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: 1.122.343.703

Fecha nacimiento: 17 | 4 | 2021

Nombres: Valery- Sofia

Apellidos: Rosero Chapuez

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: N/ Risaralda

Sector:

Dirección: A lado de la Plaza de Ferias ganaderas.

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

Parentesco: (●) Madre ( ) Padre ( ) Cuidadora

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

Número de documento: 1.122.336.577

Nombres: Luz Dary

Apellidos: Chapuez-Chapuez

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 14 | 8 | 1995

Correo electrónico: luzdarichapuez054@gmail.com

Número de celular: 3202020154

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: Luz Dary Chapuez

Nombre y Firma del profesional que diligencia: OLGA RENDON

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:
Valery Sofia Rosero Chapuez

N° DOCUMENTO: 1.122.343.703 **TIPO DOCUMENTO:** RC X CC ___ OTRO ___
FECHA DE NACIMIENTO: 17 - Abril - 2021 **EDAD:** 3 años 11 m.
LUGAR DE NACIMIENTO: Puerto Asis (Putumayo)

NOMBRE DE LA UDS: C.D.I Fronteras de Paz
CODIGO UDS: 867571126972 **BARRIO/VEREDA:** B/ 7 de Agosto
FECHA DE INGRESO: 1- Abril- 2025 **FECHA DE RETIRO:** ___

SISBEN: B1 (PM) **EPS:** Emssanar **RÉGIMEN (C)**__ **(S)** X
DESPLAZADO: SI X **NO**__ **DISCAPACIDAD: SI**__ **NO** X **¿CUAL?** ___
GRUPO ETNICO: SI__ **NO** X **¿CUAL?** ___
GRUPO AFROCOLOMBIANO: SI__ **NO** X **¿CUAL?** ___
NOMBRE DE LA MADRE: Luz Dary Chapuez Chapuez
N° CÉDULA: 1.122.341 329 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Miguel
NOMBRE DEL PADRE: Higinio Felipe Rosero Pantoja
N° CÉDULA: 1.122.336.577 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Miguel
N° DE CELULAR: 3202020154
NOMBRE DEL ACUDIENTE: Luz Dary Chapuez Chapuez
N° CÉDULA: 1.122. 341.329 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Miguel
DIRECCIÓN VIVIENDA: V/ Risaralda **ZONA POBLACIONAL: (R)** X **(U)**__
NUMERO DE CELULAR 3202020 154

Luz Dary Chapuez
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 1442815

NUIP 1.122.343.703

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
ROSERO CHAPUEZ VALERY SOFIA

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)											Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año	2	0	2	1	Mes	A	B	R	Día	1	7	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	Y	Día	0	5	0061318451

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
CHAPUEZ CHAPUEZ LUZ DARY

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.122.341.329	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
ROSERO PANTOJA HIGINIO FELIPE

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.122.336.577	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
ROSERO PANTOJA HIGINIO FELIPE

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.122.336.577

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	Y	Día	0	5

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
Adhesivo Copia Registro Civil
26209275-4

Nombre y firma del funcionario

ROY EDISON CALLE QUIRAMA
Registrador del Estado Civil

4

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.122.341.329
CHAPUEZ CHAPUEZ
APELLIDOS
LUZ DARY
NOMBRES

Luz Dary Chapuez
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 14-AGO-1995
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.48 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
13-NOV-2013 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-6401800-00535111-F-1122341329-20140111 0036541189A 1 39803795

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.122.336.577

ROSERO PANTOJA
APELLIDOS

HIGINIO FELIPE
NOMBRES

HIGINIO F ROSERO P
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 07-MAY-1985
VALLE DEL GUAMUEZ
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO

26-JUL-2004 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-6401800-70133653-M-1122336577-20050105 00312 05005A 02 159814373

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 26/03/2025

Ficha: 86757020480000000141

B1

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: VALERY SOFIA

Apellidos: ROSERO CHAPUEZ

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122343703

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 22/11/2017

Última actualización ciudadano: 06/05/2021

Última actualización via registros administrativos: 25/11/2023

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARIA ZORAYDA LINARES MONTERO

Dirección: Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libertad

Teléfono: 4210537 - 3213138790

Correo Electrónico: sisben@sanmiguel-putumayo.gov.co

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

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEducación - Ministerio de Educación
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ICETEX

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	1122343703
NOMBRES	VALERY SOFIA
APELLIDOS	ROSERO CHAPUEZ
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	20/04/2021	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	09/11/2025 14:43:30	**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

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...Sanos



E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

Nombres: JAIERY SOFIA	Apellidos: ROSERO CHAPUEL
Fecha de nacimiento: DÍA 17 / MES 04 / AÑO 2021	Historia Clínica: 1122343703.
Barrio/Vereda: B/ los PRADOS	Responsable del niño: Lusdary Chapuel
Teléfono: 3203386855	EPS: 118

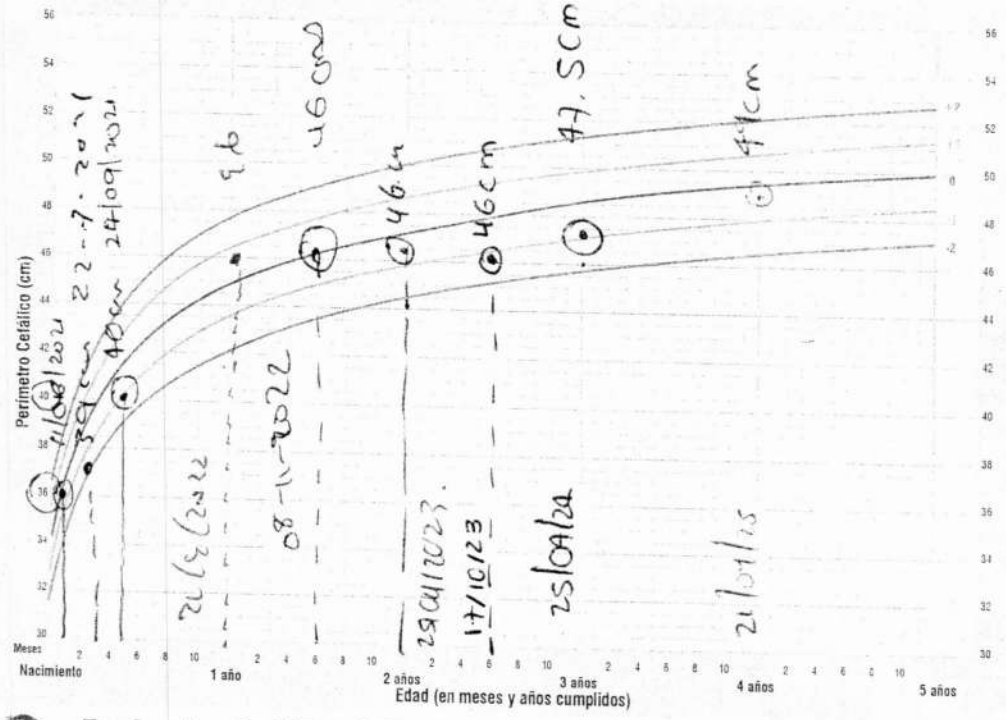
CITAS-PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
05	Julio.	2021	Enfer.	✓	
18	Sept	2021	Med.	SI ✓	
25	Noviembre	2021	x Enf. 17-Dic. 2021	✓	
25	Enero	2022.	Enf.		
21	Oct	2022	Enf.	08-11 2022	Enfermera.
17	Abril	2023	Medico	25/04/2023 (✓) Médico.	
25	04	2023	Médico	No es	
17	10	2023	Enf.	✓	
17	04	2024	Méd.	✓	
17	09	2025	Enf	Si	Pl[illegible]
17	04	2026	Med.		

90

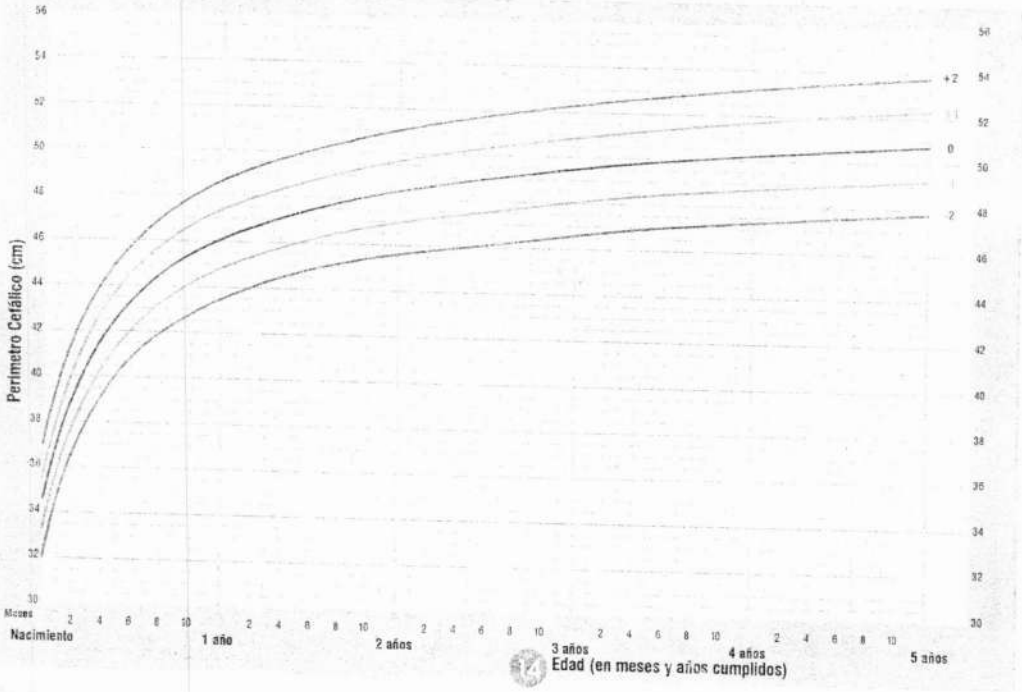
Perímetro Cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)



Perímetro Cefálico Niños

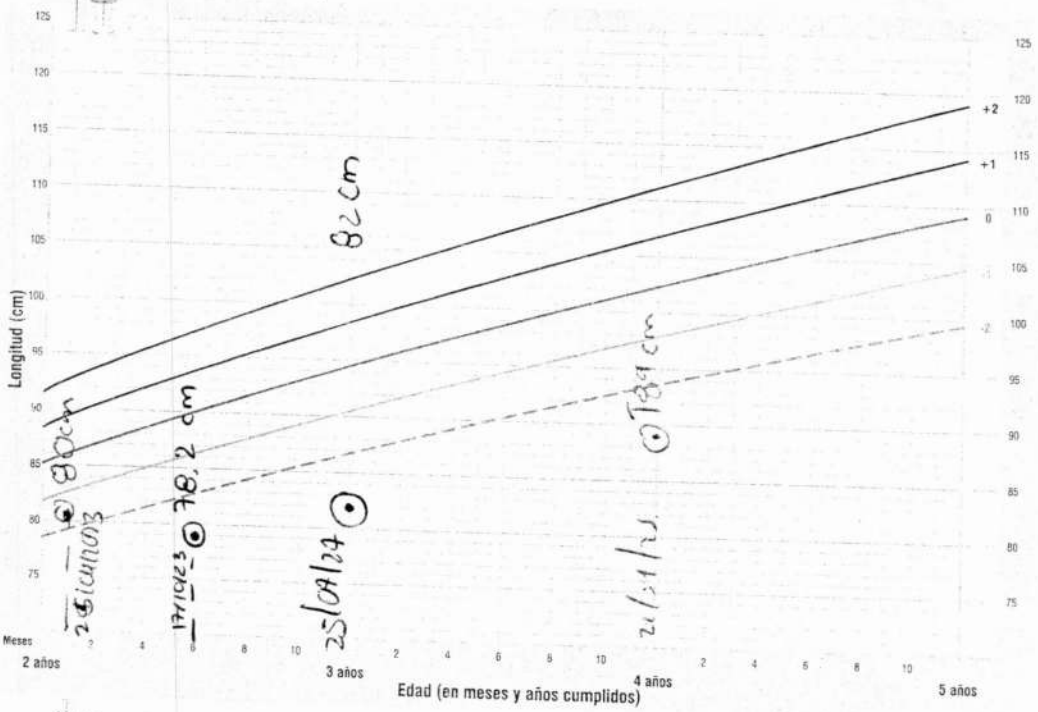
Puntuación Z (0 a 5 años)



77

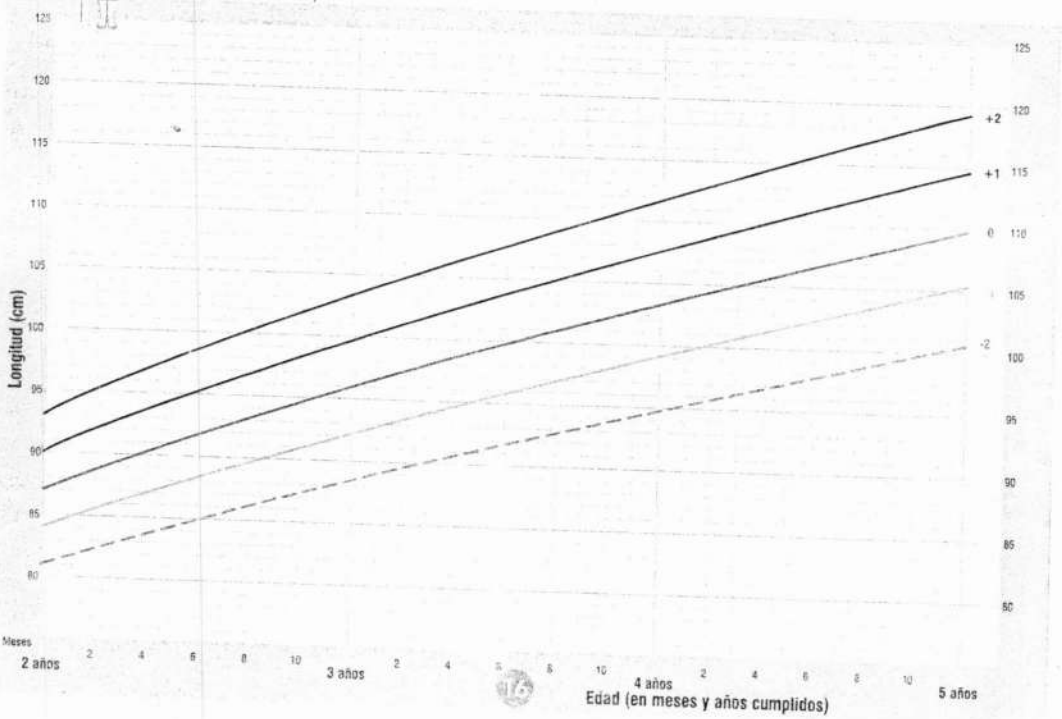
Talla para la edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



Talla para la edad Niños

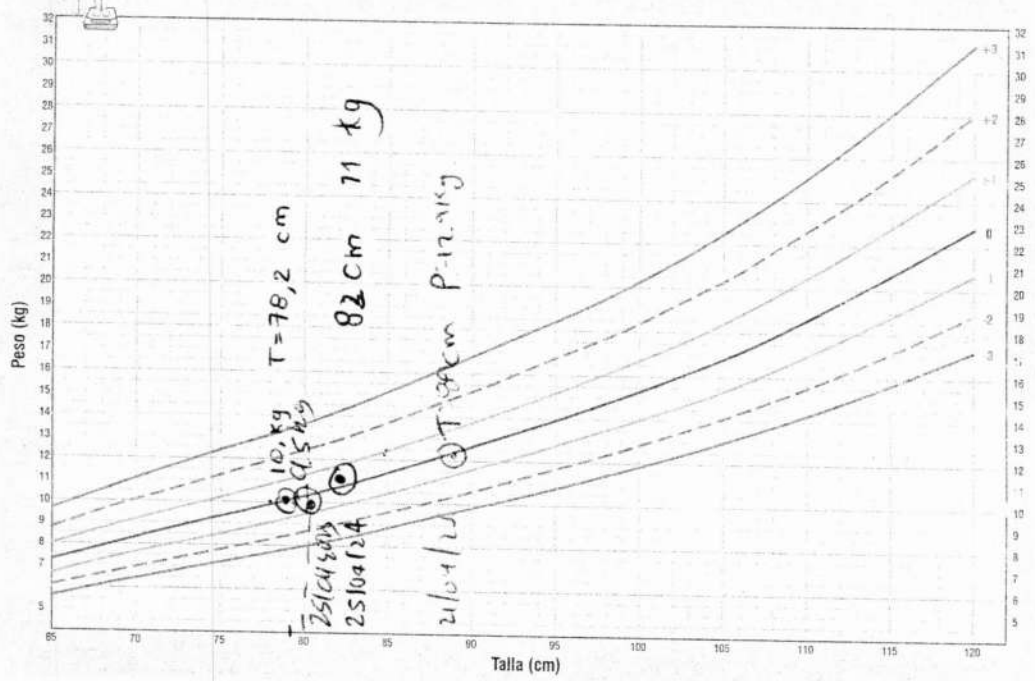
Puntuación Z (2 a 5 años)



12

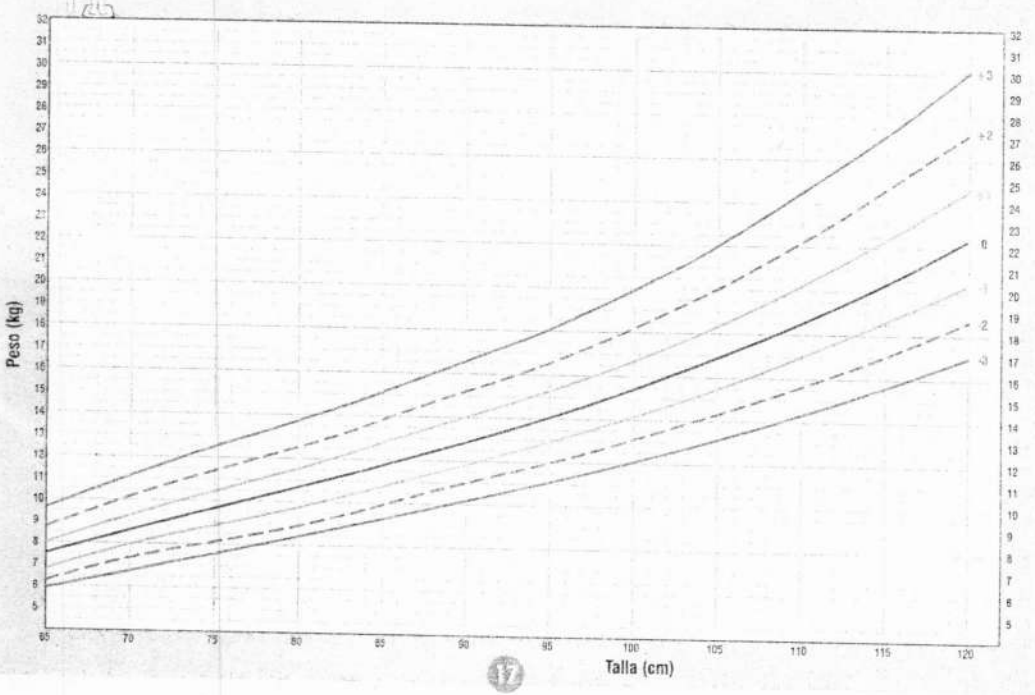
Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



Peso para la Talla Niños

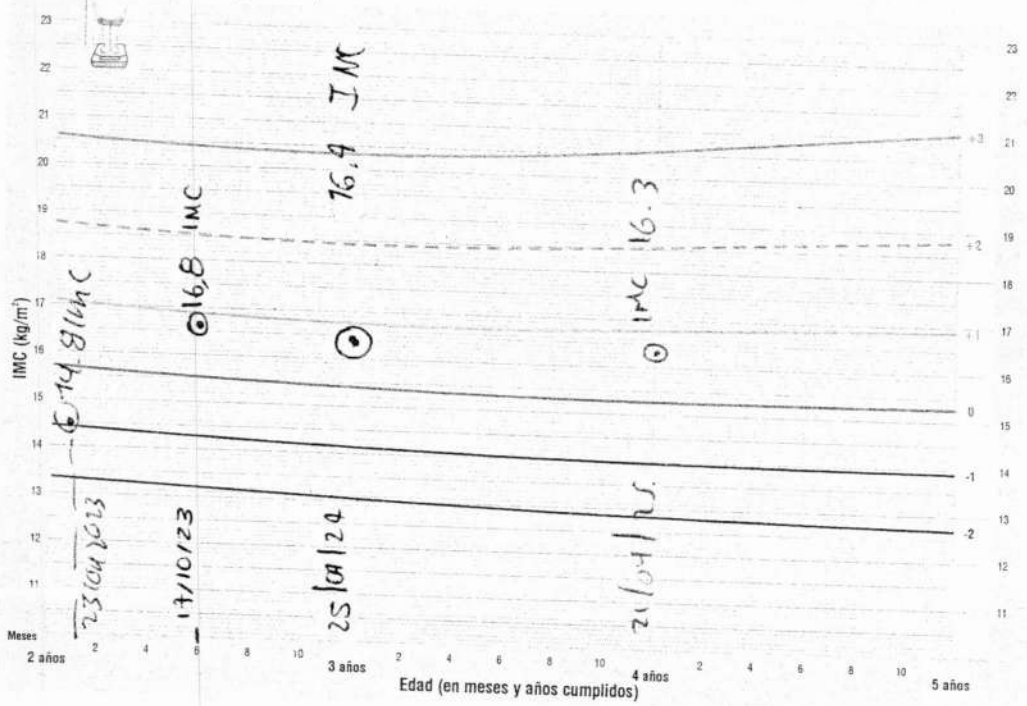
Puntuación Z (2 a 5 años)



73

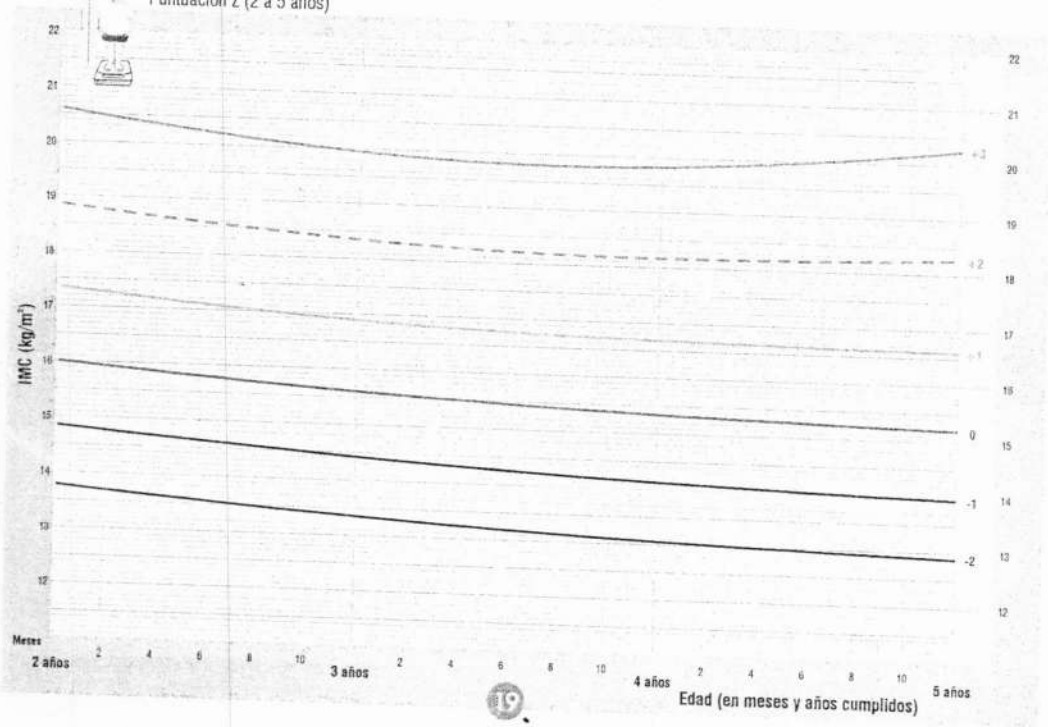
IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



		PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) ó AÑOS (A)													
			5 DIAS	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
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico													
		Atención en salud por medicina general									25-04-23				
		Atención en salud por enfermería										17-4-23		21-4-25	
		Atención en salud bucal por odontología													
		Promoción y apoyo de la lactancia manterna													
PROTECCIÓN ESPECÍFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de fluor									23-4	21-10-2023			
		Profilaxis y remoción de placa bacteriana									23-4	BIAH112084			
		Aplicación de sellantes (según criterio)													
	V	Vacunación													

Lizeth Jiménez Trujillo
Enfermera Profesional
Reg. 22083
Universidad de Caldas

Liliana Maribel Cordoba
HIGIENISTA ORAL
Res 00493 de 2017

17. Abril 2026

Agudeza visual 20/20 Normal 21-4-2025

Visión oral lo más próximo control

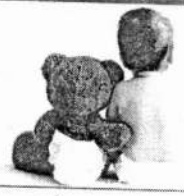
E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

JINA A. BELALCAZAR FLOREZ
Gerente

CARNET RIAS **PRIMERA INFANCIA**

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



Nombres y apellidos: Valery Sofia Rosero Chapuez

Doc. de identidad: 1122343703 EPS: Emssanar

Teléfono: 3208266535 Domicilio: V/ Risaralda

Cita: 2 meses cumplidos

Nombre: [redacted] Regis[redacted]vil:

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	18-ABR-21	Serum II	03709008	Esc Hospital L		Fabiola Soto
	Hepatitis B	Recién nacido	18-ABR-21	Serum I	032CCCCZA	Esc Hospital L.		Fabiola Soto
2 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
	Polio (Oral - IM)	1ª	18-06-2021	Sum	2017C04A.	HFID		[illegible]
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	18-06-2021	San	28SC-10518.	HFD.		[illegible]
	Rotavirus	1ª	18-06-2021	Bio	ARARC77FA	HFD		[illegible]
	Neumococo	1ª	18-06-2021	GSK.	ASPNB3S8	HFD		[illegible]
4 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐	18-06-2021	GSK			CITA.	
	Polio (Oral - IM)	2ª	18-08-2021	Serum	2017C04	HFID	18-ABRIL 2021	Talya 6
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	18-8-2021	Serum	28SOY028D	HFID		Talya 6
	Rotavirus	2ª	18-8-2021	OSK	AROIC772AF	HFID		Talya 6
	Neumococo	2ª	18-8-2021	GSK	ASPNB3O8BA	HFID		Talya 6
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.						cita.	
	Polio (Oral - IM)	3ª	[illegible]	[illegible]	B077004	HFID	18/Octubre/2021	ANA leyenda
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	[illegible]	Serum	28SO110180	HFID	cita 19/11/2021	AAa leyenda
	Influenza	1ª	[illegible]	[illegible]	04131V	HFID		ANA leyenda
7 Meses	Influenza	2ª	3-06-2022	Green	VSO222008	HFID		[illegible]
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	26-04-22	Serum	0113NB1	HFLD	CITA.	Tala 6
	Fiebre Amarilla	1ª	05-07-22	Farma	U21WFC0127	HFID	18-ABR 2022.	SAUM M.
	Neumococo	Refuerzo	26-04-22	Serum	ASPNB31SBA.	HFLD		Tala G
	Influenza	Anual	05-07-22	Green	VSO222008	HFID		SAUM M.
	Hepatitis A	ÚNICA	26-04-22	Sum	U016747.	HFLD		Tala 6
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1° Refuerzo	10-1-2023	Serum	2M1S004	HFID		Karen A
	Polio (Oral - IM)	1° Refuerzo	10-1-2023.	Merck	28SOY036D.	HFID	cita	Karen A
5 Años	Polio (Oral - IM)	2° Refuerzo					31/julio.	
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2° Refuerzo					2d. Influenza	
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	2° Refuerzo	10-1-2023.	Serum	0130N133B	HFID		Karen A.
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª					cita!	
	VPH	2ª					19-octubre	
	VPH	3ª					2022.	
Vacunas complementarias y otras dosis	Varicela.	Ud	26-04-22	merck	U016407.	HFLD		Tala 6
	SR.		3-06-22	Serum	0121N053	HFID	cita 5 AÑOS	Paula.

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.

cita. 26-mayo-2022.

PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO

IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA

Al momento de nacer — Fecha:

PRIMER CONTROL MÉDICO

Durante el primer mes de vida — Fecha:

SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA

Edad	Fecha de cita programada	Fecha en que asistió	Profesional que atendió
1 a 3 meses			
4 a 6 meses			
7 a 9 meses			
10 a 12 meses			
13 a 16 meses			
17 a 20 meses			
21 a 24 meses			
25 a 30 meses			
31 a 36 meses			
37 a 48 meses			
49 a 60 meses			
61 a 66 meses			
67 a 72 meses			
73 a 78 meses			
79 a 84 meses			
8 años (1)			
8 años (2)			
9 años			

Todos los niños deben recibir suplementos con Hierro y Vitamina A, cada 6 meses desde los 6 meses hasta los 5 años de edad, de acuerdo al protocolo de la estrategia **AIEPI**.

Edad	Fecha	Edad	Fecha
6 meses		42 meses	
12 meses		48 meses	
18 meses		54 meses	
24 meses		60 meses	
36 meses		66 meses	

En todos los niños se debe realizar toma de TSH al momento de nacer para estudio de hipotiroidismo.

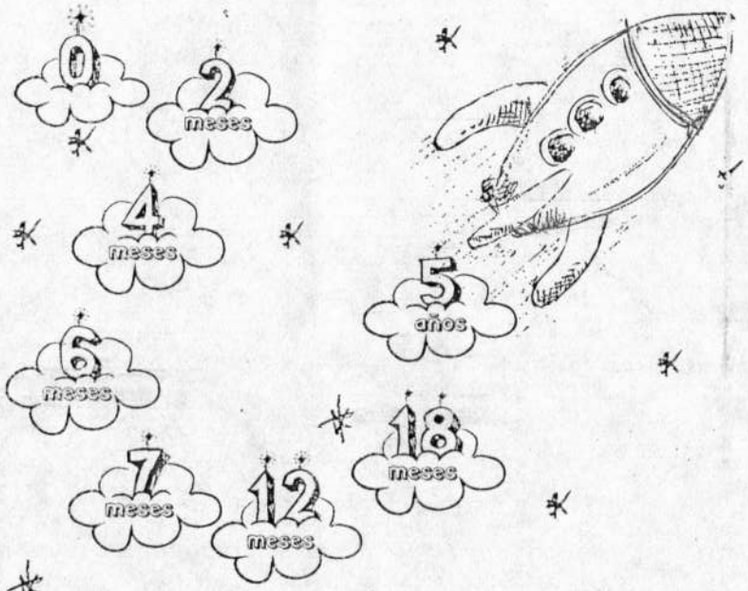
Valor reportado TSH:	
Fecha verificación:	
Profesional que verificó:	

Exíjalo

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

Poliomielitis, Difteria, Tétanos, Tosferina, Hepatitis, Enfermedad diarreica producida por rotavirus, Neumonías, Meningitis tuberculosa, Fiebre amarilla, Sarampión, Paperas, Meningitis por Haemophilus Influenza tipo B, Rubéola e Influenza.

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



- Cualquier día es bueno para vacunar a sus hijos.
- En Colombia todos los días son días de vacunación.
- **Es fácil, gratis y sobre todo muy importante.**

República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

www.minsalud.gov.co
Atención al Ciudadano: 018000 95 25 25

AIEPI
Porque mi vida hoy que protegerla hoy

de cero a Siempre
ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Rosero chapoez. Valery Sofia
Fecha de nacimiento: 17-ABR-21
Nº de certificado de nacido vivo: 165377701
Registro civil: 1122 343 703
Sexo: FEMENINO
Grupo sanguíneo:
Peso al nacer: 2570 Sem: 38.1 T: 49
Dirección: B/ los Pinos
Teléfono: 320 340 2694
Responsable: Luz dary chapoez chapoez
Municipio de residencia: San miguel
Departamento: Putumayo

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

RV
17

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

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL

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

CIUDAD San Miguel FECHA: DIA 21 MES 04 AÑO 2025 HORA: 7:31 AM.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Valery Sofia. APELLIDOS Rosero Chapuez

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1.122.343.703

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 17 MES: 04 AÑO: 2021 / EDAD: 4 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Emssanar Tel: 3202020154

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: luz Dary Chapuez

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

Nombres luz Dary Apellidos Chapuez Chapuez

Tipo de Identificación: RC☐ TI☐ CC☐ CE☐ OTRO☐ Número 1.122.341.329.

Firma: luz Dary Chapuez

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): HFCD

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:	Valery Sofia
Apellidos:	Rosero Chapuez

Sexo:	M	X	Fecha de Nacimiento:	17	04	2021
Identificación:	RC	1 122 343 703				
Dirección:	N.H.C.					

Servimos con amor

FECHA	PROCEDIMIENTO CP	PROCEDIMIENTO S	PROCEDIMIENTO D	PRÓXIMA CITA
25-04-23	x		x	25-octubre-23
31-10-23	x		x	31 Abril-2024
08-05-24	x		x	8-11-24
18-11-24	x	x	x	18-05-25
19-05-25	x	x	x	El NOV-2025
04-12-25	x	x	x	4 JUNIO 26

Liliana Maribel Córdoba
HIGIENISTA ORAL
Res 00493 de 2017

Liliana Maribel Córdoba
HIGIENISTA ORAL
RR. 00493-09-2017

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 Valery Sofia Rosero Chapuez, identificado (a) con documento de identidad número 1.122.343703 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, Luz Dary Chapuez-chapuez, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1122.341.329, 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: Luz Dary Chapuez.
Nombre: Luz Dary Chapuez
Calidad - Titular: _____ Representante legal: X
Teléfono de contacto: 3107020154
Fecha: 1-04-2025.
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.

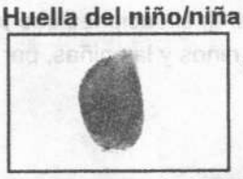
PAOLA CHATES
Coordinadora pedagógica

EDDY PATRICIA LÓPEZ
Apoyo psicosocial

Felipe
Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Agente educativa

Huella del niño/niña



Valery Sofia Roseio

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 38236-4	Pago oportuno hasta:	INMEDIATA	Mes Facturado
Factura Nro	2037147761	Suspensión a partir de:	INMEDIATA	MAYO 2025

1.Información Genera

Nombre: MARIA JESUS PANTOJA — **Último pago** $ 29,150

Dirección: VDA RISARALDA — Tuve servicio de energía entre: 02-ABR-2025 - 09-MAY-2025 (37)

Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Área	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Código Tarifa	División Geopolítica
SM3	S303	52	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
FACTURA DE VENTA	26/05/25	26-MAY-25	PAGO EN EFECTIVO	CONTADO	EEBP - 258297

2.Información Consumo Energía

Componentes de Costo (CU)* — Generación + Transmisión + Distribución + Comercialización + Pérdidas + Restricción

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

2A.Información Medidor

Marca	Serial	Factor Múltiplo
CHI	6677407282	1

2B.Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	4657	4563
Reactiva:		

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

2C.Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	94	
Consumo Reactiva KVarh:	0	
Costo del consumo $	91151.8	
Tarifa (hasta 173 Kwh):	444.51	
Subsidio: % 54.16	$	-49365.99
Contribución: % 0	$	0
Sub Total $	41785.81	

Meses en deuda: 2 — % Tasa Interés Moratorio: 0.5

2D.Consumo Últimos 6 Meses

	Mes	Activa	Reactiva
2024	NOVIEMBRE	101	0
2024	DICIEMBRE	105	0
2025	ENERO	86	0
2025	FEBRERO	95	0
2025	MARZO	64	0
2025	ABRIL	81	0
	PROMEDIO	89	0

2E.Información Calidad del Servicio

Tel. O.R EEBP: 01 8000 942415
Transformador: SRS153 Grupo: 32
DIUG: 95.56 FIUG: 36 Circuito: C14
Cargo D: 265.8314 Dscto %t:20
CEC: 83.05
DIU: 144.46 FIU: 105
HC: 0 VC: 7
Valor a Compensar:

3.Información de Créditos EEBP

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

Gerente General

AVISO DE SUSPENSION

4.Detalle Conceptos del Servicio de Energía

Conceptos EEBP	Valor Liquidado	Saldo Anterior	Saldo a Favor o Anticipado	Total
ACTIVA SEGUNDA MONOMIA	91,151.80	32,542.51	.00	123,694.31
SUBSIDIO	-49,365.99	.00	.00	-49,365.99
AJUSTE A SUBSIDIO	1,553.56	1,553.56	.00	3,107.12
RECARGO POR MORA	170.50	.00	.00	170.50
AJUSTE A LA DECENA	2.13	2.93	.00	5.06

5.Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP — 77,611

6.Información Facturación Convenio Impuesto Alumbrado Públi

Sujeto Activo	Operador A.P.	Convenio No.	Dirección PQR	Valor Periodo	Saldo Ant.	Valor Total
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL	MUNICIPIO SAN MIGUEL	ACUERDO 008 31/08/2023	Cra 4 Cll 7 Esquina	6,268	4651	10,919

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*				0	0			0		0

*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
77,611	10,919	0	0	$ 88,530

FE: d228207bfa1ad4bfb153eb51507e6cf39589032bd786c78eb8b5d2f97e7663ab3848da09f5e391bc51d5bdda6d8f6f3e

(415)7709998005532(8020)100020371477610O(3900)0000088530(96)20250623

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

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

RV 24

Ciudad San Miguel (La Dorada PTYO)

Nombre completo de la niña o niño Valery Sofia Rosero Chapuez

Fecha de nacimiento Día 17 Mes 04 Año 2021 **N° Documento de Identidad** 1.122.343.703

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Olga Milena Rendón

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

Se evidencia en la niña capacidad al momento de interactuar con sus pares en juegos de roles, rondas, propone a su cuidador y compañeros los juegos que ella desea jugar.

- cada vez es más independiente en sus rutina de cuidado y aseo personal.
- su lenguaje es acorde para su rango de edad.

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 1 Mes 10 Año 2025

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

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

Observaciones generales

Se evidencia en la niña habilidades al momento de realizar actividades que le permitan coordinar su cuerpo. cada vez es más independiente en sus rutinas de cuidado y aseo personal. le agrado proponer juegos de su preferencia a su maestra como: juego las escondidas el congelado gato y al raton entre otros

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)***

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

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

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

Fecha: 06-11-2025 No. De inscripción: 13 Grado al que se inscribe: 0° Municipio: San Miguel E. Educativo I.E.R. Agua Clara

DATOS DEL ESTUDIANTE

APELLIDOS: Rosero Chapuez NOMBRES: Valery Sofia

LUGAR DE NACIMIENTO: Puerto Asis FECHA DE NACIMIENTO: DÍA 17 MES 04 AÑO 2021

Genero: M ☐ F ☒ EDAD: 4/6 años Tipo de Documento: RC ☒ TI ☐ CC ☐ PE ☐ CE ☐ Cer. Cab. ☐ NES ☐

No. Documento 1122343703 EXPEDIDA EN San Miguel - La Dorada

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 Yoselin Mileidy Rosero Chapuez GRADO 3°

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 B1 ESTRATO 1 ¿PERTENECE A FAMILIAS EN ACCIÓN? SI ___ NO X

¿HIJO VETERANO FUERZA PÚBLICA? SI ___ NO ___

¿BENEFICIARIOS HÉROES DE LA NACIÓN? SI ___ NO ___

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

DATOS FAMILIARES

NOMBRE DEL PADRE O ACUDIENTE: Higinio Felipe Rosero Pantoja C.C. No: 1122336577 DE San Miguel OCUPACIÓN Agricultor

NOMBRE DE LA MADRE O ACUDIENTE: Luz Dary Chapuez Chapuez C.C. No: 1122341329 DE San Miguel OCUPACIÓN Ama de Casa

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

TELÉFONO CASA _____ TELÉFONO CELULAR PADRE: _____ TELÉFONO CELULAR MADRE 3241664236 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.

Luz Dary Chapuez

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

Fundación Almas de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Valery Rosero UNIDAD DE ATENCIÓN: Jardin 1. AGENTE EDUCATIVO: Milena Rendon

MUNICIPIO: San Miguel. FECHA DE INGRESO: 1- Abril -2022

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. 3-10-2023	Siendo las 7:50am la madre de la niña Se comunico vía whatapps manifestando que su hija no asistio el dia de hoy ya que amanecio delicado de salud presento gripe, y conjuntivitis.	A. Educativo le recomienda a la madre Solcitar cito medico para que la niña sea valorada. El dia lunes 6-oct/2023 la madre de la niña manifiesta que su hija esta mucho mejor de Salud. Se procede a realizar el cierre de la novedad.	A. Educativo	Felipe Rosero

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Valery Sofia UNIDAD DE ATENCIÓN: Jardín 1 AGENTE EDUCATIVO: Milena Rondón

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)
1/sep/2025	Siendo las 2:30 pm se logra identificar que la niña se encuentra indispuesta Presenta dolor de estomago. Agente educativo reporta al apoyo Psicosocial.	Posteriormente se realiza llamada telefonica a padres de familia y no responden por ningun medio. Apoyo Psicosocial se desplaza al lugar del trabajo del padre el cual llega inmediatamente al CDI. se realizan recomendaciones de autocuidado e informar cualquier novedad.	Felipe	A. Educativo
2/sep/25	Siendo las 8:40am del presente dia Agente Educativo intento comunicarse via whatapps con la madre de la niña pero no fue posible no responden al movil- Se dejo mensaje por whatapps en espera de una respuesta.	Siendo las 4:03 pm la madre envio un mensaje por medio de whatapss, manifestando que la niña se encuentra mejor de salud que el dio de hoy no asistio por que no quiere consumir alimento solido decidio cuidarla en casa.	Felipe	A. Educativo

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
MIERCOLES 3-09-2025	El dia miercoles 3-09-2025. la niña asistio al CDI en compañia de su padre quien manifiesta que su hija ya esta bien de salud. Durante la jornada pedagogica del dia de hoy no se presento ninguna novedad con la niña se procede a realizar el cierre de la novedad. A. Educativa FELIPE F. padre Flia.
MIERCOLES 1-OCT/2025	Siendo las 8:10am la niña valery Rosero asistio al CDI en compañia de su padre la cual la A. Educativo observo que la niña presentaba una irritación en sus ojitos (conjuntivitis) la cual le recomendo al padre de familia llevar a la niña a casa y tener los cuidados pertinentes, Solicitar cita medica, para que sea valorada, le den un diagnostico médico. Felipe R. F. P. Flia. El dia jueves- 2-OCT/2025 la niño valery Rosero asistio A. Educativo normalmente Sin ninguna novedad se procede a realizar el cierre de lo mismo