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: 1.122.343727

Fecha nacimiento: 2 | 6 | 2021

Nombres: Elain-Zanery

Apellidos: Rodriguez Tapia

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-Migud

Zona: Urbano

Barrio: Los Prados

Vereda:

Sector:

Dirección: Diagonal a la casa del Profesor Eli Rojas Chaves

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

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

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

Número de documento: 1.088.589.282

Nombres: Jessica-Materli

Apellidos: Tapia Cumbalaza

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 21 | 12 | 2000

Correo electrónico: alejo1999.8188@gmail.com

Número de celular: 3238668964

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:

Nombre y Firma del profesional que diligencia: OLGA RENDÓN

Observaciones:

Fundación
Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:
Elain Zanery Rodriguez Tapia

N° DOCUMENTO: 1.122.343.727 **TIPO DOCUMENTO:** RC x CC ___ OTRO ___
FECHA DE NACIMIENTO: 2-Junio-2021 **EDAD:** 3 años 9-m
LUGAR DE NACIMIENTO: San Miguel (Putumayo)

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

SISBEN: N/A **EPS:** Mallamas **RÉGIMEN (C)**__ **(S)**__
DESPLAZADO: SI____ **NO**___ **DISCAPACIDAD: SI**____ **NO**____ **¿CUAL?** _____
GRUPO ETNICO: SI x **NO**___ **¿CUAL?** Comunidad Indigena Sal de los pastos
GRUPO AFROCOLOMBIANO: SI___ **NO** x **¿CUAL?** _____
NOMBRE DE LA MADRE: Jessica Mayerli Tapia Cumbalaza
N° CÉDULA: 1.088.589.282 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Cumbal
NOMBRE DEL PADRE: Juan Camilo Rodriguez Acosta
N° CÉDULA: 1.006.788.768 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Miguel
N° DE CELULAR: 320203423 6-3238668964
NOMBRE DEL ACUDIENTE: Jose Einey Rodriguez Figueroa
N° CÉDULA: 18.153.658 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Valle del guamuez
DIRECCIÓN VIVIENDA: Bl los prados **ZONA POBLACIONAL: (R)**___ **(U)** x
NUMERO DE CELULAR _____

FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

OLGA RENDÓN
NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: N 1442839

NUIP 1.122.343.727

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
RODRIGUEZ TAPIA ELAIN ZANERI

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)										Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año	2	0	2	1	Mes	J	U	N	Día	0 2	FEMENINO	O +

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

Fecha de Inscripción (Mes en letras)										Indicativo serial
Año	2	0	2	1	Mes	J	U	N	Día	0 9	0061318474

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
TAPIA CUMBALAZA JESSICA MAYERLI

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.088.589.282	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
[illegible]

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.122.342.873	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
RODRIGUEZ ACOSTA JOSE ALEJANDRO

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.122.342.873

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 0 Z

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)
Año 2 0 2 1 Mes J U N Día 0 9

Adhesivo Copia Registro Civil
26209320-3

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.088.589.282**
TAPIA CUMBALAZA
APELLIDOS
JESSICA MAYERLI
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-DIC-2000**
CUMBAL
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55 **A+** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO
18-ENE-2019 CUMBAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-2303700-01072133 F-1088589282-20190410 0065213445A 1 51431305

NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.006.789.768**
RODRIGUEZ ACOSTA

APELLIDOS
JUAN CAMILO

NOMBRES

Camilo Rodriguez

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **28-DIC-2001**
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

08-JUN-2020 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

P-6401800-01308627-M-1006789768-20220718 **00801**10479A 1 9919928769

Zaneri

26

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **18.153.658**
RODRIGUEZ FIGUEROA

APELLIDOS
JOSE ERNEY

NOMBRES

José Erney Rodriguez

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-AGO-1972**
VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)
VALLE DEL GUAMUEZ (PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

08-MAY-1991 VALLE DEL GUAMUEZ
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-6401600-00201491-M-0018153658-20091203 **00186**00922A 2 25625110

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE NARIÑO
GRAN TERRITORIO DE LOS PASTOS
RESGUARDO INDÍGENA DEL GRAN CUMBAL
NIT: 800216159-2

EL SUSCRITO GOBERNADOR DE LA HONORABLE CORPORACION DEL CABILDO INDIGENA DEL GRAN CUMBAL EN USO DE SUS FACULTADES LEGALES Y CONSTITUCIONALES, QUE LE CONFIERE LA LEY 89 DE 1890, LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA EN SUS ARTÍCULOS 246 Y 330 RATIFICADOS EN EL CONVENIO 169 DE LA OIT, RATIFICADOS EN LA LEY 21 DE 1991 Y DESDE LA LEY DE ORIGEN, LA LEY NATURAL Y DEMÁS MANDATOS.

HACE CONSTAR:

Que el (a) Indígena: **JOSE ARCESIO TAPIA CUMBALAZA,** Identificado (a) con Cedula de Ciudadanía **No 1.088.588.126** expedida en Cumbal– Nariño junto a su hija **JESSICA MAYERLI TAPIA CUMBALAZA** Identificada con Cedula de Ciudadanía No 1.088.589.282 expedida en Cumbal- Nariño, y su hija **ELAIN SANERI RODRIGUEZ TAPIA** Identificada con Registro Civil No 1.122.343.727 expedido en San Miguel - Putumayo, dichas personas son naturales y se encuentran inscritos (a) dentro de los libros del censo del Resguardo Indígena de Cumbal, departamento de Nariño residente en la vereda **"TASMAG"** Quienes viene prestando sus servicios sociales y culturales de acuerdo a los usos y costumbres de la comunidad, como lo establece en el decreto 74 de 1898 sobre protección de indígenas y demás normas concordantes a la ley.

La presente certificación se expide a favor de interesado (a).

Para constancia se firma en la oficina del Honorable Cabildo Indígena de Cumbal al cuarto (04) día del mes de abril del año dos mil veinticinco (2025).

Cordialmente,

RESGUARDO INDIGENA DEL GRAN CUMBAL
NIT 800216159-2
MARCO ANTONIO CUMBAL
GOBERNADOR

MARCO ANTONIO CUMBAL
Gobernador Resguardo Indígena de Cumbal

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	1122343727
NOMBRES	ELAIN ZANERI
APELLIDOS	RODRIGUEZ TAPIA
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	01/09/2024	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/11/2025 14:38:06	Estación de origen:	192.168.70.220

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

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

GRAN TERRITORIO DE LOS PASTOS E.P.S. INDÍGENA MALLAMAS "El autocuidado en 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):	**RODRIGUEZ TAPIA ELAIN ZANERI**
Identificación:	**RC: 1122343727**
Municipio:	**SAN MIGUEL**
Nivel Sisben:	**N**
IPS Asignada:	**ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA - PRINCIPAL**
Estado:	**Activo**
Fecha de Afiliación:	**2024-09-01**
Regimen:	**Subsidiado**
Condición Discapacidad:	**N**
Tipo Discapacidad:	**NA**
Tipo Afiliación:	**Por Formulario Res. 974 de 2016**
Nivel :	

Observación :

Dada el lunes, 7 de abril 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

RV
10

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA ...Sanos



E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

Nombres: Elain Zaneri	Apellidos: Rodriguez Tapia.
Fecha de nacimiento: DIA 12 | MES 6 | 2021	Historia Clínica: 1122343727
Barrio/Vereda: Los Pinos	Responsable del niño: Jessica Tapia.
Teléfono:	EPS: Emssanar.

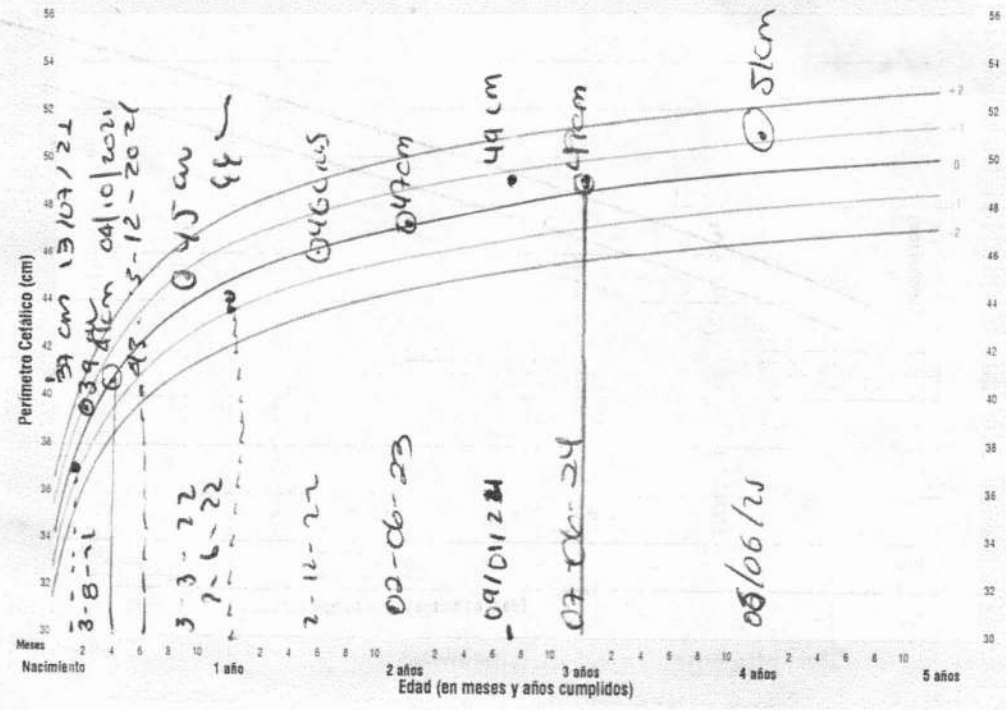
CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ	
				SI	NO
13	Julio	2021	Medico	SI ✓	
03	agosto	2021	Enf		
3	oct	2021	MD.	SI ✓	
04	DICIEMBRE	2021	xENF.	SI ✓	
03.	Marzo	2022	xEnf.	Si -	
02	Junio	2022	xMD		
03	12	2022	~~ENF~~	Si ✓	
02	Junio	2023	Medico.	✓	
09		2024	Enf.	✓	
02	Junio	2024	Med.	Si ✓	S.
05	Junio	2025	~~xMEDICO~~	Enf	Si
02	Junio	2026	Med		

PV
12

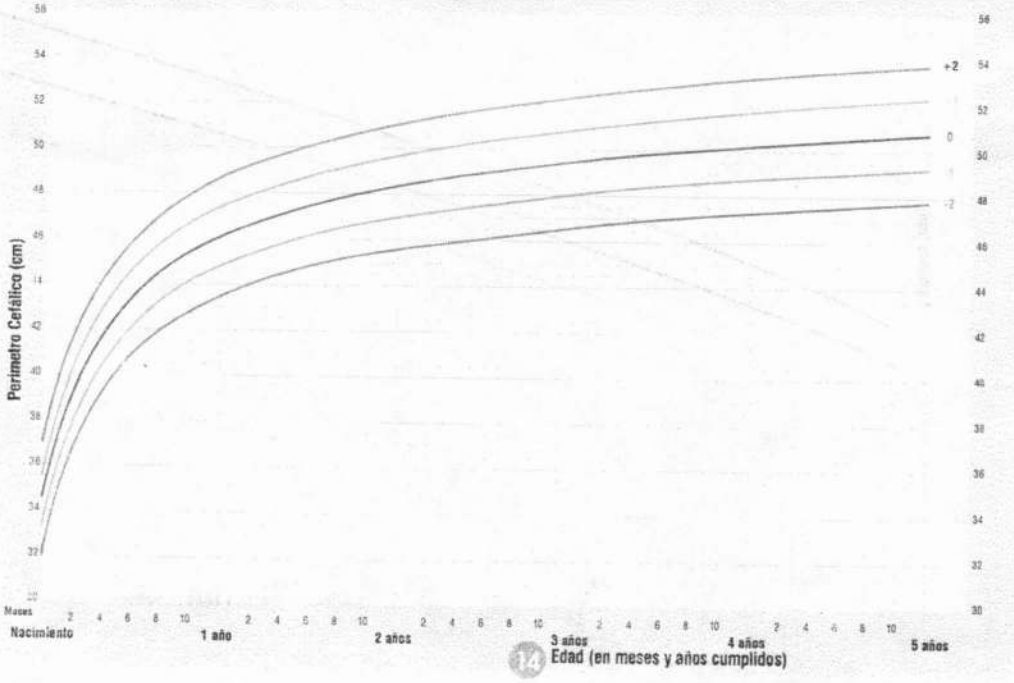
Perímetro Cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)



Perímetro Cefálico Niños

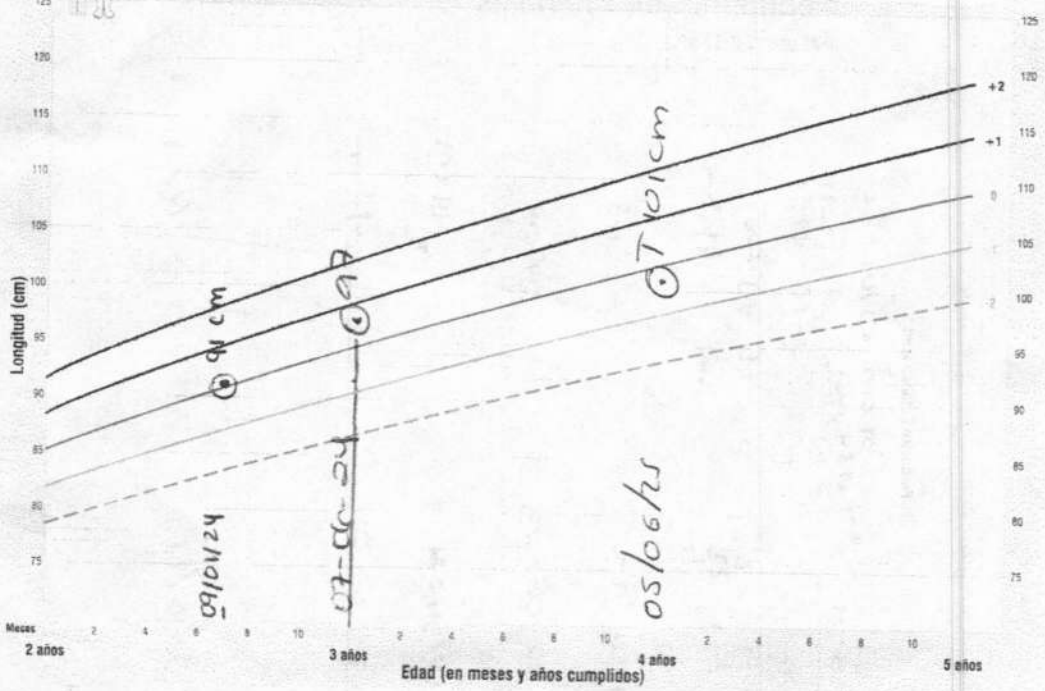
Puntuación Z (0 a 5 años)



13

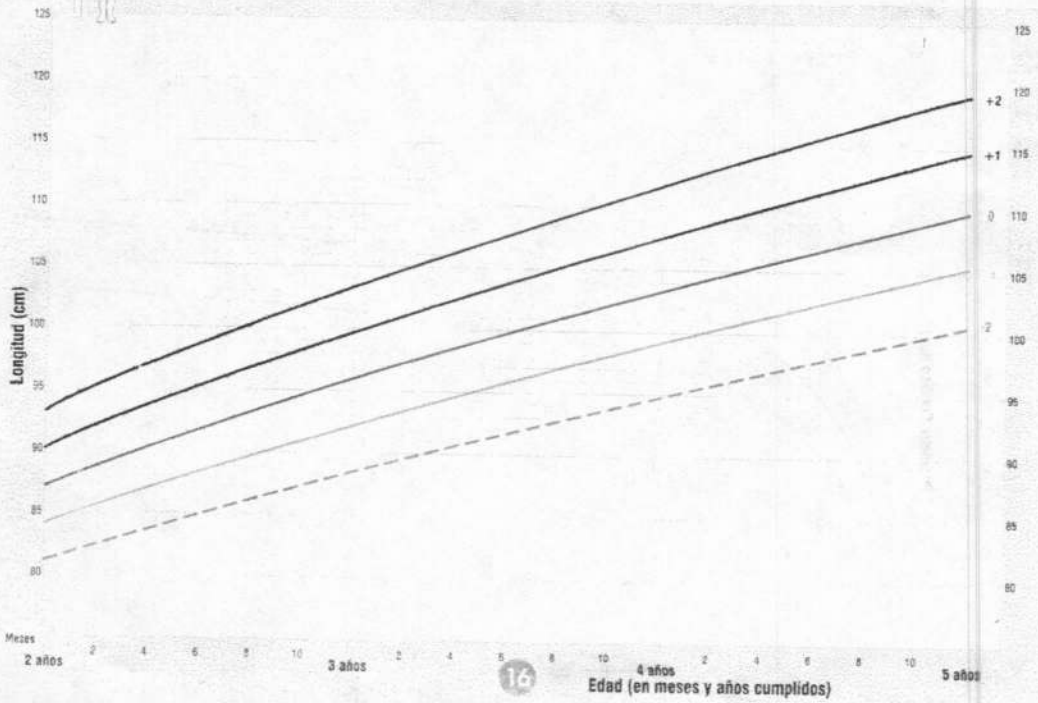
Talla para la edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



Talla para la edad Niños

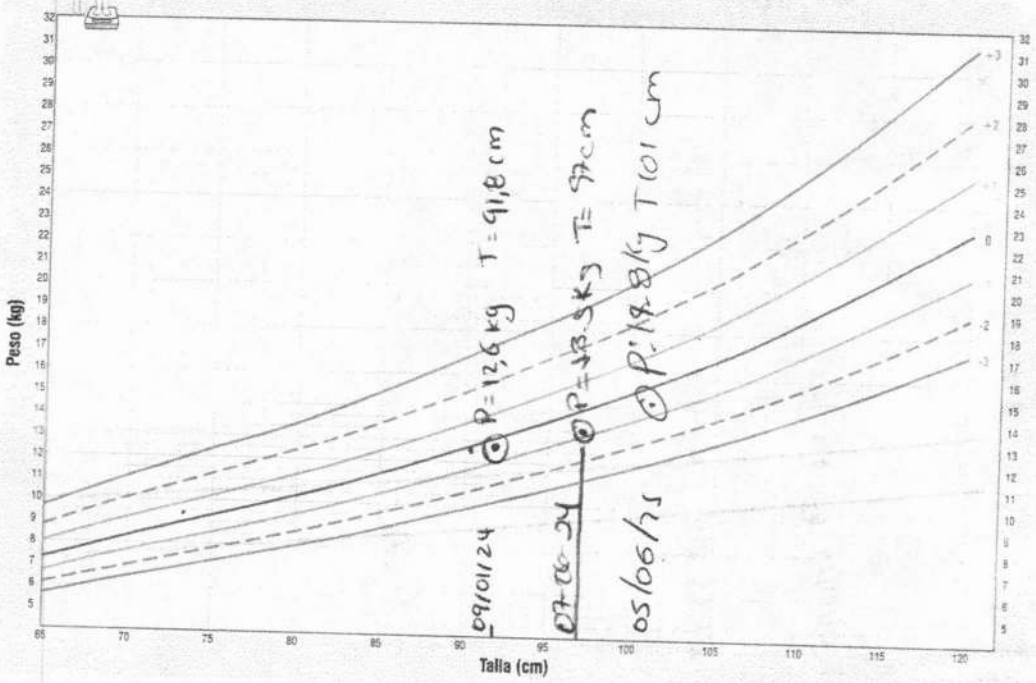
Puntuación Z (2 a 5 años)



14
RV

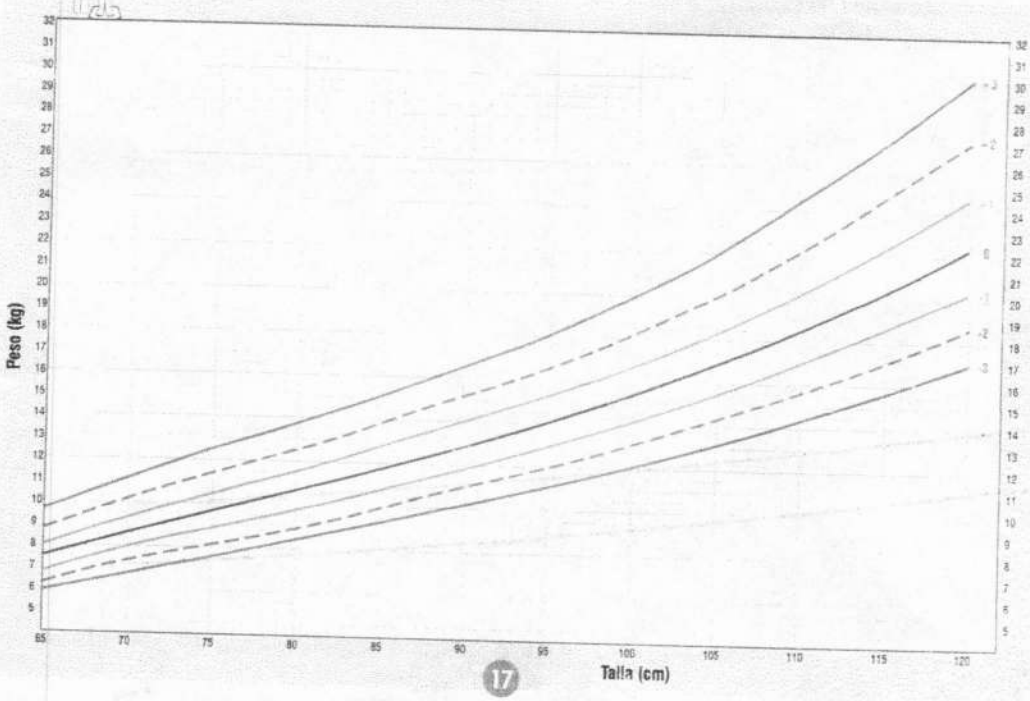
Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



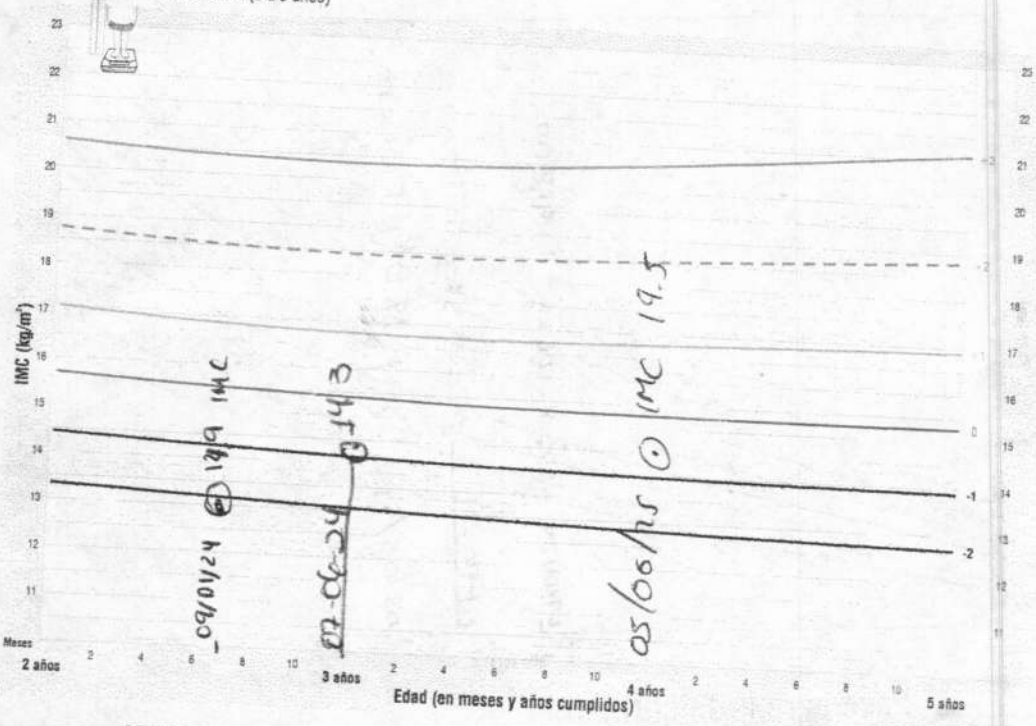
Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



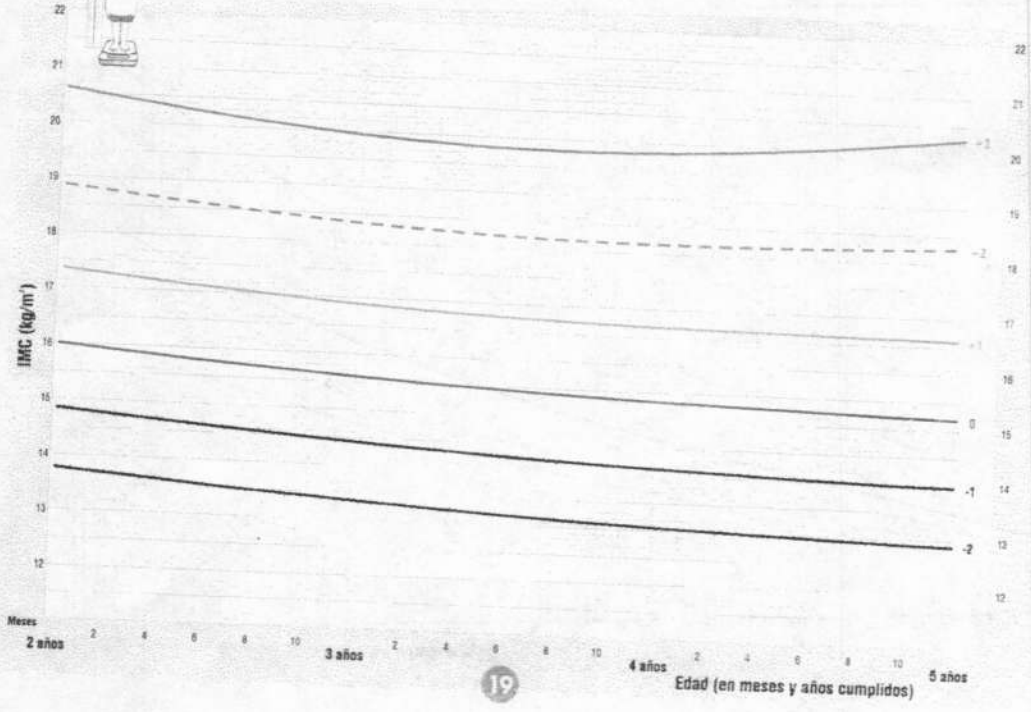
IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



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: Elain Zaneri Rodriguez Tapia
Doc. de Identidad: 1122343727
EPS: Mallamas
Teléfono: 3202034236
Domicilio: B/ Los prados

		PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) Ó AÑOS (A)												
			5 DÍAS	1 M	2-3 M	4-5 M	6-8 M	9-11M	12-17M	18-23M	24-29M	30-35M	3 A	4 A	5 A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico													
		Atención en salud por medicina general													
		Atención en salud por enfermería												5-6-2025	
		Atención en salud por Odontología							próximo		control		2-junio		2026
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor											20-3-2025		
		Profilaxis y remoción de placa													
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	>	Vacunación													

Yuly Vanessa Correa Rodriguez
ENFERMERA PROFESIONAL
C.C. 1094929737

Ayuda visual 20/20 normal 5-6-2025.

Higiene oral 20 septiembre 2025 proximo control

Nombre: _____ Registro Civil: _____

RV 17

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	02-06-2021	Serum	037G0800	HTO		Ana Izquierdo
	Hepatitis B	Recién nacido	02-06-2021	Seu	037G0800	HTO		Ana Izquierdo
	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
2 Meses	Polio (Oral - IM)	1ª	03-AGO-2021	Seu	2017004	HTO	CITA.	Ana Izquierdo
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	03-AGO-2021	Biolo	28504018	HTO	02-AGO-202	Ana Izquierdo
	Rotavirus	1ª	03-AGO-221	GSK	AROIC972H.	HFLD		Ana Izquierdo
	Neumococo	1ª	03-AGO-2021	GSK	ASPNB308	HFLD		Ana Izquierdo
4 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐					CITA.	
	Polio (Oral - IM)	2ª	4-10-2021	Serum	2017004	HFLD	03-Oct.	Talya 6
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	4-10-2021	Serum	28504018D	HFLD	2021	Talya 6
	Rotavirus	2ª	4-10-2021	GSK	AROIC972AF	HFLD		Talya 6
	Neumococo	2ª	4-10-2021	GSK	ASPNB301EA	HFLD		Talya 6
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.							
	Polio (Oral - IM)	3ª	03-12-21	Biological	2017004	HFLD		paulac
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	03-12-21	Serum	28504018D	HFLD		paulac
7 Meses	Influenza	1ª	3-06-22	Green	V50222005	HFLD		Talya 6
	Influenza	2ª	05-7-22	Green	V50222008	HFLD.		Dennis. M
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	03-06-22	Serum	0180N1218	HFLD		Talya 6
	Fiebre Amarilla	1ª	07-6-22	Fercher	L211VFC0122	HFLD		Sara M.
	Neumococo	Refuerzo	03-06-22	GSK	ASPNB33EKA	HFLD		Talya 6
	Influenza	Anual						
	Hepatitis A	ÚNICA	03-06-22	MSD	1036268	HFLD		Talya 6
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1º Refuerzo	05-12-202	Serum	2114014	HFLD		Talia 6
	Polio (Oral - IM)	1º Refuerzo	05-12-202	Serum	2810014	HFLD		Talia 6
5 Años	Polio (Oral - IM)	2º Refuerzo					CITA.	
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2º Refuerzo					03-diciembre	
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo	16-01-2024	Serum	0182N018B	HFLD	2022.	Jeniffer-C.
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª					cita 2 AÑOS	
	VPH	2ª						
	VPH	3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis		Varicela	3-06-22	Merck	V016461	HFLD		Talya 6
		SR.	05-7-22	Serum	0129W211	HFLD		Dennis N.

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

PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO

IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA

Al momento de nacer	Fecha:

PRIMER CONTROL MÉDICO

Durante el primer mes de vida	Fecha:

SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA

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

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

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

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

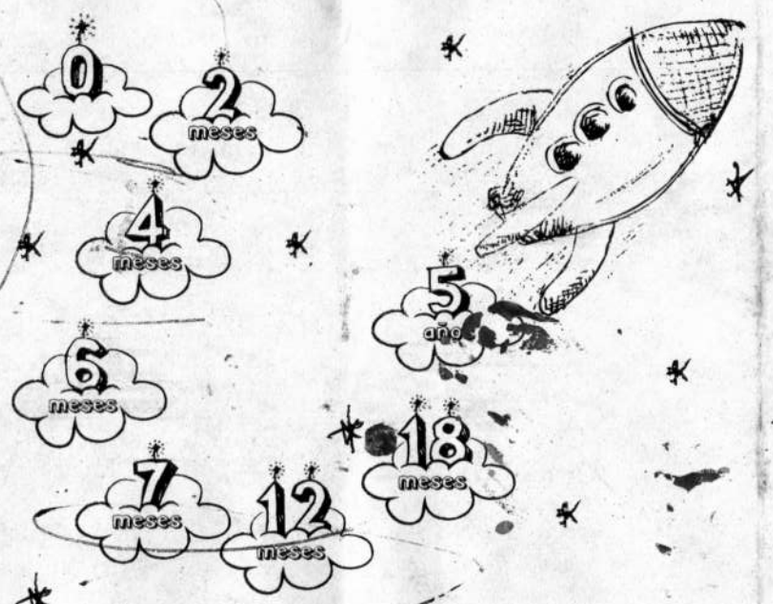
Valor reportado TSH:	
Fecha verificación:	
Profesional que verificó:	

Exíjalo

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

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

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



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

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

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

AIEPI
Porque mi vida hay que protegerla hoy

de cero a Siempre
ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: RODRIGUEZ TAPIA Elian Zane.
Fecha de nacimiento: 02-06-2021
Nº de certificado de nacido vivo: _____
Registro civil: 1122343727
Sexo: FEMENINO
Grupo sanguíneo: _____
Peso al nacer: 3400 kgms.
Dirección: Prados
Teléfono: _____
Responsable: Yesica Nayerly Tapia
Municipio de residencia: San Miguel
Departamento: Putumayo
1088589282

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 Jessica Mayerli Tapia Identificada CC 1.088.589.282 madre del niño (a)

Elain Zanesy Rodriguez Tapia. identificado con RC 1122343727

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:

Cc 1088589282

Celular: 3202034236.

RV
20

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

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

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL

La salud es de todos | Minsalud

CIUDAD San Miguel FECHA: DÍA 14 MES 04 AÑO 2025 HORA: 2:28PM.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Elain Zaneri APELLIDOS Rodriguez Tapia.

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1.122.343 727

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 02 MES: 06 AÑO: 2021 / EDAD: 3 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Mallamas Tel: 3202034236

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) No disponibilidad del biologico

¿CÓMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides).
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar Ninguno. 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: [signature]

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

Nombres Jessica Mayerli Apellidos Tapia. Cumbalaza.

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1088589282

Firma: [signature]

En caso de requerirse firma a ruego:

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

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

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

de _____

Firma del Rogado

Huella dactilar o plantar del Rogante

C.C. N° _____

C.C. N° _____

Nombres y apellidos del vacunador: Jeniffer Cabezas Meneses

Firma [signature] Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 1126446066

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HPUD

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.

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

GOBERNACIÓN
PUTUMAYO
2020 2023

JINA A. BELALCAZAR FLOREZ
Gerente

Servimos con amor

CARNET
RIAS

PRIMERA INFANCIA



E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

Servimos con amor

Nombres y apellidos: Elain Zaneri Rodriguez T

Doc. de identidad: RC 1122343727 EPS: Emssanar

Teléfono: 3112763433 Domicilio: B/ prados

22

		PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) Ó AÑOS (A)														
			5 DÍAS	1 M	2-3 M	4-5 M	6-8 M	9-11 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													
		Atención en salud por enfermería													
		Atención en salud bucal por odontología													
		Promoción y apoyo de la lactancia manterna													
PROTECCIÓN ESPECÍFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de fluor									01-08-23	01-08-23	04-08-25		
		Profilaxis y remoción de placa bacteriana									20-02-2024	24 Febrero-24			
		Aplicación de sellantes (según criterio)									28 Agosto-2024		02-03-2025	22-09-2025	
	V	Vacunación												22-03-2026	

Liliana Maribel Córdoba
HIGIENISTA ORAL
Res 004E3 de 2017

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA	F2.P2.CE	15/07/2021
	FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN	Versión 4	Página 1 de 1

Autorización – Uso de la imagen de menor de edad:

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad Elain Zanery Rodriguez Tapia, identificado (a) con documento de identidad número 1.122.343.727, 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, Jessica Mayerli Tapia Cumbalaza, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1.088.589.282, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	✓	Audios	✓	Videos	–	Otros datos personales	–

La autorización comprende:

1. Captar, tomar, almacenar y editar imágenes personales o fotografías, realizar videos y audios del menor de edad y/o del adulto mencionado (s) anteriormente según corresponda.
2. Divulgar y publicar las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción de derechos de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, y en el respeto de sus derechos fundamentales.

Manifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la recolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informado de los derechos con que cuenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales presenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 91 80 80.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra persona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

Los productos autorizados son originados por Fundación Alma de vida, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa Modalidad Institucional

Suscriben:

Firma: _____
Nombre: Jessica Mayerli Tapia
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3202034236
Fecha: 1- Abril- 2025
Municipio: San Miguel (Putumayo)

PACTO DE CONVIVENCIA MODALIDAD INSTITUCIONAL

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

DERECHOS Y DEBERES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

DERECHOS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

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

DEBERES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

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

DERECHOS Y DEBERES DE LOS PADRES DE FAMILIA

DERECHOS DE LOS PADRES DE FAMILIA

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

DEBERES DE LOS PADRES DE FAMILIA

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

(telefónico, mensajería y/o escrito).

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

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

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

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

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

PAOLA CHATES
Coordinadora pedagógica

EDDY PATRICIA LÓPEZ
Apoyo psicosocial

José Hernej Rodriguez
Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Agente educativa

Huella del niño/niña



Zanery Rodriguez

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 11483-3	Pago oportuno hasta:	08/06/2025	Mes Facturado
Factura Nro	2037146638	Suspensión a partir de:	09/06/2025	MAYO 2025

1.Información Genera

Nombre:	JOSE HERNEN RODRIGUEZ	Último pago	$ 136,180
Dirección:	BR LOS PRADOS	Tuve servicio de energía entre:	16-ABR-2025 - 16-MAY-2025 (30)

Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Área	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Código Tarifa	División Geopolítica
SM1	S109	93	1	RESIDENCIAL	URBANA	1	.6	AEREA	EMPRESA	105	SAN MIGUEL - LOS PRADOS

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 - 257208 0

2.Información Consumo Energía

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

2A.Información Medidor

Marca	Serial	Factor Múltiplo
APP	4604094481	1

2B.Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	16056	15817
Reactiva:		

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

2C.Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	239	
Consumo Reactiva KVarh:	0	
Costo del consumo $	231758.3	
Tarifa (hasta 173 Kwh):	444.51	
Subsidio: % 54.16	$	-90854.43
Contribución: % 0	$	0
Sub Total $	140903.87	

Meses en deuda: 1 % Tasa Interés Moratorio: 0.5

2D.Consumo Últimos 6 Meses

	Mes	Activa	Reactiva
2024	NOVIEMBRE	272	0
2024	DICIEMBRE	239	0
2025	ENERO	280	0
2025	FEBRERO	222	0
2025	MARZO	244	0
2025	ABRIL	225	0
	PROMEDIO	**247**	**0**

2E.Información Calidad del Servicio

Tel. O.R EEBP: 01 8000 942415
Transformador: SLD103 Grupo: 22
DIUG: 30.24 FIUG: 19 Circuito: C14
Cargo D: 265.8314 Dscto %t:20
CEC: 226.83
DIU: 81.73 FIU: 100
HC: 5.43 VC: 7
Valor a Compensar: 24119.79

3.Información de Créditos EEBP

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

Gerente General

4.Detalle Conceptos del Servicio de Energía

Conceptos EEBP	Valor Liquidado	Saldo Anterior	Saldo a Favor o Anticipado	Total
ACTIVA SENCILLA MONOMIA	231,758.30	.00	.00	231,758.30
SUBSIDIO	-90,854.43	.00	.00	-90,854.43
AJUSTE A SUBSIDIO	3,506.65	.00	.00	3,506.65
COMPENSACION RES.CREG_015/2018	-24,119.79	.00	.00	-24,119.79
AJUSTE A LA DECENA	-2.73	.00	.00	-2.73

5.Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP 120,288

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	17,412	0	17,412

7.Información Facturación Convenio Aseo y Alcantarillad

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

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

8.Información Facturación Otros Convenios

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

Total EEBP	+ Total Impuesto Alumbrado público	+ Total Aseo y/o Alcantarillado	+ Total Otros Convenios	= Debo pagar en Total
120,288	17,412	6,000	0	$ 143,700

FE: f7e383be97a818fe3e9338df4a6ec2b597db83c09989535bccfc473f61181eafc4395fc3082ffa7d52425ca6201b911e

(415)7709998005532(8020)1000203714663833(3900)0000143700(96)20250623

Pago 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 28

Ciudad San Miguel-(la Dorada PTYO)

Nombre completo de la niña o niño Elain Zanery Rodriguez Tapia

Fecha de nacimiento Día 2 Mes 06 Año 2021 **N° Documento de Identidad** 1.122.343.727

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Olga Milena Rendon hija unica.

Fecha de registro cualitativo Día 3 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

- La niña Zanery es un poco timida, le agrada participar en cada una de las actividades pedagogicas a desarrollar, le gusta realizar manualidades utilizando material del medio que la rodea,
- Planea con sus pares juegos de su agrado, respeta las reglas acordadas en el juego.

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

●

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador OLGA MILENA RENDÓN

Fecha de registro cualitativo Día 2 Mes 10 Año 2025

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

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

Observaciones generales

Zanery es una niña extrovertida cooperante, le agrada participar en cada una de las actividades pedagogicas, le agrada realizar actividad de gia. Fomotricidad, cada vez sus dibujo representan con mas detalle lo que ella quiere o muestran un conocimiento más preciso de la realidad. Se preocupa por la expresión de emociones que expresan sus pares.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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

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

Observaciones generales

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

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

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

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

Fecha: 06-11-2025 No. De inscripción: 14 Grado al que se inscribe: 0 Municipio: San Miguel E. Educativo I.E.R. Agua Clara

DATOS DEL ESTUDIANTE

APELLIDOS: Rodriguez Tapia NOMBRES: Elain Zaneri

LUGAR DE NACIMIENTO: San Miguel FECHA DE NACIMIENTO: DÍA 02 MES 06 AÑO 2021

Genero: M ☐ F ☒ EDAD: 4/5 años Tipo de Documento: RC ☒ TI ☐ CC ☐ PE ☐ CE ☐ Cer. Cab. ☐ NES ☐

No. Documento 1122343727 EXPEDIDA EN San Miguel-La Dorada

CON QUIEN VIVE? Papá y Mamá ☒ Mamá ☐ Papá ☐ Abuelos ☐ Número de hermanos: _____

PROVIENE DE OTRA INSTITUCIÓN EDUCATIVA? SI ☐ NO ☐ ¿CUAL? _____

INSTITUCIÓN: PÚBLICA ☐ PRIVADA ☐ REPITENTE? SI ☐ NO ☐

TIENE HERMANOS ESTUDIANDO EN ESTE ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO?: SI ☐ NO ☐

NOMBRES _____ GRADO _____

NOMBRE DE LA EPS A LA CUAL ESTÁ AFILIADO Mallamas

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

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

¿PERTENECE A UNA ETNIA? SI X NO ___ ¿CUAL? _____ LENGUA MATERNA: _____

A QUE RESGUARDO PERTENECE? Sol de los Pastos

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

¿HIJO VETERANO FUERZA PÚBLICA? SI ___ NO ___

¿BENEFICIARIOS HÉROES DE LA NACIÓN? SI ___ NO ___

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

DATOS FAMILIARES

NOMBRE DEL PADRE O ACUDIENTE: Jose Alejandro Rodriguez A. C.C. No: 1122342873 DE San Miguel OCUPACIÓN Jefe de bodega

NOMBRE DE LA MADRE O ACUDIENTE: Jessica Mayerli Tapia C. C.C. No: 1088589282 DE Cumbal (N) OCUPACIÓN Ama de Casa

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

TELÉFONO CASA 3136687706 TELÉFONO CELULAR PADRE: 3202034236 TELÉFONO CELULAR MADRE 3238668964 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.

FIRMA DEL PADRE DE FAMILIA o ACUDIENTE

José Luis Achicanoy M.

FIRMA Y NOMBRE LEGIBLE DE RECIBIDO POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Elain Zanery Rodriguez **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Jardin 1. **AGENTE EDUCATIVO:** Milena Rendon

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

Clasificación de la Información:
CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
MARTES 16-09-2023	• El dia martes 16-09-2023 Agente Educativo Milena Rendon le recuerda a la madre de la usuaria que su hija tiene cita de control higiene oral para el dia 20-09-2023 Ir solicitando la cita con anticipacion	• El dia jueves 18-09-2023 el acudiente de la niña Zanery Rodriguez informo que le agendaron la cita H.oral para el dia lunes 22-09-2023 Hora: 3:00pm	A. Educativo	

E.S.E. Hospital Fronterizo LA DORADA NIT. 846002309-9	**RECORDATORIO DE CITA** Elain.	**Código:** GAU-FR-009 **Versión:** 001

PROGRAMA:	Higiene Oral.
FECHA:	22-09-2025.
HORA:	3:00 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

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	El dia jueves - 28-08-2025- siendo las 6:00 pm la madre de la niña Zanery Rodriguez se comunico via whatapps manifestando que su hija esta muy bien que habia podido llamar por motivo que la señal esta muy mala en el Municipio donde ella se encuentra. A. Educativo. M. Flia.
LUNES 1-SEPT/2025	Siendo las 7:40am del presente dia la madre de la niña Zanery Rodriguez, se comunico via whatapss manifestando que se encuentra viajando camino al municipio de San Miguel, que su hija esta bien
MARTES. 2-SEPT/2025	Siendo las 8:00am del presente dia, se presento y se reintegro nuevamente al C.D.I, sin ninguna novedad A. Educativo F. P. Flia.

3112763433

36
RV

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Elain Zanery Rodriguez **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Jardin 1 **AGENTE EDUCATIVO:** Milena Rendón

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)
Lunes 25-08-25	El dia de hoy lunes 25-08-2025 la madre de la niño Zanery Rodriguez Informo que su hijo no asistira los dias 25-26-27-28 del mes de Agosto-2025- por motivo de viaje asunto Familiar.	Madre manifiesta que en coordinacion entrego el permiso por escrito y Fue aprobado por la coordinadora Edith Meneses • siendo las 5:30pm, la madre de la niña se comunico por medio de video llamado dando a conocer que ya llegarón al Municipio combal. (Nariño) Se evidencia que la niña esta bién. en compañia de su madre.	A. Educativo	

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
MARTES 26-08-2025	Siendo las 11:000m de la mañanadd presente dia la madre se comunio via whatapp manifestando que su hija se encuentra muy bien de salud Sin ningna noredad. F. Agente C F. Acudiente
MIERCOLES 27-08-2025	Siendo las 7:40am del piesente dia, A. Educativo Hilena Rendon intento comunicar se con la madre de la niña Zaray Rodriguez. pero no Fue posible el movil se encuentra Fuera de servicio, se deja un mensaje por medio de whataps esperando una respuesta. El dia Miercoles 27-08-2025, No pude tener informacion de la niña por motivo que el movil esta Fuera de servicio.
JUEVES- 28-08-2025	Siendo las 7:40am dd presente dia A. Educativo intento comunicarse con la madre de la niña via telefonica pero no fue posible el movil no se encuentra disponible se deja mensaje por medio de whatapps en espera de una respuesta A. Educativo F. acudiente

SAN MIGUEL LA DORADA PUTUMAYO

25 Agosto de 2025

CDI Fronteras de paz

Solicitud de permiso.

La presente es con el fin de solicitar permiso para mi hija ELAIN ZANERI RODRÍGUEZ TAPIA Identificada con RC 1122343727 , para que pueda faltar al jardín 5 Días hábiles .El motivo de la solicitud de permiso es por qué viajares por motivos de salud y no tengo quien me cuide la niña en mi ausencia . Por lo tanto la llevaré conmigo.

Agradezco su valiosa colaboración

ATT:

JESSICA MAYERLI TAPIA CUMBALAZA

CC. 1088589282

Madre de la niña

La Dorada, San Miguel, Putumayo 22/08/2025

De conformidad con lo establecido en el parágrafo 1° del artículo 110 de la Ley 1098 del 08 de noviembre de 2006 "Código de la Infancia y la Adolescencia", y demás normas concordantes, **AUTORIZO** la salida de Colombia de mi (s) hijo(a) (s):

ELAIN ZANERI RODRIGUEZ TAPIA, identificado con RCN NUIP # 1.122.343.727 e INDICATIVO SERIAL NO. 61318474 de San Miguel.

1.Número de identificación del (los) menor(es): TI No. **1.122.343.727**

2. País de destino final del (los) menor(es): **TULCAN- ECUADOR - (CUMBAL- NARIÑO)**

3.Propósito de viaje del (los) menor(es): **CITA MEDICA**

4.Fecha de salida del país del (los) menor(es): **25/08/2025**

5. Fecha de regreso o entrada al país del (los) menor(es): **01/09/2025**

Nombres, apellidos y No. de documento de identificación de quien viaja con el (los) menor(es):

Con la madre, **JESSICA MAYERLI TAPIA CUMBALAZA** , con Cédula de Ciudadanía Nro. **1.088.589.282 de Cumbal (Nariño)**

Hago constar igualmente, que a la fecha ejerzo sin ningún tipo de limitación, la patria potestad.

OTORGANTE (S):

José Rodriguez

JOSE ALEJANDRO RODRIGUEZ ACOSTA
C.C # 1.122.342.873 de San Miguel (P/tyo.)
Teléfono: 320-20-34-23-6

Huella:


REPÚBLICA DE COLOMBIA
NOTARÍA ÚNICA DEL CÍRCULO DE SAN MIGUEL - PUTUMAYO

DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO
Verificación Biométrica Decreto-Ley 019 de 2012
Ante la suscrita Notaria del Circulo de San Miguel - Putumayo.
compareció:
RODRIGUEZ ACOSTA JOSE ALEJANDRO
Identificado con C.C. 1122342873
Y manifestó que reconoce como cierto el contenido del anterior documento y que la firma que aparece al pie es de su propio puño y letra, y la misma que usa en todos sus actos públicos y privados. Autorizó el tratamiento de sus datos personales al ser verificada su identidad cotejando sus huellas dactilares y datos biográficos contra la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil
Cód Verificación
wxgy5
www.notariabarillas.com
San Miguel - Putumayo, 2025-08-22 13:17:48
SALIDA DEL PAIS MENOR
Firma compareciente
DANIELA RODRIGUEZ MUÑOZ
NOTARIA UNICA DEL CIRCULO DE SAN MIGUEL - PUTUMAYO
DECRETO #144 DEL 02/05/2023

1Corresponde a la fecha en que el niño, niña o adolescente está autorizado para salir de Colombia. Puede contener el día, mes y año, ejemplo: "el 1 de septiembre de 2016"; o un rango de fechas, ejemplo: "del 10 al 30 de septiembre de 2016"; o el mes durante el cual saldrá del país, ejemplo: "septiembre de 2016".

2Indica la fecha en que el niño, niña o adolescente regresará al territorio Colombiano, aplicando los mismos criterios que en el ítem de la fecha de salida. No aplica cuando el propósito del viaje es reunificación familiar o residencia en el país de destino.