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 | 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: 1062915367

Fecha nacimiento: 8 | 05 | 2021

Nombres: Arley Darian

Apellidos: Trillos Montesinos

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: Urb

Barrio: El paraiso

Vereda:

Sector:

Dirección: Al terminar la calle del hospital

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: 1062905986

Nombres: Yissela Paola

Apellidos: Montesinos Rodriguez

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 9 | 05 | 1997

Correo electrónico: yisselarodrigues548@gmail.com

Número de celular: 3117422246

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: Yissela Montesinos

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Leidy Marcela Rincon E.

Observaciones:

Fundación Alma de Vida

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:
Arley Darian Trillos Montesinos

N° DOCUMENTO: 1062915367 **TIPO DOCUMENTO: RC** Y **CC** __ **OTRO** __
FECHA DE NACIMIENTO: 08/May/2019 **EDAD:** _____
LUGAR DE NACIMIENTO: Agua chica - Cesar

NOMBRE DE LA UDS: CDI Fronteras de paz
CODIGO UDS: 867571126972 **BARRIO/VEREDA:** B/ 7 agosto
FECHA DE INGRESO: 01/04/2025 **FECHA DE RETIRO:** _____

SISBEN: B3 **EPS:** Nueva Eps **RÉGIMEN (C)** __ **(S)** Y
DESPLAZADO: SI __ **NO** Y **DISCAPACIDAD: SI** __ **NO** Y **¿CUAL?** _____
GRUPO ETNICO: SI __ **NO** Y **¿CUAL?** _____
GRUPO AFROCOLOMBIANO: SI __ **NO** Y **¿CUAL?** _____
NOMBRE DE LA MADRE: Yisela Paola Montesinos
N° CÉDULA: 1062905986 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Pelaya-C
NOMBRE DEL PADRE: Arley Trillos villegas
N° CÉDULA: 1193138995 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Pelaya -C
N° DE CELULAR: 3117422246
NOMBRE DEL ACUDIENTE: Yisela Paola Montesinos
N° CÉDULA: 106290586 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Pelaya - C
DIRECCIÓN VIVIENDA: B/Central **ZONA POBLACIONAL: (R)** __ **(U)** Y
NUMERO DE CELULAR 3117422246

Yisela Montesinos
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Leidy Marcela Rincón
NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

59151401

NUIP 1.062.915.367

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59151401

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** 1 2 1

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

REGISTRADURIA DE PELAYA - COLOMBIA - CESAR - PELAYA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
TRILLOS	MONTESINOS

Nombre(s)

ARLEY DARIAN

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2021 Mes MAY Día 05	MASCULINO	A	NEGATIVO

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

COLOMBIA CESAR AGUACHICA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	166514918

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

MONTESINOS RODRIGUEZ YISSELA PAOLA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.062.905.986	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

TRILLOS VILLEGAS ARLEY

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.193.138.995	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

TRILLOS VILLEGAS ARLEY

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.193.138.995	Arley Trillos

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 2021 Mes MAY Día 25	LUIS ARTURO JIMENEZ GENEY - REGIS Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Arley Trillos Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

25.MAY.2021 - SE OMITEN HUELLAS EN APLICACION DE LA CIRCULAR 084 DEL 1 DE SEPTIEMBRE DEL 2020.

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

ESTA REPRODUCCION FOTOMECANICA ES FIEL COPIA DE LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURIA

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

LUIS ARTURO JIMENEZ GENEY
REGISTRADOR MUNICIPAL

03 DE JUNIO DE 2025

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
Adhesivo Copia Registro Civil
38690418-8

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.062.905.986**

MONTESINOS RODRIGUEZ

APELLIDOS

YISSELA PAOLA

NOMBRES

Yissela Paola Montesino

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-MAY-1997**
PELAYA
(CESAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55	**A-**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

14-MAY-2015 PELAYA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1270000-00714828-F-1062905986-20150612 **0044**496735A 1 43203045



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.193.138.995**
TRILLOS VILLEGAS

APELLIDOS
ARLEY

NOMBRES

arley Trillos V

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **11-JUL-1993**
PELAYA
(CESAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 ESTATURA | **A-** G.S. RH | **M** SEXO

12-JUL-2011 FONSECA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1270000-01001275-M-1193138995-20180427 0060979582A 1 47687445

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta:	25/03/2025
Ficha:	20550002505900000052

B3

GRUPO SISBÉN IV
Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres:	**ARLEY DARIAN**
Apellidos:	**TRILLOS MONTESINOS**
Tipo de documento:	**Registro civil**
Número de documento:	**1062915367**
Municipio:	**Pelaya**
Departamento:	**Cesar**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:	01/07/2019
Última actualización ciudadano:	31/05/2021
Última actualización vía 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:	ADALBERTO SEPULVEDA BARBO
Dirección:	Carrera 8 No 9 - 105 Barrio San Bernan
Teléfono:	5290022 - 31644567
Correo Electrónico:	sisben@pelaya-cesar.gov

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	1062915367
NOMBRES	ARLEY DARIAN
APELLIDOS	TRILLOS MONTESINOS
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	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	08/05/2021	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/09/2025 21:25:28	**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**

nueva eps

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) ARLEY DARIAN TRILLOS MONTESINOS identificado(a) con RC 1062915367 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 08/05/2021

Estado de la Afiliación: **Vigente**

IPS: **SUBSIDIADO-E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA**

Categoría: **SISBEN_1**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 25 días del mes 3 del año 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS. NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...SANOS

MIS DATOS:

Nombres:
Arley Parian

Apellidos:
Trillos Montesinos

Fecha de nacimiento:
08 05 2021

Historia Clínica:
1062975367

Barrio / Vereda:
B/ 7 Agosto

Responsable del niño (a):
Yissela Montesinos

Teléfono:
3247031774

EPS:
Nueva EPS

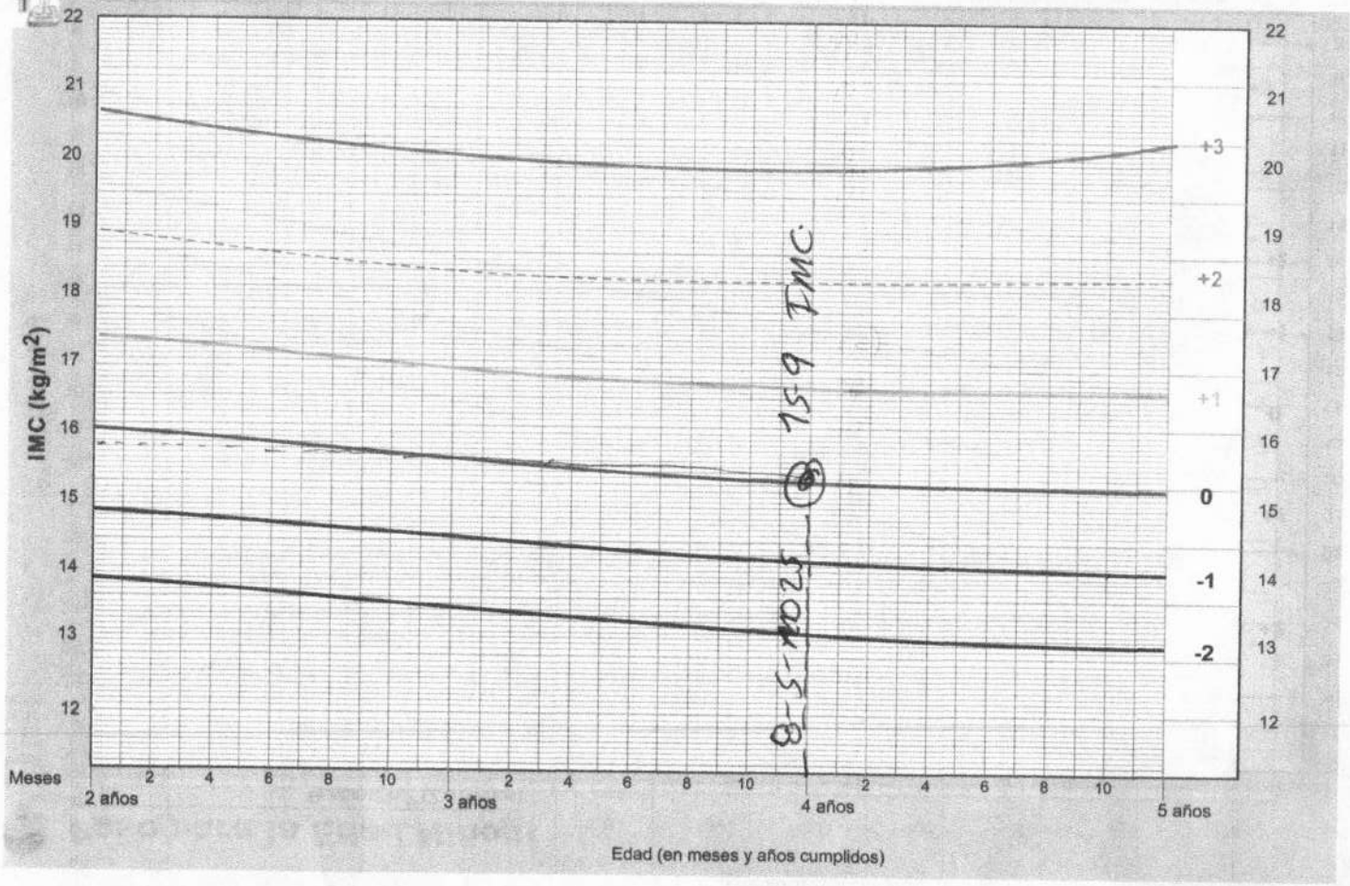


Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro Cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
18-5-2025	76.5	702	49	17	75.9	8-5-2026	Paola lopez

12

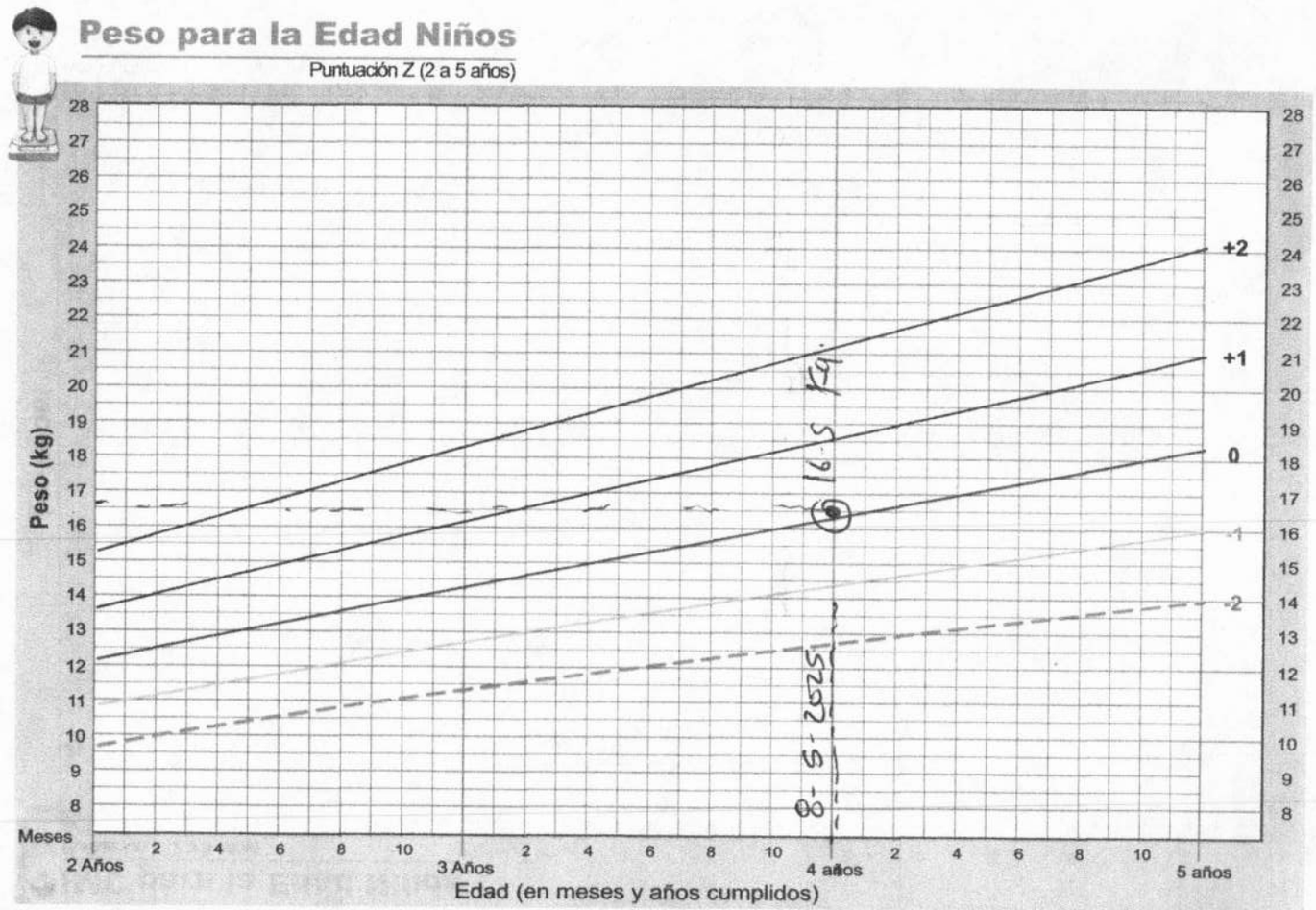
IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



(28)

13

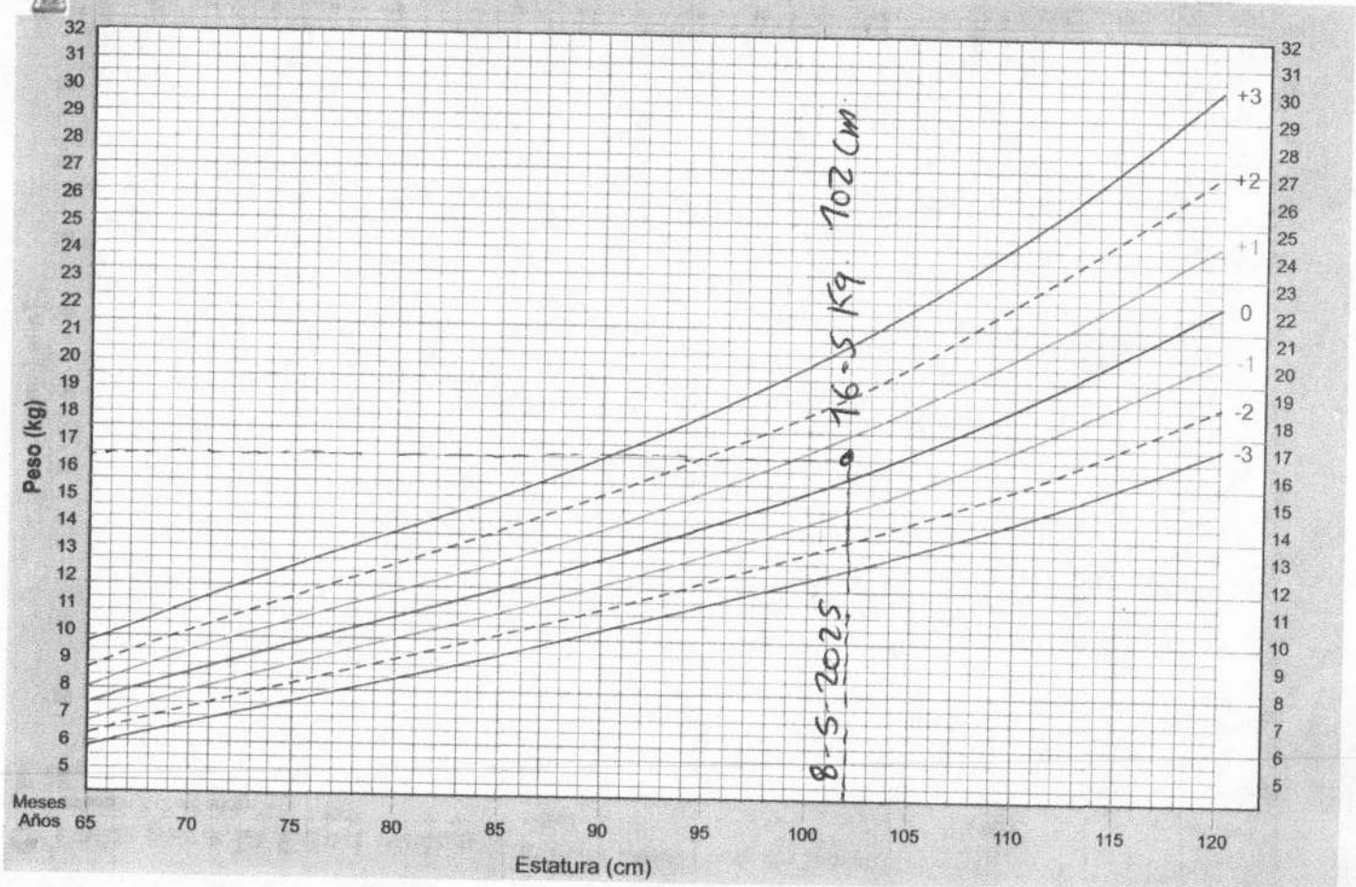

Peso para la Edad Niños
Puntuación Z (2 a 5 años)
Peso (kg)
Meses
2 Años
3 Años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)
+2
+1
0
-1
-2
16.5 kg
8- 5- 2525

27

14

Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)

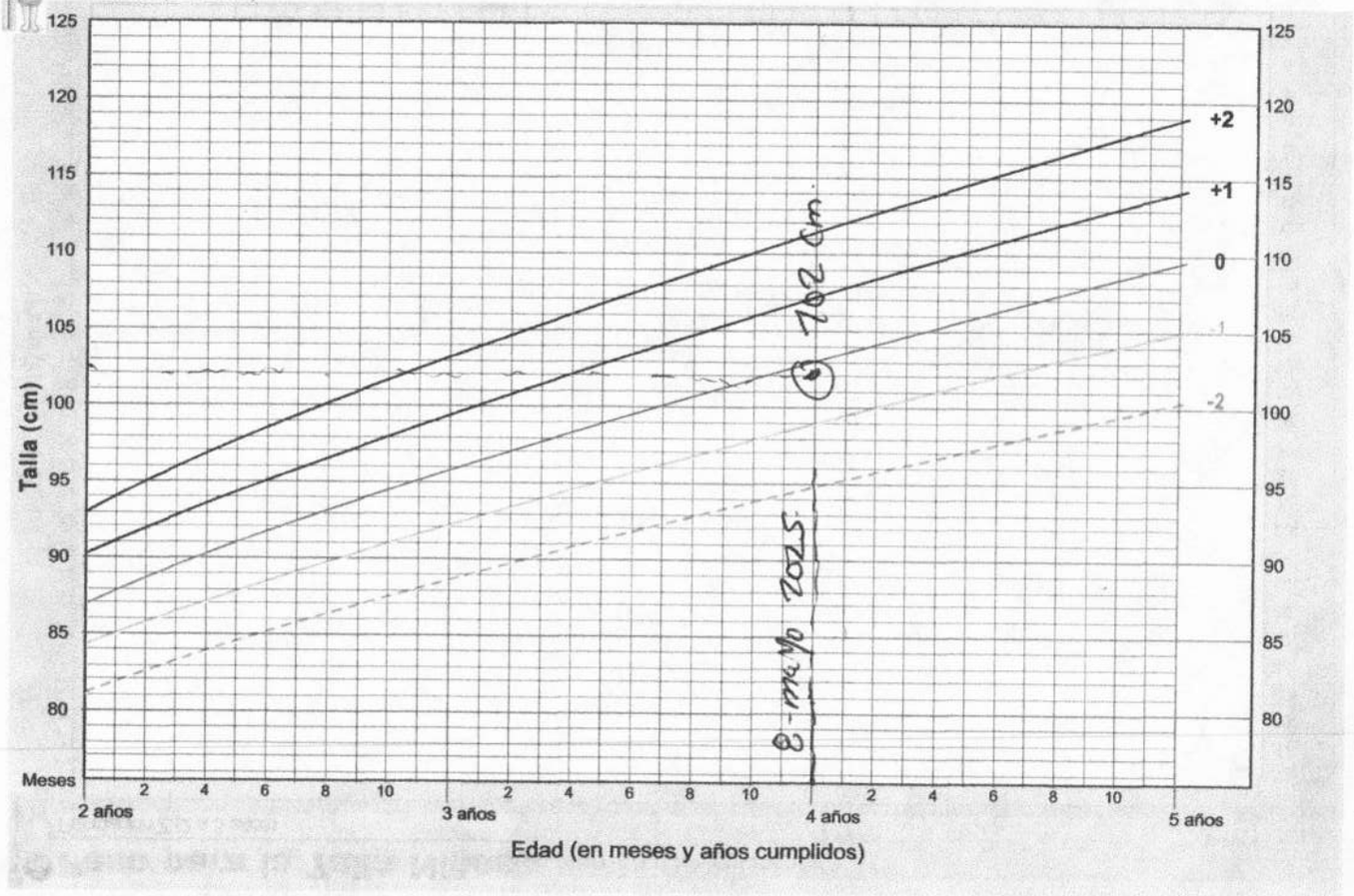


(26)

15

Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



(25)

16
R/V

Nombres y Apellidos: [redacted] **Tipo identificación:** [redacted] **No. ID:** [redacted]

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién nacido	Tuberculosis meníngea (BCG)	Única	09	05	2021	SERUM	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐ 037960975	HFC				Martha Moncada
	Hepatitis B	Recién nacido	09	05	2021	SERUM	032040011E	HFC				Martha Moncada
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1.ª	13	07	21	Sanofi	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐ 201746A	HFC.				Yadi Flores
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	13	07	21	Serum	28504018C	HFC				
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª	13	07	21							
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.ª	13	07	21							
	Diarrea por rotavirus	1.ª	13	07	21	GSK	ARULC7724F	HFC				
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	13	07	21	GSK	ASPNB3085A	HFC				
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2.ª	11	10	2021	Bitthoven	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐ 20270GBA	HFC				Nancy Duran
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	11	10	2021	Serum	28504021f	HFC				Nancy Duran
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª	11	10	2021	Serum	28504021f	HFC				Nancy Duran
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.ª	11	10	2021	Sanofi.	28504021f	HFC				Nancy Duran
	Diarrea por rotavirus	2.ª	11	10	2021	GSK	ARO1C8Y22AA	HFC				Nancy Duran
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	11	10	2021	GSK	ASPNB3106A	HFC				Nancy Duran
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3.ª	11	11	2021	Bitthoven.	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐ 21USUO1A	HFC				Yadi Flores
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	11	11	2021	Serum	28504035A	HFC				Yadi Flores
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª	11	11	2021	Serum	28504035A	HFC				Yadi Flores
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.ª	11	11	2021	Serum.	28504035A	HFC				Yadi Flores
	Influenza estacional	1.ª	11	11	2021	Sanofi	V3C13IV	HFC.				Yadi Flores
7 meses	Influenza estacional	2.ª	11	12	2021	Sanofi.	V3CL3IV	HFC				Yadi Flores
12 meses	Sarampión, rubeola y parotiditis (SRP)	1.ª	09	05	2022	Serum	01308N1294A	HFC				Nancy Duran.
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	09	05	2022	GSK.	ASPNB3406AB	HFC				Nancy Duran
	Varicela	2.ª	09	05	2022	MSD	U026217	HFC				Nancy Duran
	Hepatitis A	Única	09	05	2022	MSD	U025517	HFC				Nancy Duran
	Influenza estacional	Anual	25	09	22	Glenmark	U02220D7	HFC				Nancy Duran.
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.er refuerzo	15	11	22	Sanofi	V3D95	HFC				Belkis Pedroza
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.er refuerzo	15	11	22	Serum	214 1Q17A	HFC				Belkis Pedroza
	Fiebre amarilla	Única	15	11	22	Biomanguinhos						Belkis Pedroza
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubeola y parotiditis (SRP)	2.ª	21	06	23	Serum	01308N071A	HFD				Mayeika V
	Varicela	Refuerzo	•									
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.ª										
		2.ª										
		3.ª										
Vacunas complementarias y otras dosis	SR	RT	24	07	23	Serum	0122007	HFD	cita 24/10/2023			Yelka Q

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

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

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

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

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

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega	D	M	A
2.ª entrega	D	M	A
3.ª entrega	D	M	A

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega	D	M	A	D	M	A
2.ª entrega	D	M	A	D	M	A
3.ª entrega	D	M	A	D	M	A
4.ª entrega	D	M	A	D	M	A
5.ª entrega	D	M	A	D	M	A

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

3 años	D	M	A	SI*	NO*
4 años	D	M	A	SI*	NO*
5 años	D	M	A	SI*	NO*

*Menor o igual a 20 normal

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

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

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



Ministerio de Salud y Protección Social

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

La salud es de todos | Minsalud

HOSPITAL LOCAL DE AGUACHICA E.S.E.

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Arley Darian Trillos M.

Fecha de nacimiento: 8-05-2021

Nº de certificado de nacido vivo: 166514918

Registro civil: 1062915367

Sexo: M

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: 3660 Talla:

Dirección:

Teléfono 1: 3133304285

Teléfono 2:

Responsable: Yissela Paola Montesino

Municipio de residencia: Palay

Departamento: Cesar

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

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: 3.11 p.m

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Arley Darian APELLIDOS Trujillo Montezinos.

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1.062.915.367

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 08 MES: 05 AÑO: 2021 / EDAD: 3 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Nueva EPS Tel: 3247031771

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

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

Esta vacuna tiene aprobación de uso de emergencia y surtió los pasos para la validación 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 Yissela Paola Montesinos Apellidos _____

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 1062905986

Firma: Yissela Montesinos

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 1.004.690.938

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFUB

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

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: Arley Darian Pitos Montesinos
Doc. de Identidad: 1062915367 EPS: Nueva EPS
Teléfono: 3247037791 Domicilio: B/ Paraiso

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												8-5-2025.	
		Atención en salud por Odontología							próximo control				8 mayo 2026		
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor											03-02-2025	03-10-2025 04-2026	
		Profilaxis y remoción de placa													
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	>	Vacunación													

Yuly Vanessa Correa Rodriguez
ENFERMERA PROFESIONAL
C.C. 1004929731

Agudeza visual 20/20 normal 8-5-2025

Higiene oral 1 octubre 2025 próximo control

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 Arley Darian Trillos Montesinos, identificado (a) con documento de identidad número 1062915367, 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, Yissela Rada Montesinos, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1082903986 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 y 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 CDI Institucional

Suscriben:

Firma: Yissela Montesinos
Nombre: Yissela Rodriguez
Calidad - Titular: Y Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3117422246
Fecha: 01/04/2025
Municipio: San Miguel

COPIA NO CONTROLADA

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

Yissela Montesinos
Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Leidy Marcela Rincón
Agente educativa

Huella del niño/niña

AR 104

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 42758	Pago oportuno hasta:	06-MAR-2025	Mes Facturado
Factura Nro.	2037006881	Suspensión a partir de:	07-MAR-2025	FEBRERO 2025

1. Información General

Nombre: EDELMIRA CAJAS DE VELASCO
Dirección: BR EL PARAISO
Tuve servicio de energía entre:

Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Área	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Tari
[illegible]	[illegible]	394	1	RESIDENCIAL	URBANA	1	1.9	AEREA	EMPRESA	

Tipo de Documento	Fecha y hora de Emisión	Fecha y hora de Generación	Medio de Pago	Forma de Pago

2.Información Consumo Energía

Componentes del Costo (CU)*: Generación 502.93 + Transmisión 56.03 + Distribución 249.01 + Comercialización 113.93 + F

2A.Información Medidor

Marca	Serial	Factor Múltiplo
[illegible]	19311821	

2B.Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	4242	4111
Reactiva:		

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

2C.Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	131
Consumo Reactiva KVarh:	0
Costo del consumo $	131222.69
Tarifa (hasta 173 Kwh):	402.74
Subsidio: % 59.7 $	78463.82
Contribución: % $	0
Sub Total $	52758.87

Meses en deuda: 1 % Tasa Interés Moratorio: .5

2D.Consumo Ultimos 6

Mes	
2025/Ene	
2024/Dic	
2024/Nov	
2024/Oct	
2024/Sep	
2024/Ago	

Promedio:

TRANSACCION EXITOSA

NUMERO TRANSACCION: 311605874
FECHA: 03/03/2025 HORA: 16:07:52
VENDEDOR: 69030555
SUPERSERVICIOS DE NARIÑO S.A.
NIT: 800249355-1

CODIGO SEGURIDAD
&621241236{$&

RECAUDO EMPRESA DE ENERGIA DEL BAJO PUTU MAYO EEBP
REFERENCIA: 2037006881
CLIENTE: *
VALOR PAGO: $55,280
FECHA PAGO: 03/03/2025 HORA:16:07:48
NRO SUSCRIPCION: 42758

TRANSACCION EXITOSA

3.Información de Créditos EEBP

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

Gerente General

4.Detalle Concepto

Conceptos EEBP	Valor Liqu
ACTIVA SENCILLA MONOMIA	
SUBSIDIO	
AJUSTE A SUBSIDIO	
COMPENSACION RES.CREG 015/2018	
AJUSTE A LA DECENA	

5.Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP

6.Información Facturación Convenio Impuesto Alumbrado Público

Sujeto Activo	Operador A.P.	Convenio No.	Dire.
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL	MUNICIPIO SAN MIGUEL	ACUERDO 008 31/08/2023	Cra 4 Cll 7 Esquina

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
Aseo*	Alcaldia San Mi	Cra 4 Cll 7 Esq B/La Liberta		6,000	0	0	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
					0
					0
					0

Total EEBP	+	Total Impuesto Alumbrado Público	+	Total Aseo y/o Alcantarillado	+	Total Otros Convenios	=	Debo pagar en Total
40,601		8,679		6,000		0		55,280

CUFE: [illegible]

(415)7709980005532(8020)10002037006881 29(3900)0000055280(96)20250306

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

www.eebpsa.com.co @eebpsaesp /eebpsa

Fact Electronica: EEBP 122383

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

Esta factura presta mérito ejecutivo de acuerdo a las Normas del Derecho Civil y Comercial Ley 142 Art. 130

Proyecto Tarifario: digital

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:	
Arley Darian Tristos Montesinos	
Doc. de Identidad:	**EPS:**
1062915367	Nueva EPS
Teléfono:	**Domicilio:**
3247037771	B/ Paraiso

		PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) 6 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	5A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico													
		Atención en salud por medicina general													
		Atención en salud por enfermería												8-5-2025.	
		Atención en salud por Odontología							próximo		control		3 años - 2026		
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor											31-08-2025.		
		Profilaxis y remoción de placa													
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	>	Vacunación													

Yuly Vanessa Correa Rodriguez
ENFERMERA PROFESIONAL
C.C. 1094929737

Agudeza visual 20/20 normal 8-5-2025 Higiene oral 1- octubre 2025

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre 26 2/V

Ciudad San Miguel - la dorada - ptyo

Nombre completo de la niña o niño Arley Darian Trillos Montesinos

Fecha de nacimiento Día 03 Mes 05 Año 2021 **N° Documento de Identidad** 1062915367

Sexo Masculino ● Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** Día 01 Mes 04 Año 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Leidy Marcela Rincón E hijo #2

Fecha de registro cualitativo 04 07 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

Arley reconoce y expresa sus emociones con palabras de una forma fluida. Identifica los sentimientos de los demas y responde a lo que se le pregunta, se de reforzas las normas de comportamiento en el medio social con los compañeros.

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

●

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Leidy Marcela Rincón Echeverry

Fecha de registro cualitativo Día 1 Mes 10 Año 2025

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

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

Observaciones generales

● Arley se integra con los demas compañeros, compartiendo juegos y resolviendo conflictos sin ayuda del adulto, disfruta inventando juegos y creando escenarios o juegos de roles sin contar con materiales.

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