya esta bién. • El dia Martes - 21-oct/2025 la madre ingresa al C.D.I con la niña se evidencia que su hijo esta bién, no presenta ninguna novedad. Se procede a realizar el cierre de la novedad.	A. Educativo	Maria Carrasquel

PERMISO DE ASISTENCIA

Yo Paola Diana Cordoba Tonguino
Con numero de documento 1006788061
en calidad de madre de la niña
Elmy Nathaly Ruales Cordoba quien Asiste
al CDI fronteras de paz, Solicito de
manera respetuosa autorización para mi
hija Se ausenta el dia 17 de octubre
de 2025 y buelve a asistir el dia 23
de Octubre 2025 Por el siguiente motivo:
Reunión familiar motivo no sabemos Por
lo cual necesito viajar.

Me comprometo a informar oportunamente
Cualquier novedad adicional y a garantizar
el cumplimiento de las normas establecidos
por el CDI.
Agradezco Su Comprensión y Apoyo
Atentamente
Paola Diana Cordoba Tonguino

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Eimy Nataly Ruales UNIDAD DE ATENCIÓN: Jardin 1 AGENTE EDUCATIVO: Milena Bandoin

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)
VIERNES 03-10-2023	El dia de hoy viernes 03-10-2023 la madre de la niña informo via whatapps que su hija no asistira el dia de hoy por motivo de asuntos familiares.	• Se le recomienda a la madre hacer llegar por escrito el permiso justificando la inasistencia de la niña El dia lunes 6-10-2023- A. Educativo se comunico via whataps, ella manifiesta que su hija esta muy bien de salud, que no se ha presentado ninguna novedad con la niña Se procede a realizar el cierre de la novedad.	A. Educativo	• Paola Cordoba