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: 01 04 2025

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Tipo de participante: (X) Niño/a entre 0 y menor de 5 años ( ) Persona Gestante

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

Unidad de Servicio sugerida: CDI Fronteras de Paz

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

Número de documento: 1122343711

Fecha nacimiento: 11 05 2021

Nombres: Bryan Esteban

Apellidos: Vallejo Guanga

Presenta discapacidad? ( ) Si (X) No

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

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

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

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

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

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

Departamento residencia: Putumayo

Municipio de residencia: San Miguel

Zona: Rural

Barrio:

Vereda: Risaralda

Sector:

Dirección: En toda la entrada de la vereda Risaralda

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

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

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

Número de documento: 1122339663

Nombres: Aida Marcela

Apellidos: Guanga Diaz

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 16 07 1991

Correo electrónico: aidaguangadiaz8@gmail.com

Número de celular: 3209651315

Número de fijo:

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

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

Nombre y Firma del padre, madre y/o cuidador: MARCELA GUANGA

Nombre y Firma del profesional que diligencia: OLGA MILENA R.

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:
BRYAN ESTEBAN VALENCIA GUANGA.

N° DOCUMENTO: 1.122.343.711 **TIPO DOCUMENTO:** RC___ CC X OTRO ___
FECHA DE NACIMIENTO: 11- mayo - 2021 **EDAD:** 3- 10 meses
LUGAR DE NACIMIENTO: San Miguel.

NOMBRE DE LA UDS: (CD1) centro de desarrollo infantil
CODIGO UDS: 86757112697 2 **BARRIO/VEREDA:** Bl 7 de Agosto
FECHA DE INGRESO: 1- Abri - 2025 **FECHA DE RETIRO:** _____

SISBEN: B2 (pobreza m) **EPS:** Mallamas **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: Aida Marcela Guanga Diaz
N° CÉDULA: 1.122.339.663 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Miguel
NOMBRE DEL PADRE: JHoan Esteban Valencia Rodriguez
N° CÉDULA: 1.006.788.124 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Miguel (PTYO)
N° DE CELULAR: _____
NOMBRE DEL ACUDIENTE: Aida Marcela Guanga Diaz
N° CÉDULA: 112339663 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Miguel
DIRECCIÓN VIVIENDA: Vl Risaralda **ZONA POBLACIONAL:** (R)___ (U)___
NUMERO DE CELULAR 320 965 1315

FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: N 1442823

NUIP 1.122.343.711

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco X

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
VALENCIA GUANGA BRYAN ESTEBAN

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)
Año 2021 Mes MAY Día 11 | Sexo (en letras): MASCULINO | Tipo Sanguíneo: AB +

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA PUTUMAYO SAN MIGUEL(LA DORADA)

Fecha de Inscripción (Mes en letras)
Año 2021 Mes JUN Día 01 | Indicativo serial: 0061318458

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
GUANGA DIAZ AIDA MARCELA

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.122.339.663 | Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
VALENCIA RODRIGUEZ JHOAN ESTEBAN

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.006.788.124 | Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
VALENCIA RODRIGUEZ JHOAN ESTEBAN

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.006.788.124

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 8 2

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)
Año 2021 Mes JUN Día 01

REGISTRADURÍA Adhesivo Copia Registro Civil 26209296-1

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.122.339.663**

GUANGA DIAZ
APELLIDOS

AIDA MARCELA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-JUL-1991**
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 **B+** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO

16-JUL-2009 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-6401800-00776945-F-1122339663-20151216 **0047**71893A 1 45057613

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.006.788.124**
VALENCIA RODRIGUEZ

APELLIDOS
JHOAN ESTEBAN

NOMBRES

Jhoan Valencia R

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-AGO-1994**
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

28-AGO-2012 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-6401800-01221663-M-1006788124-20210312 0073724497A 1 56511182

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

B2

Fecha de consulta: 25/03/2025

Ficha: 86757020480000000066

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: BRYAN ESTEBAN

Apellidos: VALENCIA GUANGA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122343711

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 08/11/2017

Última actualización ciudadano: 04/02/2022

Última actualización via registros administrativos:

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

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	1122343711
NOMBRES	BRYAN ESTEBAN
APELLIDOS	VALENCIA GUANGA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	SAN MIGUEL

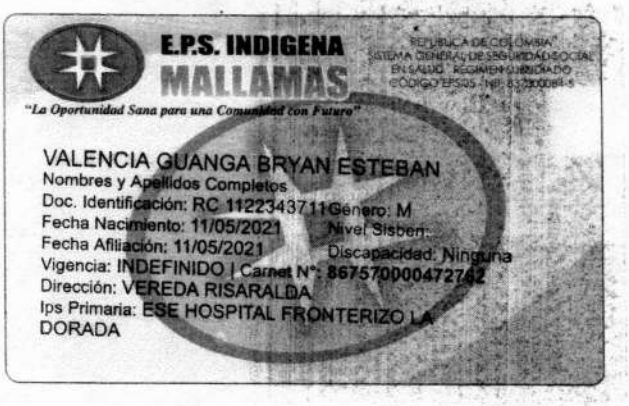
Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD MALLAMAS EPSI	SUBSIDIADO	11/05/2021	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/11/2025 14:39:12	**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


E.P.S. INDIGENA
MALLAMAS
"La Oportunidad Sana para una Comunidad con Futuro"
REPUBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL
EN SALUD - REGIMEN SUBSIDIADO
CODIGO EPSI05 - NIT: 837000084-5
VALENCIA GUANGA BRYAN ESTEBAN
Nombres y Apellidos Completos
Doc. Identificación: RC 1122343711 Género: M
Fecha Nacimiento: 11/05/2021 Nivel Sisben:
Fecha Afiliación: 11/05/2021 Discapacidad: Ninguna
Vigencia: INDEFINIDO | Carnet N°: 867570000472762
Dirección: VEREDA RISARALDA
Ips Primaria: ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA


ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD INDIGENA "MALLAMAS EPS-I"
Personería Jurídica No. 0017 de 2001 del Ministerio del Interior - DGAI
POR SER INDIGENA EL PORTADOR DE ESTE CARNÉ
NO DEBERÁ PAGAR COPAGOS NI CUOTAS MODERADORAS
Es indispensable la presentación de éste carné para acceder a los servicios contemplados en el POS-S
Válido únicamente en la Red Prestadora de Servicios autorizado por MALLAMAS EPS-I
VIGILADO Supersalud
GERENTE MALLAMAS EPS -I
LINEA SALUDABLE 018000-913701/7733376 IPIALES
www.mallamaseps.com.co E-mail:contactenos@mallamaseps.com.co
ESTE CARNET ES DE USO PERSONAL E INTRANSFERIBLE

GRAN TERRITORIO DE LOS PASTOS E.P.S. INDÍGENA MALLAMAS "El autocuidado de salud para un buen vivir"	CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN		CÓDIGO: AS-FR-008 VERSIÓN: 02 Vigencia: 22/12/2021

COORDINACION DE AFILIACIÓN Y REGISTRO

CERTIFICA :

Que el (la) señor(a):	**VALENCIA GUANGA BRYAN ESTEBAN**
Identificación:	**RC: 1122343711**
Municipio:	**SAN MIGUEL**
Nivel Sisben:	
IPS Asignada:	**ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA - PRINCIPAL**
Estado:	**Activo**
Fecha de Afiliación:	**2021-05-11**
Regimen:	**Subsidiado**
Tipo Discapacidad:	**NA**
Tipo Afiliación:	**Por Formulario Res. 974 de 2016**
Nivel :	

Observación :

Dada el viernes, 28 de marzo de 2025

Cordialmente

SANDRA LILIANA PANTOJA PASCAL

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

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...Sanos



E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

Nombres: Bryan Esteban	Apellidos: Valencia Guanga
Fecha de nacimiento: 11 | 05 | 2021	Historia Clínica: 1122343711
Barrio/Vereda: Riscaldas	Responsable del niño: Marcela Guanga
Teléfono: 3209651375	EPS: Mallamas.

Powered by CamScanner

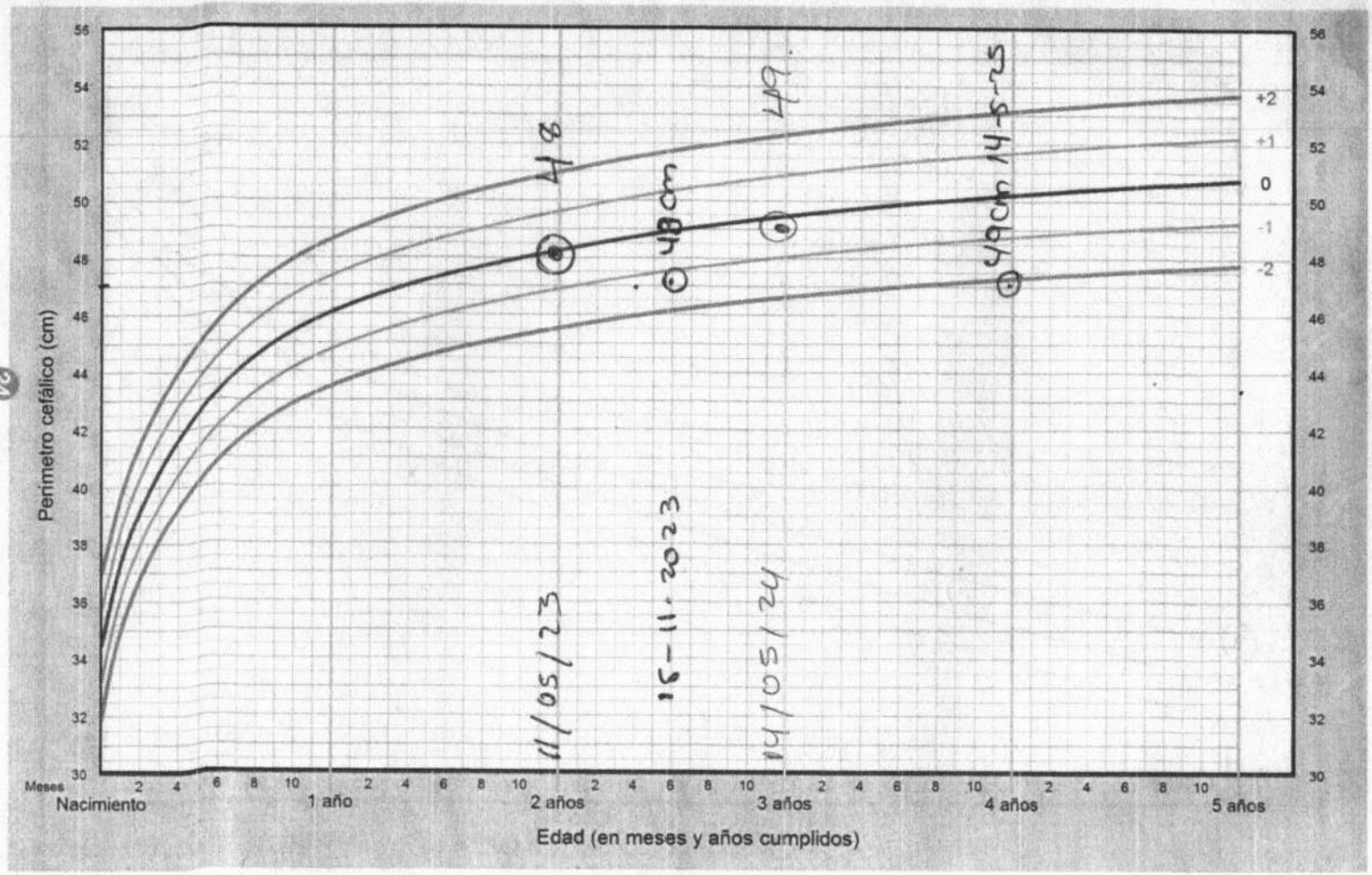
CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ	
				SI	NO
25	11	22	09:20	✓ Victor	
09	05	23	08:00	MEDICO	Si ✓
11	Nov.	2023	Enf.	Jefe	Si ✓
14	05	2024	Med.	Si ✓	
14	Mayo	2025	Enf	Enfersiv ✓	Milena C
17	Mayo	2026	Medico		

Dra. Magaly Cabrera
Médico General
R.M. 07027189-Univalle

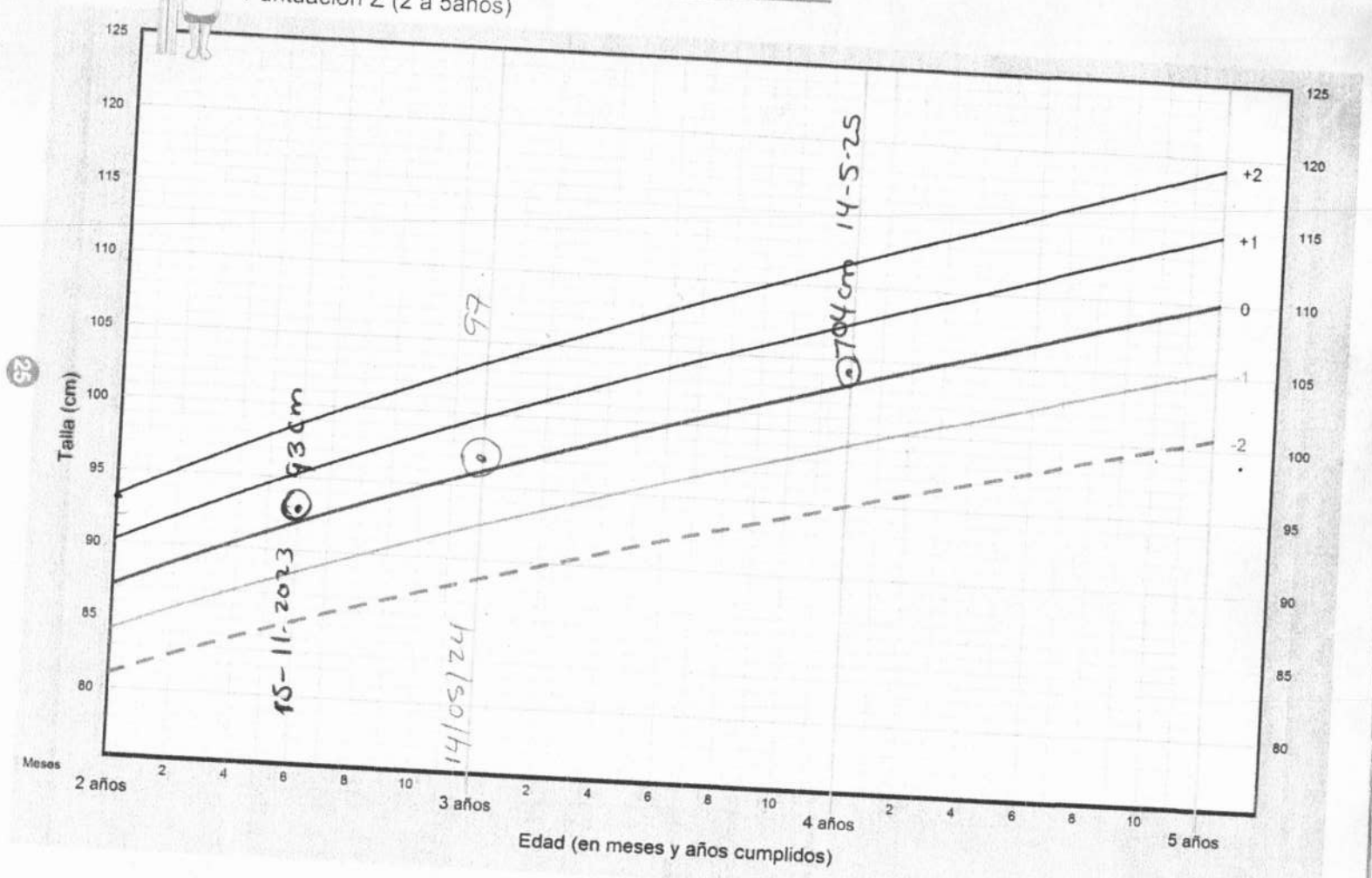
Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)



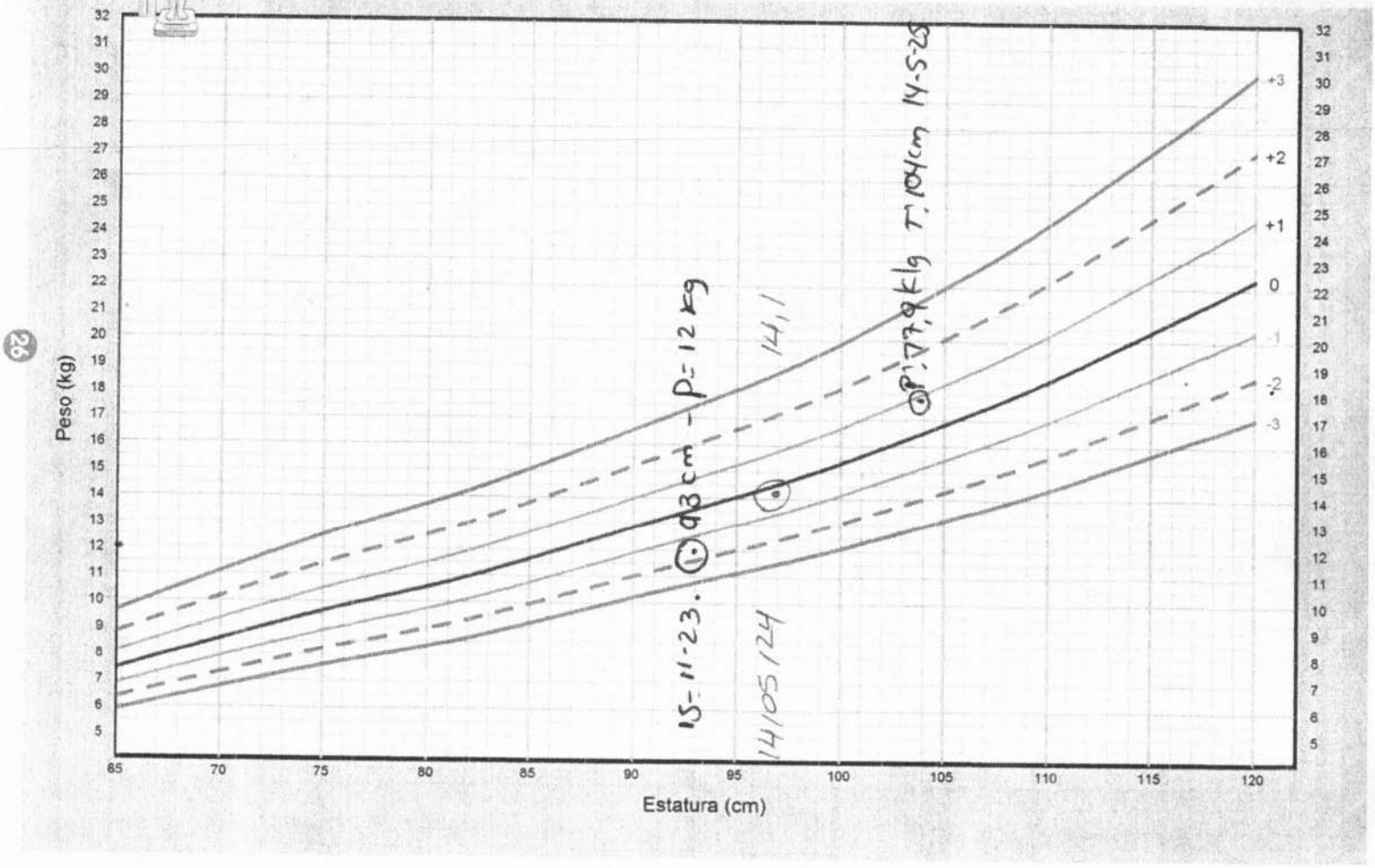
Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5años)



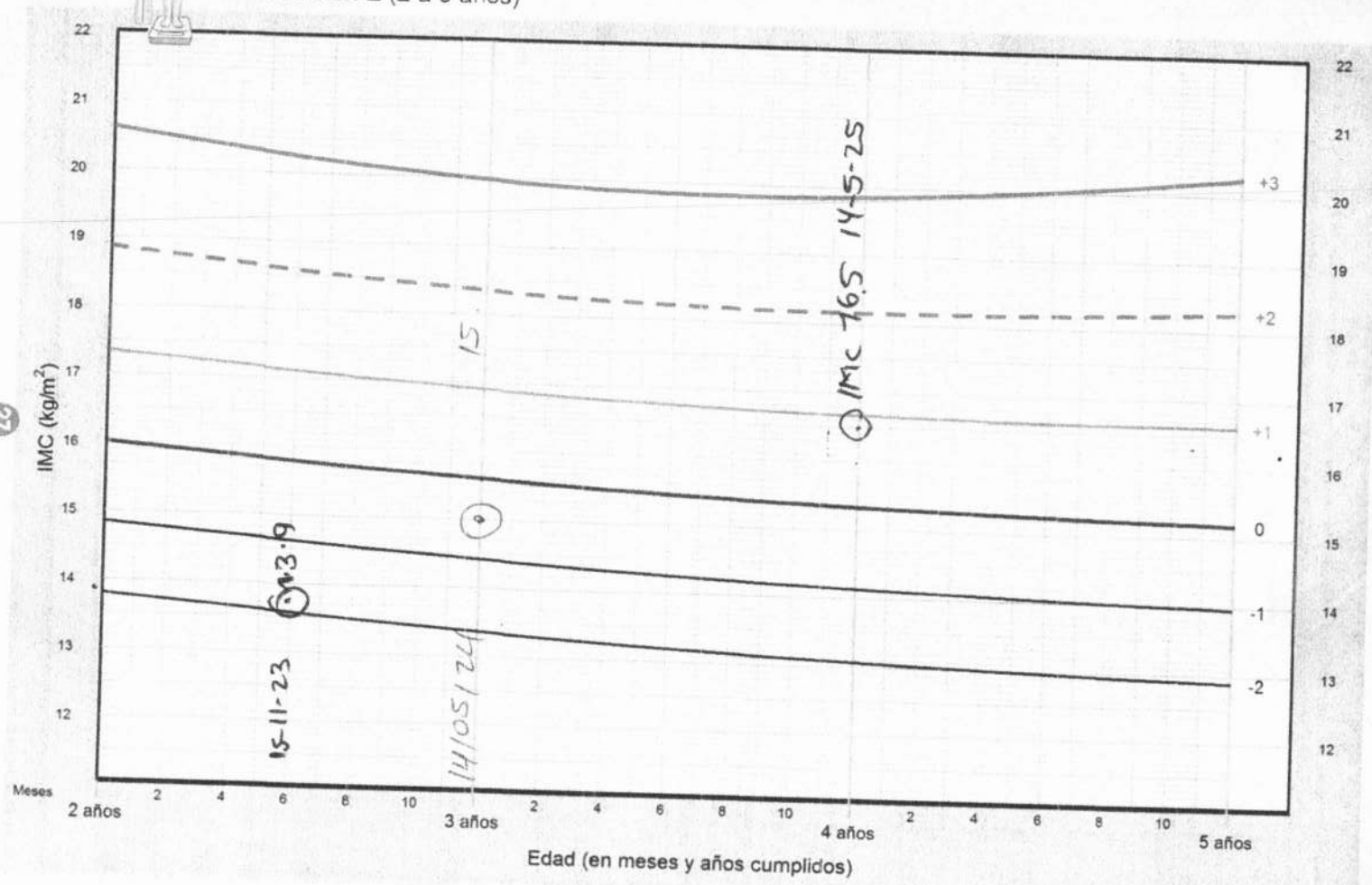
Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
						09-05-23	
11/05/23	12	87	48	16	15,5	11/11/23	
15-11-23	12	93	48	15	13.9	11-05-24	
14/05/24	14,1	97	49	16	15	11-05-25	
14-05-2025	17,9	104	49	17,5	16,5	11-05-2026	M, lera

Dra. Magaly Cabrera
Médico General
RM 67027189-Univalle

CARNET RIAS — PRIMERA INFANCIA

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

Mi prioridad es tu salud...



Nombres y Apellidos: Brian Esteban Valencia Guarnizo

Doc. de Identidad: 1122343711

EPS: Mallamas

Teléfono: 3209651312

Domicilio: V/ Risaralda

NTOS / 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	4A	5A
én nacido por médico													
lud por medicina general													
lud por enfermería												14-5-2025	
lud por Odontología						Proximo control 7-mayo 2026							
poyo de la lactancia materna													
barniz de flúor											21-mayo 2025		
ción de placa													
ellantes (Según Criterio)													

Yuly Vanessa Correa Rodriguez
ENFERMERA PROFESIONAL
C.C. 1094929731

Control Normal 14-mayo-2025 Higiene oral 7-octubre 2025 Proximo control

Nombre: _____ Registro Civil: _____

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de Aplicación (Día Mes Año)	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita (Día Mes Año)	Nombre del Vacunador
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐							
	Tuberculosis B.C.G.	Única	11-05-2021	Serum	03704008	HFLD.	próxima cita 11 junio 2021	Karen A.
	Hepatitis B	Recién nacido	11-05-2021	Serum	03204002A	HFLD.		Karen A.
2 Meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐							
	Polio (Oral - IM)	1ª	15-07-2021	Biological	2017004	HFLD		
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	15-07-2021	Serum	28501018D	HFLD		Paola Casanova
	Rotavirus	1ª	15-07-2021	GSK	ARDLC1F4AA	HFLD		
	Neumococo	1ª	15-07-2021	GSK	ASPNB3088A	HFLD.		
4 Meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐							
	Polio (Oral - IM)	2ª	20-09-21	Biological	2017004	HFLD		Paola C
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	20-09-21	Serum	28501018D	HFLD		Paola C
	Rotavirus	2ª	20-09-21	GSK	ARDLC1F4AA	HFLD		Paola C
	Neumococo	2ª	20-09-21	GSK.	ASPNB3088A	HFLD		Paola C.
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.							
	Polio (Oral - IM)	3ª	26-11-21	Biological	2017004	HFLD		Paola C
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	26-11-21	Serum	28501018B	HFLD		Paola C.
	Influenza	1ª	19-05-22	Sanofi	V5022200S.	HFLD		Paola C
7 Meses	Influenza	2ª	13-07-22	Sieen	VTC27005	HFLD		Paola C
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	19-05-22	Serum.	0113BNO	HFLD		Paola C
	Fiebre Amarilla	1ª	19-05-22	Sanofi	T3624.	HFLD		Paola C
12 Meses	Neumococo	Refuerzo	19-05-22	GSK.	ASPNB3508A	HFLD		Paola C
	Influenza	Anual						
	Hepatitis A	ÚNICA	19-05-22	MSD.	U016274.	HFLD	CITA: 26-Noviembre 2022	Paola C
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1° Refuerzo	27-12-22	Serum	28210018B	HFLD		Paola C
	Polio (Oral - IM)	1° Refuerzo	27-12-22	Biological	189AC11	HFLD		Paola C
5 Años	Polio (Oral - IM)	2° Refuerzo					cita 2 AÑOS	
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2° Refuerzo						
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo	25-01-23	Serum.	0131N05A.	HFLD.	CITA: 5 AÑOS Cumplidos	Paola C
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª						
	VPH	2ª						
	VPH	3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis	Varicela	Ud.	19-05-22	merck	U06752	HFLD		Paola C
	SR	REF	13-7-22	Serum	0129U3A	HFLD		Paola C

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

PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO

IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA

Al momento de nacer	Fecha:

PRIMER CONTROL MÉDICO

Durante el primer mes de vida	Fecha:

SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA

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

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

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

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

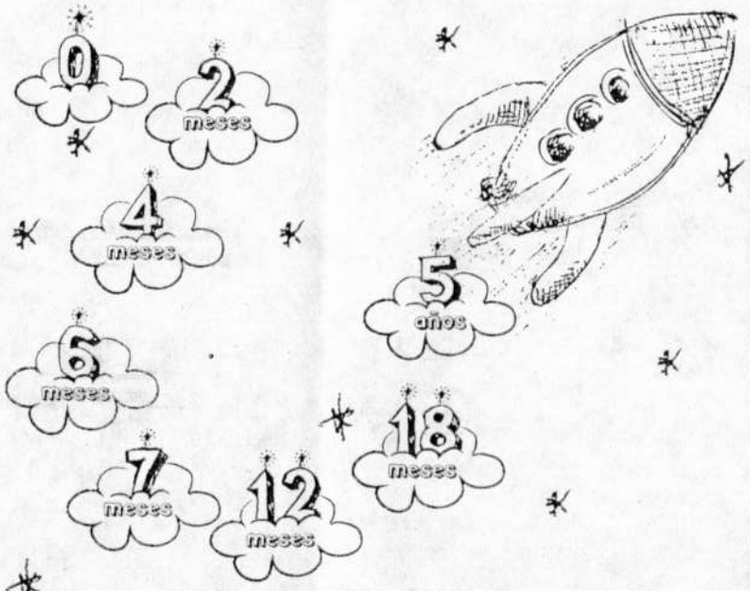
Valor reportado TSH:	
Fecha verificación:	
Profesional que verificó:	

Exíjalo

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

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

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



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

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

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

AIEPI

de cero a siempre

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

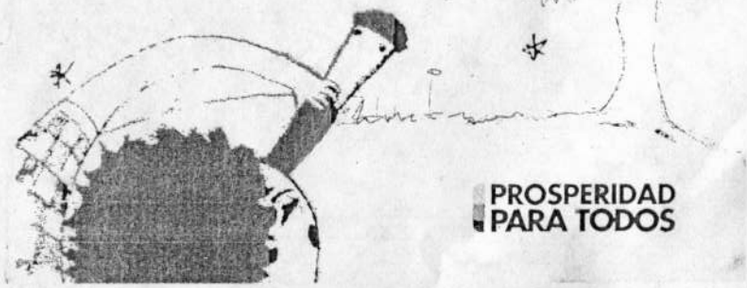
Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Bryan Esteban Valenca-
Fecha de nacimiento: 11-05-2021
Nº de certificado de nacido vivo:
Registro civil: 1122343711
Sexo: Masculino
Grupo sanguíneo:
Peso al nacer: 4.500
Dirección:
Teléfono:
Responsable: Aida Marcela Guanga
Municipio de residencia: San Miguel
Departamento: Putumayo.

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

San Miguel (la dorada Putumayo)- 31 mayo 2025

Señora:

PAULA CHATES

Coordinadora local del centro de desarrollo infantil frontera de paz

Cordial saludo:

Yo Aida Marcela Cuenga Identificada CC 1122339663 madre del niño (a)
Bryan Valencia G. identificado con RC 1.122. 343. 711

Manifiesto por medio de este oficio que mi hijo (a) no cuenta en el esquema de vacunación con el bilógico de la influenza anual (estacional) por motivo que esta dosis llega cada año, a partir del mes de abril y mayo, y en el momento que debía hacerle aplicar este biológico no estaba disponible, en el hospital me informaron que el niño (a) ya había perdido esta dosis, solo la aplican a niños y niñas a partir de los 12 meses hasta los 22 meses.

Atentamente:

Marcela Cuenga
Cc 1122339663

Celular:

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

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL

PARA LA APLICACIÓN DE LA VACUNA CONTRA EL SARS-COV-2 / COVID-19

La salud es de todos | Minsalud

CIUDAD la dorada FECHA: DÍA 21 MES 04 AÑO 25 HORA:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES brian estvan APELLIDOS valencia granga

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ NÚMERO: 1122345711

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 11 MES: 05 AÑO: 21 / EDAD: 4 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE 115

INFORMACIÓN PREVIA. La vacunación es una forma segura y eficaz de prevenir enfermedades y salvar muchas vidas. En la actualidad el pais 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 cientifica y sanitaria que permite su aplicación segura en humanos.

DATOS IMPORTANTES DE LA VACUNA (por favor, leer con detenimiento. Puede formular preguntas)

¿CÓMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides).
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar No accede ala vacuna 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 (linfadenopatia); 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 acord con mi condición, así como las explicaciones adecuadas, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de aplicación de la vacuna que se me ofrece. De la misma manera, se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con 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 responsabilidad a las autoridades sanitarias o gubernamentales ni a las entidades que participaron en la aplicación de la vacuna contra el SAI 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: Jhoan Valencia R.

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

Nombres _____ Apellidos _____

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

Firma: _____

En caso de requerirse firma a ruego:

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

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

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

de _____

Huella dactilar o plantar del Rogante

Firma del Rogado

C.C. N° _____

C.C. N° _____

Nombres y apellidos del vacunador: Eduard IB

Firma

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1004768493

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HEID

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.

		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	9-11M	12-17M	18-23M	24-29M	30-35M	3 A	4 A	5 A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico													
		Atención en salud por medicina general													
		Atención en salud por enfermería												14-5-2025	
		Atención en salud por Odontología						Próximo control 7- mayo 2026							
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor											Bi-mes 2° 2025	8-04-2026	
		Profilaxis y remoción de placa													
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	V	Vacunación													

Tuly Vanessa Cortes Rodriguez
ENFERMERA PROFESIONAL
C.C. 1094929731

Aquí el control normal 14-mayo-2025

Próximo control 7- octubre 2025

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

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

CARNET RIAS

PRIMERA INFANCIA

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

Mi prioridad es tu salud...



Nombres y Apellidos: Bryan Esteban Valencia Ocampo

Doc. de Identidad: 1122343711

EPS: Mallamas

Teléfono: 3209651315

Domicilio: V/ Risaralda

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 Bryan Esteban Valencia Guanga, identificado (a) con documento de identidad número _____, 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, Aida Marcela Guanga Diaz, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1122339663, 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 Fundacion 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 Institucional

Suscriben:

Firma: _____
Nombre: AIDA MARCELA GUANGA DIAZ
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3209651315
Fecha: _____
Municipio: _____

¡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

Marcela Goanga
Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Agente educativa

Huella del niño/niña

Bryan Valencia G.

EMPRESA DE ENERGÍA DEL BAJO PUTUMAYO S.A. E.S.P.
Nit. 846.000.553-0 - NIR: 2-8650000-7
Autorretenedores Res. 547 de 25/01/2002
Responsables de IVA

"Generamos Desarrollo con Energía"

Vigilado Superservicios

Código de Suscripción	SM 45091	Pago oportuno hasta:	INMEDIATA	Mes Facturado
Factura Nro.	2037063301	Suspensión a partir de:	INMEDIATA	MARZO 2025

1. Información General

Nombre:	LUZ MARINA DIAZ BENAVIDES		06-FEB-2025	Último pago $	25040
Dirección:	VDA RISARALDA	Tuve servicio de energía entre:	05-FEB-2025 - 05-MAR-2025 (28)		25-MAR-20

Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Área	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Tarifa	División Geopolítica
SM3	S303	39	1	RESIDENCIAL	RURAL	1	1.2	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\03\0025	0025	PAGO EN EFECTIVO	CONTADO	EEBP	180334

2. Información Consumo Energía

Componentes del Costo (CU): Generación 527.60 + Transmisión 49.85 + Distribución 253.23 + Comercialización 121.95 + Pérdidas 70.79 + Restricción 14.68 = CU 1,038 ($/KwH)

2A. Información Medidor

Marca	Serial	Factor Múltiplo
HIK	19789220	

2B. Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	3655	3570
Reactiva:		

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

2C. Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	85		
Consumo Reactiva KVarh:	0		
Costo del consumo $	88238.5		
Tarifa (hasta 173 Kwh):	415.24		
Subsidio: %	60	$	-52943.1
Contribución: %	0	$	0
Sub Total $	35295.4		

Meses en deuda: 2 % Tasa Interés Moratorio: .5

2D. Consumo Ultimos 6 Meses

Mes	Consumo
2025/Feb	67
2025/Ene	67
2024/Dic	66
2024/Nov	64
2024/Oct	57
2024/Sep	63

Promedio: 64

2E. Información Calidad del Servicio

Tel. O.R. EEPB 01 8000 942415
Transformador SRS152 Grupo 32
DIUG 95.56 FIUG 36 Circuito C14
Cargo D 249.01 Dscto %t 20
CEC 0.00
DIU 100.20 FIU 96.00
HC 0.00 VC 0.00
Valor a compensar 0.00

3. Información de Créditos EEBP

Tipo de Plan	Capital Crédito	No. Cuotas	Saldo Capital	Cuotas Pagadas	Cuotas por Facturar
	3742				

Gerente General

4. Detalle Conceptos del Servicio de Energía

Conceptos EEBP	Valor Liquidado	Saldo Anterior	Saldo a Favor o Anticipado	TOTAL
ACTIVA SENCILLA MONOMIA	88.238,50	20.061	0,00	108.300
SUBSIDIO	52.943,10	0	0,00	52.943
AJUSTE A SUBSIDIO	1.448,17	1.448	0,00	2.896
RECARGO POR MORA	107,56	0	0,00	108
AJUSTE A LA DECENA	0,87	2	0,00	3

AVISO DE SUSPENSION

5. Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP

58.364

6. Información Facturación Convenio Impuesto Alumbrado Público

Sujeto Activo	Operador A.P.	Convenio No.	Dirección PQR	Valor Periodo	Saldo Ant.	Valor Total
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL	MUNICIPIO SAN MIGUEL	ACUERDO 008 31/08/2023	Cra 4 Cll 7 Esquina	4.508	4.508	9,016

7. Información Facturación Convenio Aseo y Alcantarillado

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

Total EEBP	+	Total Impuesto Alumbrado público	+	Total Aseo y/o Alcantarillado	+	Total Otros Convenios	=	Neto pago en total
58,364		9,016		0		0		67,380

CUFE:

13500f7d550c17bb212067740039e0749ebc772f0d89ce536dee1036d6531833111229fcefb2fc8e8f981d79d15dccec

(415)7709998005532(8020)1000203706330106(3900)0000067380(96)20250421

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

www.eebpsa.com.co @eebpsaesp /eebpsa

Fac. Electronica: EEBP 180334

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

Proveedor Tecnologico: dispapeles S.A.S. NIT: 860028580-2 Software: fact-e
Esta factura presta mérito Ejecutivo de acuerdo a las Normas del Derecho Civil y Comercial Ley 142 Art. 130

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre RV 27

Ciudad San Miguel (La Dorada ptyo)

Nombre completo de la niña o niño Bryan Esteban Valencia Guanga.

Fecha de nacimiento Día 11 Mes 05 Año 2021 **N° Documento de Identidad** 1.122.343.711

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

hijo N-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
El niño presenta capacidades en su coordinacion motora, le agrada participar en competencias y habilidades de obstaculos que le permiten desarrollar su coordinación.
le agrada explorar todo lo que lo rodea, cada vez es mas independiente en sus cuidados y rutinas de aseo personal.
•su comunicación 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 02 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 el niño Bryan que intenta realizar dibujos rudimentarios y realizo una pequeña descripción de lo que ha dibujado. le gusta interactuar con sus compañeros e imitando diferentes personajes de su vida cotidiana como: a los super heroes. Explica a sus pares las consecuencias que tiene incumplir una norma establecida.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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

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

Observaciones generales

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

ración itativa ⇨	Relación con los demás															Relación consigo misma/o												Relación con el 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

Código: C03.0
Versión: 1.0

Macro proceso: C Gestión de la Cobertura Educativa

Fecha: 30-10-25 No. De inscripción: Grado al que se inscribe: 0 Municipio: SAN MIGUEL E. Educativo I.E.T.S.D.

DATOS DEL ESTUDIANTE

APELLIDOS: VALENCIA GUANGA NOMBRES: BRYAN ESTEBAN

LUGAR DE NACIMIENTO: SAN MIGUEL (LA DORADA) FECHA DE NACIMIENTO: DÍA 11 MES 05 AÑO 21

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

No. Documento 1122340711 EXPEDIDA EN SAN MIGUEL (LA DORADA)

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

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

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

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

NOMBRES

GRADO

GRADO

NOMBRE DE LA EPS A LA CUAL ESTÁ AFILIADO

DISCAPACIDADES: AUDITIVA ___ VISUAL___ MOTORA __ COGNITIVA ___ AUTIS

CUAL TIPO DE SANGRE: (Si presenta alguna discapacidad

PERTENECE A UNA ETNIA? SI___ NO ___ ¿CUAL? LENGUA MATE

A QUE RESGUARDO PERTENECE?

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

DPTO EXPULSIÓN MUNICIPIO DE EXPULSIÓN

NIVEL SISBEN B2 ESTRATO 1 ¿PERTENECE A FAMILIAS EN ACCIÓN? SI___

¿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: AIDA MARCELA GUANGA DIAZ C.C. No: 1122339663 DE SAN MIGUEL OCUPACIÓN INDEPENDIENT

NOMBRE DE LA MADRE O ACUDIENTE: JHOAN ESTEBAN VALENCIA C.C. No: 1006788124 DE OCUPACIÓN

DIRECCIÓN RESIDENCIA: BARRIO: VEREDA ISARALDA ZONA URBANA RURAL X

TELÉFONO CASA TELÉFONO CELULAR PADRE: 3202386839 TELÉFONO CELULAR MADRE 3209651315 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 – L

FIRMA DEL PADRE DE FAMILIA o ACUDIENTE

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Bryan Valencia UNIDAD DE ATENCIÓN: Jardin - 1. AGENTE EDUCATIVO: Milena Rendon

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 1-Abril-2025

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
Miercoles 24-09-202	El dia 24-09-2025 miercoles Agente Educativo le recuerdo a la madre del niño Bryan Solicitar y agenda cita de higiene oral para el niño ya que la proxima cita es el dia 1-10-2025	El dia viernes. 26-09-2025 la madre informo que este dia no hubo atencion al usuario en el hospital que debe acercarse a agendar la cita hi oral el dia lunes 29-09-2025. o el dia martes 30-09-2025 • El niño Bryan valencia tiene cita hi oral el dia miercoles 1-10-2025 Hora: 2:00pm • se procede a realizar el cierre de la novedad ya que el acudiente del usuario realizo entrega de la Fotocopia del carnet higiene oral, fue anexado en la carpeta del niño.		Valeria Guanga

E.S.E. Hospital Fronterizo LA DORADA NIT. 846002309-9	**RECORDATORIO DE CITA** Brian	**Código:** GAU-FR-009 **Versión:** 001
PROGRAMA:	Higiene Oral	
FECHA:	miercoles 1- 10.	
HORA:	2:00 pm.	
PROFESIONAL:	Liliana.	

- Recuerde estar **30 minutos** antes de la hora de la cita para **FACTURAR**, de lo contrario su cita será cancelada.
- Para cancelar o reprogramar su cita comunicarse al **3174276879** (de 9:00-11:00 a.m. y de 2:00-4:00 p.m.), WhatsApp (3:00-5:00 p.m.) o de forma presencial (7:00-10:00 a.m)
- Traer el documento de identidad o copia y autorización del servicio cuando se requiera.

Nuestro deber es brindarte atención, el tuyo SER PUNTUAL... Mi Prioridad Es Tu Salud