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: 1058677876

Fecha nacimiento: 4 06 2020

Nombres: Omar Santiago **Apellidos:** Conda Muñoz

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 ( ) N/A

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

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

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

Departamento residencia: Putumayo **Municipio de residencia:** San Miguel **Zona:** Urbana **Barrio:** 9 de Abril **Vereda:**

Sector: **Dirección:** Cerca al edén.

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: 1058668536

Nombres: Luz Dary **Apellidos:** Muñoz Lopez **País de nacimiento:** Colombia **Fecha nacimiento:** 24 04 1988

Correo electrónico: lusdarimuno282@gmail.com **Número de celular:** 321 7100153 **Número de fijo:**

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

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

Nombre y Firma del padre, madre y/o cuidador: Luzdary Muñoz

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Mayra Vega

Observaciones:

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:
Elmar Santiago Conda Muñoz

N° DOCUMENTO: 1.058.677.876 **TIPO DOCUMENTO:** RC X CC ___ OTRO ___
FECHA DE NACIMIENTO: 04-06-2020 **EDAD:** 4 Años 9 Meses
LUGAR DE NACIMIENTO: Cauca Argelia

NOMBRE DE LA UDS: C.D.I Fronteras de Paz
CODIGO UDS: 867571126972 **BARRIO/VEREDA:** B/ 7 de agosto
FECHA DE INGRESO: 7-04-2025 **FECHA DE RETIRO:** ___

SISBEN: B1 **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: Luz Dary Muñoz Lopez
N° CÉDULA: 1.058.668.536 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Argelia
NOMBRE DEL PADRE: Victor Alfonso conda
N° CÉDULA: 1.125.410.414 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Puerto Caicedo
N° DE CELULAR: ___
NOMBRE DEL ACUDIENTE: ___
N° CÉDULA: ___ **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** ___
DIRECCIÓN VIVIENDA: B/ 9 de abril **ZONA POBLACIONAL: (R)** ___ **(U)** X
NUMERO DE CELULAR 3217100753 - 3212448862

Luz dary Muñoz
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO

3

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
27028534-0

NUIP 1.058.677.876

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59077538

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [y] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código F 1 K

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE ARGELIA - COLOMBIA - CAUCA - ARGELIA.....

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CONDA.....	MUÑOZ.....

Nombre(s)

EIMAR SANTIAGO.....

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2020 Mes JUN Día 04	MASCULINO.....	O.....	POSITIVO.

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA CAUCA ARGELIA.....

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO.....	159365363.....

Datos de la madre o padre *(Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos

MUÑOZ LOPEZ LUZ DARY.....

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.058.668.536.....	COLOMBIA.....

Datos de la madre o padre *(Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos

CONDA PASSU VICTOR ALFONSO.....

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.125.410.414.....	COLOMBIA.....

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CONDA PASSU VICTOR ALFONSO.....

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.125.410.414.....	victor conda

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

.....

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
.....	.....

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

.....

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
.....	.....

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2020 Mes JUL Día 10	YEISON DAVID RODRIGUEZ RODRIGUEZ Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
victor conda Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

ESTA REPRODUCCIÓN FOTOMECÁNICA ES FIEL COPIA DE LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURÍA

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

VALIDO PARA TRAMITES LEGALES

10 JUL. 2020

Yeison David Rodriguez
Registrador del Estado Civil

OFIXPRES

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.058.668.536**

MUÑOZ LOPEZ

APELLIDOS

LUZ DARY

NOMBRES

Luz dary Muñoz L

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **24-ABR-1988**

ARGELIA
(CAUCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 ESTATURA

B+ G.S. RH

F SEXO

11-AGO-2006 ARGELIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-1100500-01076012-F-1058668536-20190522 **00654**72898A 1 51093419

5

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.125.410.414**

CONDA PASSU
APELLIDOS

VICTOR ALFONSO
NOMBRES

Victor conda
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-JUN-1991**
PUERTO GUZMAN
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

18-AGO-2009 PUERTO CAICEDO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-6402600-00946606-M-1125410414-20171012 **0058**21849A 1 9910112478

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta:	26/03/2025
Ficha:	86757674952700003434

B1

GRUPO SISBÉN IV

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres:	EIMAR SANTIAGO
Apellidos:	CONDA MUÑOZ
Tipo de documento:	Registro civil
Número de documento:	1058677876
Municipio:	San Miguel
Departamento:	Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:	23/01/2023
Última actualización ciudadano:	23/01/2023
Última actualización via registros administrativos:	

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

A1→A5	B1→B7	C1→C18	D1→D21
Pobreza extrema	Pobreza moderada	Vulnerabilidad	Ni pobre ni vulnerable

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:	MARIA ZORAYDA LINARES MONTERO
Dirección:	Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libertad
Teléfono:	4210537 - 3213138790
Correo Electrónico:	sisben@sanmiguel-putumayo.gov.co

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	1058677876
NOMBRES	EIMAR SANTIAGO
APELLIDOS	CONDA MUÑOZ
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	01/06/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/13/2025 14:05:49	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

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):	**CONDA MUÑOZ EIMAR SANTIAGO**
Identificación:	**RC: 1058677876**
Municipio:	**SAN MIGUEL**
Nivel Sisben:	**1**
IPS Asignada:	**ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA - PRINCIPAL**
Estado:	**Activo**
Fecha de Afiliación:	**2023-06-01**
Regimen:	**Subsidiado**
Condición Discapacidad:	**N**
Tipo Afiliación:	**SAT Res. 768 de 2018**

Observación :

Dada el martes, 24 de junio de 2025

Cordialmente

GLORIA ADRIANA CERDA GREFA

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: EIMAR SANTIAGO	Apellidos: CONDA MUÑOL
Fecha de nacimiento: 04 DÍA | 06 MES | 2020 AÑO	Historia Clínica: 1058677876
Barrio/Vereda: V/ SAN FRANCISCO	Responsable del niño:
Teléfono:	EPS:

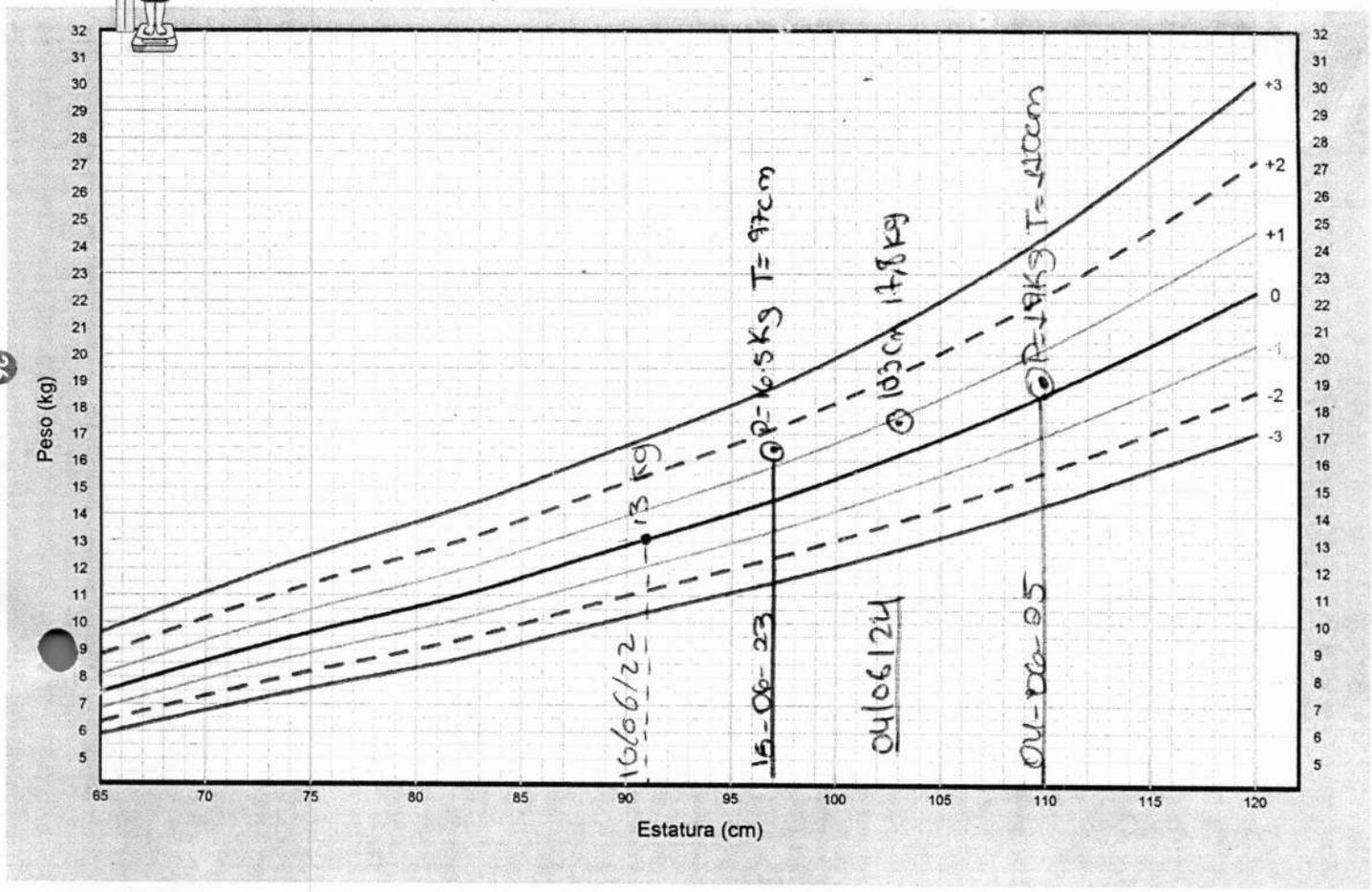
CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
04	06	2023	Medico		
15	06	2024	Medico	Sandra Milena Castañeda	
04.	06.	2024	Jefe.		
04	06	2025	Medico	Si	
04	06	2026	Medico		

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
10/06/22	13	91	49	18	16.8	04/06/2023	Sandra Milena Castañeda Enfermera
15/06/23	16.5	97	49	15	17.5	15/06/2024	
04/06/24	17.8	103	51	16	16.8	04/06/2025	
04/06/25	19	110	51	16	15.7	04/06/2026	

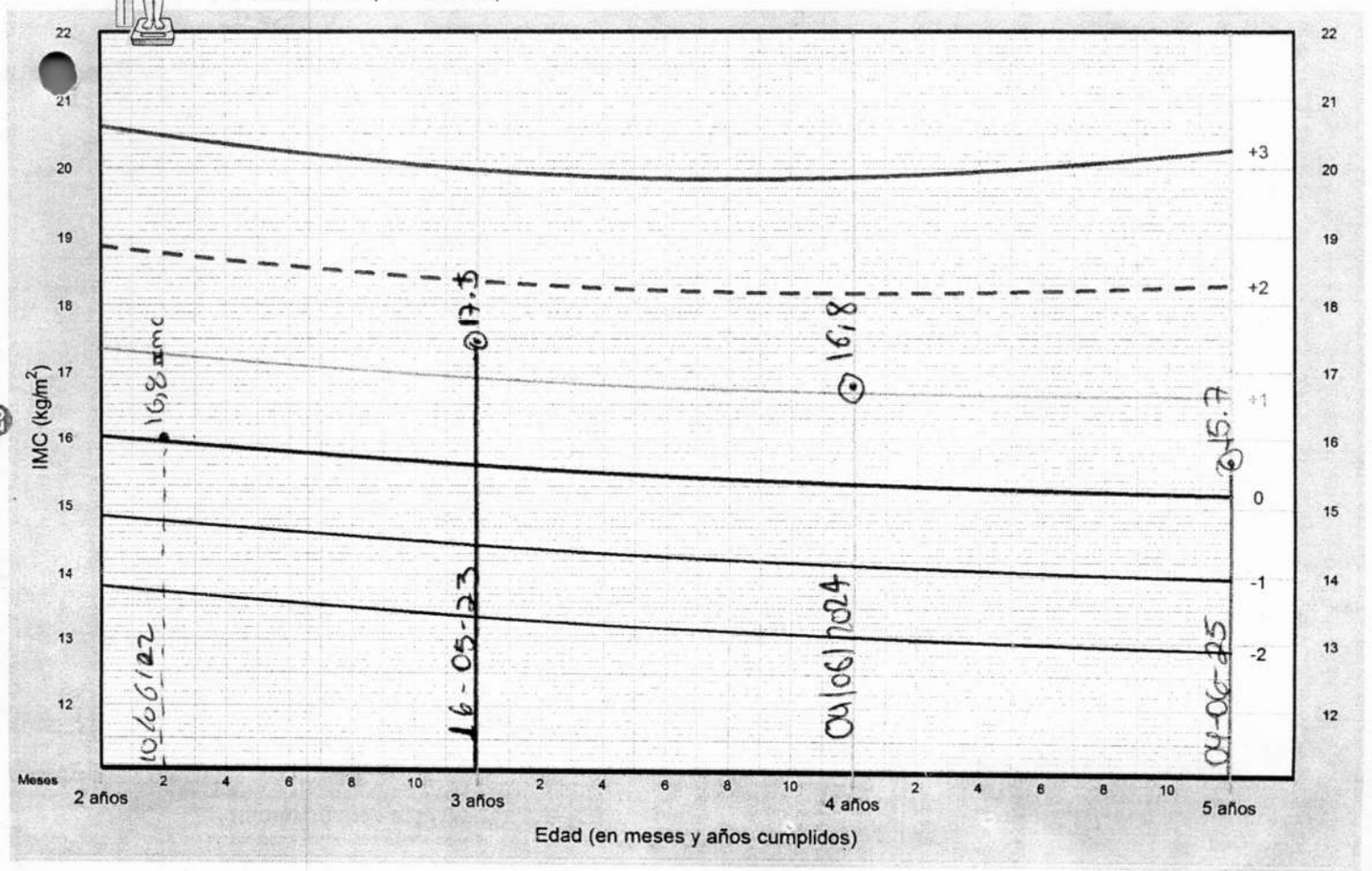
Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



12
E/V

CONSULTA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO (MENORES DE 10 AÑOS)

CITAS PROGRAMADAS

Fecha / Hora				Clase de cita				
Día	Mes	Año	Hora	Medicina	Enfermería	Odontología	Agudeza Visual	Cumplió

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	Tuberculosis B.C.G	Única	4	6	20	Serum	03786258	Angela				
	Hepatitis B	Recién Nacido	4-	6	20	4-6-20	0329Q003E	Angela				
2Meses	Polio (Oral - IM)	1ra				Sanofi	R3L89W					
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Inuenzae Tipo b y Difteria - Tosferina - Tetáno (DPT)	1ra				Serum	2859X025f					
	Rotavirus	1ra				Glaxo	AR01C263BB					
	Neumococo	1ra	2			Glaxo	ASPN B248 DD					
4Meses	Polio (Oral - IM)	2da				Sanofi	R3L89W					
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Inuenzae Tipo b y Difteria - Tosferina - Tetáno (DPT)	2da				Serum	2859X03Af					
	Rotavirus	2da				Glaxo	AR01C428DA					
	Neumococo	2da	28			Glaxo	ASPN B242DD					
6Meses	Polio (Oral - IM)	3ra				Sanofi	R21891V					
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Inuenzae Tipo b y Difteria - Tosferina - Tetáno (DPT)	3ra	8			Serum	2859X03f					
	Influenza	1ra	4	8	21	Sanofi	V3087W					
7Meses	Influenza	2da	29	9	21	Sanofi	V3C13V					
12Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ra	04	8	21	Serum	0130 H058B					
	Fiebre Amarilla	1ra	22	06	22	Green	T3624	HFLD				
	Neumococo	Refuerzo	04	8	21	Glaxo	ASPN B3 BB					
	Influenza	Anual	14	01	22	Sanofi	V3C13V					
	Hepatitis A	ÚNICA	04	8	21	Merck	T072608					
18Meses	Difteria - Tosferina Tétano (DPT)	1er Refuerzo	14	01	22	Serum	2820800 98					
	Polio (Oral - IM)	1er Refuerzo	14	01	22	Serum	1201P002					
5Años	Polio (Oral - IM)	2do Refuerzo	09	06	25	Biological	2406001	HFLD				
	Difteria - Tosferina Tétano (DPT)	2do Refuerzo	09	06	25	Serum	2823X022A	HFLD				
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo	15	06	23	Serum	0131N071A	HFLD				
Vacunas complementarias y otras dosis	Varicela		04	8	21	Merck	T06028	Angela	CITA:			
	SR	Refuerzo	08	06	2023		012300014	Lic. B.C.	5 AÑOS			CSS
	DOPV	Refuerzo	08	06	2023		1802P135	Lic. B.C.	CUMPLIDOS			CSS
	Varicela	Unica	09	06	25	Merck	4018590	HFLD				Kerly Jiménez
									8. 1	22		
									Viernes			
	DY - SR.		29	9	21	Serum	0129W120	Angela	4	Sep.	21	

CITA: A los 9 años.

14
R/V

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 21 MES 04 AÑO 2025 HORA: 3.30 p.m

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Eimar Santiago APELLIDOS Conda Muñoz

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1.058.677.876

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 04 MES: 06 AÑO: 2020 / EDAD: 4 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Mallamas Tel: 3217100153

INFORMACIÓN PREVIA. La vacunación es una forma segura y eficaz de prevenir enfermedades y salvar muchas vidas. En la actualidad el país dispone de vacunas para proteger contra al menos 26 enfermedades, entre ellas, la difteria, el tétanos, la tosferina, la poliomielitis, la hepatitis, el cáncer de útero y el sarampión. En conjunto, estas vacunas salvan cada año millones de vidas en el mundo. Con la aplicación de las vacunas las personas se protegen a sí mismas y a quienes las rodean.

La vacunación contra el SARS- CoV-2/COVID-19 reducirá la posibilidad de presentar la enfermedad. En esta etapa de la emergencia, en la cual se inicia la aplicación de esta vacuna, se han reconocido beneficios y riesgos, que es importante que usted conozca antes de dar el consentimiento para su aplicación.

Esta vacuna tiene aprobación de uso de emergencia y surtió los pasos para la validación científica y sanitaria que permite su aplicación segura en humanos.

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

Miedo a la reacción

¿CÓMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides).
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar Ninguna Esquema que tiene esta vacuna: Dos dosis [ ] ó dosis única [ ]
BENEFICIOS	Prevención de la enfermedad COVID-19, causada por el virus SARS-CoV-2. Reducción de la severidad de la enfermedad en caso de presentarse. Potencial protección del entorno familiar y los allegados.
RIESGOS	Presentación de efectos adversos a corto y mediano plazo posterior a su aplicación como: dolor en el sitio de inyección, dolor de cabeza (cefalea, articulaciones (artralgia), muscular (mialgia); fatiga (cansancio); resfriado; fiebre (pirexias); enrojecimiento e inflamación leve en el lugar de la inyección; inflamación de los ganglios (linfadenopatía); malestar general; sensación de adormecimiento en las extremidades, reacciones alérgicas leves, moderadas o severas. Estos no se presentan en todas las personas.
ALTERNATIVAS	A la fecha no se ha identificado otra medida farmacológica más eficaz que la vacunación para la prevención de la COVID-19.

EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD

De manera voluntaria, después de haber recibido información por el personal de salud, de manera clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición, así como las explicaciones adecuadas, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la vacuna que se me ofrece. De la misma manera, se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por el laboratorio productor de la vacuna.

Entiendo que la suscripción de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad, y que NO tiene por objeto eximir de responsabilidad a las autoridades sanitarias o gubernamentales ni a las entidades que participaron en la aplicación de la vacuna contra el SARS-CoV-2/COVID-19 de brindar la atención en salud que sea necesaria por la aparición de posibles reacciones adversas no reportadas.

En consecuencia, decido: **ACEPTAR:** _____ que se me aplique la vacuna. **NO ACEPTAR:** X que se me aplique la vacuna.

Firma de la persona: _____

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

Nombres _____ Apellidos _____

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

Firma: Luz Dary Muñoz

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: Isabel Arias Erazo

Firma Isabel Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1.004.695438

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFLB

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.

16

16

RECOMENDACIONES

- Cepillate los dientes despues de cada comida
- mantenga una dieta balanceada baja en azucares y carbohidratos
- Cambia tu cepillo de dientes cada 2 meses si tiene gripa o tos, cambialo inmediatamente

Tu sonrisa refleja lo que tu eres

I.A.M.I. INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y DE LA INFANCIA

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

MI CARNET DE HIGIENE ORAL

E.P.S.	
Nombres:	Eimar Santiago
Apellidos:	Conda Muñoz

Sexo:	X		Fecha de Nacimiento:	04	06	20
Identificación:	1.058.677.876				
Dirección:	N.H.C.				

Servimos con amor

FECHA	PROCEDIMIENTO CP	S	F	D	PRÓXIMA CITA
13-09-22	X		X		16-03-23
03-04-23	X		X		02-10-23
04-12-23	X		X		04-06-24
03-06-24	X	X	X		05-12-24
06-12-24	X	X	X		06-06-25
04-06-25	X	X	A	06	Dicie-2025

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 Emma Santiago conda Muñoz, identificado (a) con documento de identidad número 1.058697876 de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	~	Audios	—	Videos	~	Otros datos personales	

Autorización - Uso imagen del titular:
Yo, Luz Dary Muñoz Lopez, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1.058668.536 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 d 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: Luz Dary Muñoz
Nombre: Luz Dary Muñoz
Calidad - Titular: ____ Representante legal: ____
Teléfono de contacto: 3217100153
Fecha: 7-04-2025
Municipio: San Miguel

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

Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Agente educativa

Huella del niño/niña



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 24831	Pago oportuno hasta:	INMEDIATA	Mes Facturado
Factura Nro.	2037064356	Suspensión a partir de:	INMEDIATA	MARZO 2025

1. Información General

Nombre:														Último pago	
	FLORO HERNAN ALVAREZ BASTIDAS												20-ENE-2025		$
Dirección:	VDA EL LIMONAL											Tuve servicio de energía entre:	10-FEB-2025 - 11-MAR-2025 (29)		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				
SM1	S41	11	1	RESIDENCIAL	RURAL	1	6	AEREA	EMPRESA	105	SAN MIGUEL - EL LIMONAL				

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	26\03\0025	PAGO EN EFECTIVO	CONTADO	EEBP 181378

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 Multiplo
HIK	22390208	

2B. Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	1289	1247
Reactiva:		

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

2C. Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	42		
Consumo Reactiva KVarh:	0		
Costo del consumo $	43600.2		
Tarifa (hasta 173 Kwh):	415.24		
Subsidio: %	60	$	-26160.12
Contribución: %	0	$	0
Sub Total $	17440.08		

Meses en deuda: 3 % Tasa Interés Moratorio: .5

2D. Consumo Ultimos 6 Meses

Mes	Consumo
2025/Feb	12
2025/Ene	65
2024/Dic	102
2024/Nov	133
2024/Oct	88
2024/Sep	43

Promedio: 74

2E. Información Calidad del Servicio

Transformador: SML240 Grupo 32
DIUG: 95.56 FIUG: 36 Circuito: C14
Cargo D: 249.01 Dscto %: 20
CEC: 12.09
DIU: 184.08 FIU: 103.00
HC: 0.00 VC: 1.00
Valor a compensar: 601.87

3. Información de Créditos EEBP

Tipo de Plan	Capital Crédito	No. Cuotas	Saldo Capital	Cuotas Pagadas	Cuotas por Facturar
	1401				

Gerente General

4. Detalle Conceptos del Servicio de Energía

Conceptos EEBP	Valor Liquidado	Saldo Anterior	Saldo a Favor o Anticipado	TOTAL
ACTIVA SENCILLA MONOMIA	43,600.20	19,987	0.00	63,587
SUBSIDIO	26,160.12	0	0.00	26,160
AJUSTE A SUBSIDIO	1,373.87	2,748	0.00	4,122
RECARGO POR MORA	113.67	83	0.00	196
AJUSTE A LA DECENA	0.62	0	0.00	1

41.744

AVISO DE SUSPENSION

5. Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP

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	4,373	13,063	17,436

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

Total EEBP	+	Total Impuesto Alumbrado público	+	Total Aseo y/o Alcantarillado	+	Total Otros Convenios	=	Debo pagar en Total
41.744		17,436		0		0		59,180

CUFE:

c1cfcea9d048df0b3f49eca2d40fa0650c750a3995cae899aa66035f797 9ac

(415)7709998005532(8020)100020370643567 9(3900)0000059180(96)20250421

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

www.eebpsa.com.co @eebpsaesp /eebpsa

Fac. Electronica: EEBP 181378

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

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 21 P1 H0

Ciudad La Dorada San Miguel

Nombre completo de la niña o niño Eimar Santiago Conda Muñoz

Fecha de nacimiento Día 4 Mes 6 Año 2020 **N° Documento de Identidad** 1058677876

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Mayra R. Vega

Fecha de registro cualitativo Día 2 Mes 7 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 Eimar se caracteriza por su carisma de brindar ayuda y respeta las opiniones y habilidades de los demás. Además motiva a sus compañeros en las actividades, expresando ideas como realizarlo. Expresa alegría al momento que aprendió a amarrarse los cordones solos, les muestra a los demás al realizar el amarre. se continuará con las actividades pedagogías planteadas.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Mayra R. Vega.

Fecha de registro cualitativo Día 2 Mes 10 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 Eimar ha desarrollado diferentes habilidades sociales que le permite relacionarse facilmente con los demás, asi mismo habilidades motoras, que le permiten interactuar y aprender del mundo. También es capaz de dibujar figuras más reconocibles, abotonarse, contar historias sencillas, entiende conceptos de uno o muchos.

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 tativa ⇨	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

PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL

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: [ ] No. De inscripción: [ ] Grado al que se inscribe: [ ] Municipio: _____ E. Educativo _____

DATOS DEL ESTUDIANTE

APELLIDOS: Conda Muñoz NOMBRES: Eimar Santiago

LUGAR DE NACIMIENTO: Argelia Cauca FECHA DE NACIMIENTO: DÍA 4 MES 06 AÑO 2020

Genero: M [X] F [ ] EDAD: 5 años Tipo de Documento: RC [X] TI [ ] CC [ ] PE [ ] CE [ ] Cer. Cab. [ ] NES [ ]

No. Documento 1058677876 EXPEDIDA EN Argelia Cauca

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

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

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

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

NOMBRES _____ GRADO _____

NOMBRE DE LA EPS A LA CUAL ESTÁ AFILIADO _____

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

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

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

A QUE RESGUARDO PERTENECE? _____

NIVEL SISBEN _____ ESTRATO _____ ¿PERTENECE A FAMILIAS EN ACCIÓN? SI __ 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: Victor Alfonso Conda C.C. No: 1125 410 414 DE Puerto Caicedo OCUPACIÓN Agricultor

NOMBRE DE LA MADRE O ACUDIENTE: Luz Dary Muñoz C.C. No: 1058 668 536 DE Argelia Cauca OCUPACIÓN Ama de Casa

DIRECCIÓN RESIDENCIA: _____ BARRIO: _____ VEREDA El Limonar ZONA URBANA _____ RURAL X

TELÉFONO CASA _____ TELÉFONO CELULAR PADRE: 3117275716 TELÉFONO CELULAR MADRE 3217100153 TELÉFONO TRABAJO _____

(SOLO EN CASO DE NO VIVIR CON SUS PADRES)
ACUDIENTE: Luz Dary Muñoz PARENTESCO Madre C.C. No: 1058668536 DE Arg/Cauca OCUPACIÓN Ama de casa Celular: 3217100153

REQUISITOS: Fotocopia legible del documento de identidad – Fotocopia del carnet de salud – Fotocopia del carnet de vacunas hasta los nueve (9) años – Una fotografía 3x4

luz dary Muñoz lopez
FIRMA DEL PADRE DE FAMILIA o ACUDIENTE

FIRMA Y NOMBRE LEGIBLE DE RECIBIDO POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

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

24
E/V

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Elmar Conda **UNIDAD DE ATENCIÓN:** jardin 2 **AGENTE EDUCATIVO:** Mayra Vega

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 1-4-2025

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)
2-12-2025	la madre llamó manifestando que el niño amanecio con fiebre además le suministro acetaminofen y lo dejo en casa para ver la evolución de la fiebre.	se le recomendo a la madre que lo lleve al medico		Luz dary...

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	3- 12- 2025 el niño asiste a su nueva cita.

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

25
R/V

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Eimar S. Conda UNIDAD DE ATENCIÓN: Jardin 2 AGENTE EDUCATIVO: Mayra V

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 1- 4-2025

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)
27-11-2025	la madre llamó a las 7am manifestando que le de permiso al niño por motivo de fallecimiento de la abuela materna y tiene que desplazarse a otro municipio, pero que el lunes ya asiste el niño a la unidad.			Lendary Muñoz

1- 12- 2025 el niño asiste sin novedad.

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Eimar S. Conda. **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Jardín 2. **AGENTE EDUCATIVO:** Yara Vega.

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 1-4-2025

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)
12/sep/2025	Se hace llamado a lista y se encuentra que el niño hoy no asistio al CDI.	Se realiza llamada telefónica a la madre del niño, ella comunica que la persona que lo transporta no llegó a recogerlo ya que la mamita se encuentra en reposo por unos colicos y hemorragia. Se realiza la pregunta sobre el estado de salud del niño, el cual se encuentra bien en casa. Se le recomienda fortalecer las redes de apoyo para que el niño no falte.		Victor Conda

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	15-9-2015 el niño asiste normalmente a la unidad

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

Fundación Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Eimar S. Conda M UNIDAD DE ATENCIÓN: Jurda 2 AGENTE EDUCATIVO: Mayra Vega

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 1- 4 -25

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	SEGUIMIENTO	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
29-5-2025	la madre llamo a las 7H30am manifestando que el niño amaneció con fiebre.	se le recomendo a la madre que lo lleve al medico y nos informe del estado de salud del niño.	Siendo las 6H30pm la madre envio un mensye que lo hospitalizaron porque no le bajaba la fiebre. ademas le van a realizar examenes. se remite al apoyo		Lozaya Muñoz
			de nutrición y coordinadora. 30-5-2025 la madre envia la foto del diagnostico del niño con bronconeumonia y 5 dias seguidos de nebulizaciones. Ademas se le recomienda cuidado en casa.		

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
3-6-2023.	El niño asiste sin novedad de gripa ni-tos. Ademas tiene nebolizaciones a las 2H30pm la cual se acercara a la unidad a los. 2pm para llevarlo al hospital. Luz dary Muñoz