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: 1120072109

Fecha nacimiento: 30 07 2020

Nombres: Ian Mael

Apellidos: Duarte Guerrón

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: Los Prados

Vereda:

Sector:

Dirección: una cuadra antes del colegio las Heliconias.

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: 1124863822

Nombres: Angie Carolina

Apellidos: Guerron Alpala

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 18 10 1998

Correo electrónico: aangiie1998@gmail.com

Número de celular: 3225650718

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: Angie Guerron

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Mayra Vega

Observaciones:

2

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:
IAN MAEL DUARTE GUERRON

N° DOCUMENTO: 1120072109 **TIPO DOCUMENTO: RC** X **CC** ___ **OTRO** ___
FECHA DE NACIMIENTO: 30-07-2020 **EDAD:** 4 AÑOS 9M(S)
LUGAR DE NACIMIENTO: MOCOA PUTUMAYO

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: C10 **EPS:** MUCUO EPS **RÉGIMEN (C)** X **(S)** ___
DESPLAZADO: SI ___ **NO** X **DISCAPACIDAD: SI** ___ **NO** X **¿CUAL?** ___
GRUPO ETNICO: SI ___ **NO** X **¿CUAL?** ___
GRUPO AFROCOLOMBIANO: SI ___ **NO** X **¿CUAL?** ___
NOMBRE DE LA MADRE: Angie carolina Guerron Alpala
N° CÉDULA: 1.124.866.382 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** MOCOA
NOMBRE DEL PADRE: Jhon Anderson Duarte Salazar
N° CÉDULA: 77.44.081.597 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** CALI
N° DE CELULAR: ___
NOMBRE DEL ACUDIENTE: Angie carolina Guerron
N° CÉDULA: 1124.866.382 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** MOCOA.
DIRECCIÓN VIVIENDA: B/ los Pinos **ZONA POBLACIONAL: (R)** ___ **(U)** X
NUMERO DE CELULAR 3225650718

FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO

3

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1120072109

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 58381504

58381504

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
☐	☒ X	☐☐	☐	☐	☐	X 1 W

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

COLOMBIA - PUTUMAYO - MOCOA NOTARIA 1 MOCOA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
DUARTE	GUERRON

Nombre(s)

IAN MAEL

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2020 Mes JUL Día 30	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA - PUTUMAYO - MOCOA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	16181433-1

Datos de 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

GUERRON ALPALA ANGIE CAROLINA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1124866382	COLOMBIA

Datos de padre o madre *(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

DUARTE SALAZAR JHON ANDERSON

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1144081597	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

GUERRON ALPALA ANGIE CAROLINA

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1124866382	

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 AGO Día 13	LUIS HERNAN BOBADILLA CASTRO Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Imp. por IMPRELSA PBX (5) 3310321 Bogotá para IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA

3

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.124.866.382**

GUERRON ALPALA

APELLIDOS

ANGIE CAROLINA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **18-OCT-1998**

MOCOA
(PUTUMAYO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.50	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

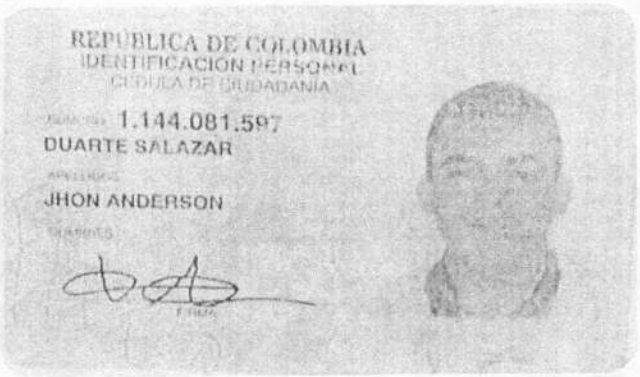
15-NOV-2016 MOCOA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-6400100-00872044-F-1124866382-20161214 **00526**75071A 1 46157899


FECHA DE NACIMIENTO 20-JUN-1995
PUERTO ASIS
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
29-JUL-2013 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.144.081.597
DUARTE SALAZAR
APELLIDOS
JHON ANDERSON
NOMBRES
FIRMA

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 25/03/2025

Ficha: 86757674952700001031

C10

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: IAN MAEL

Apellidos: DUARTE GUERRON

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1120072109

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 02/09/2021

Última actualización ciudadano: 02/09/2021

Última actualización via registros administrativos: 25/11/2023

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARIA ZORAYDA LINARES MONTERO

Dirección: Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libertad

Teléfono: 4210537 - 3213138790

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

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

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

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

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

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1120072109
NOMBRES	IAN MAEL
APELLIDOS	DUARTE GUERRON
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.	CONTRIBUTIVO	01/08/2021	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/13/2025 14:02:03	**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.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como

nueva eps

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) IAN MAEL DUARTE GUERRON identificado(a) con RC 1120072109 se encuentra afiliado a la EPS en condición de BENEFICIARIO.

Fecha de Activación de	**01/08/2021**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA**
Categoría:	**B**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 25 días del mes de marzo 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
Nueva EPS S.A

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA ...Sanos



E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

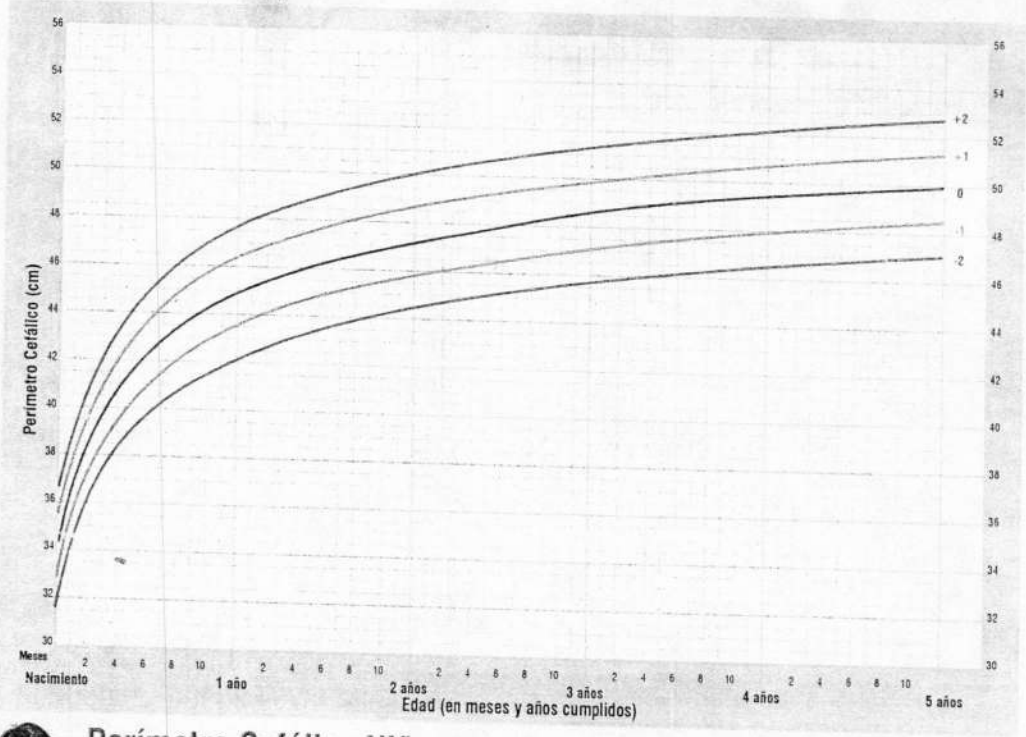
Nombres: IAN MAEI	Apellidos: DUARTE GUERRON
Fecha de nacimiento: 30 DÍA | 07 MES | 2020 AÑO	Historia Clínica: 1120072109
Barrio/Vereda: B/ 9 DE ABRIL	Responsable del niño:
Teléfono:	EPS: NUEVA EPS

CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ	
				SI	NO
20	ENERO	2022	x ENFER.	Si ✓	
30	Julio	2022	Medico	Si ✓	
30	02	2023	Enfermera	Si ✓	
30	Julio	2023	Medico	Si ✓	
31	Enero	2024	Enf.		
30	Julio	2024	enferme.	Si ✓ Milena C.	
30	Julio	2025	Medico	Si ✓	8.
30	Julio	2026	Medico		

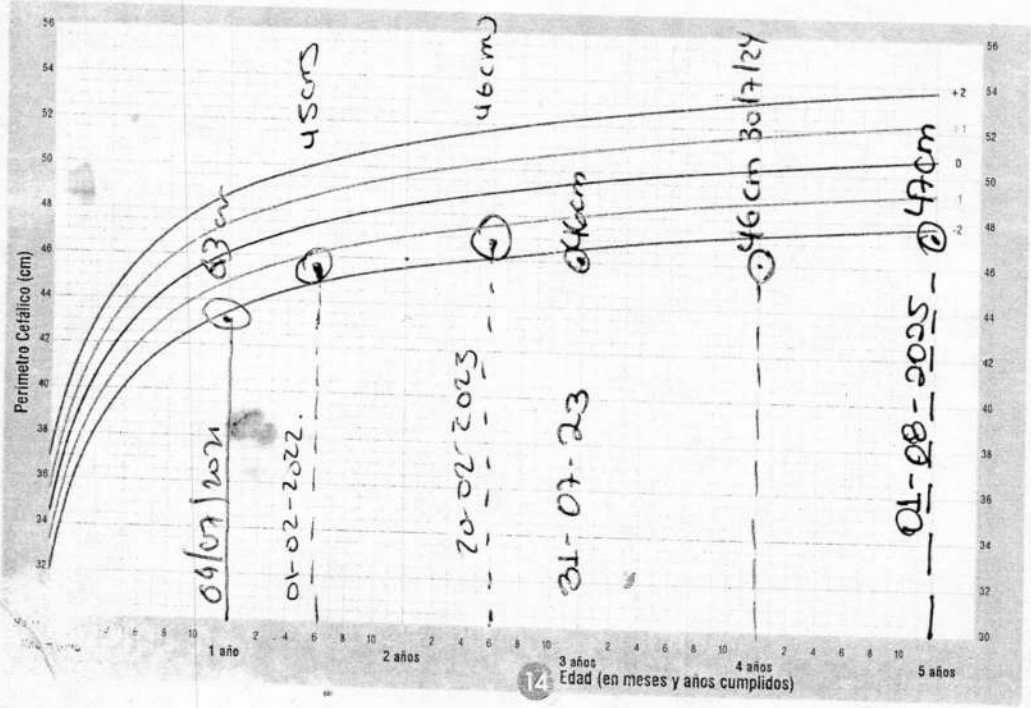
Perímetro Cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)



Perímetro Cefálico Niños

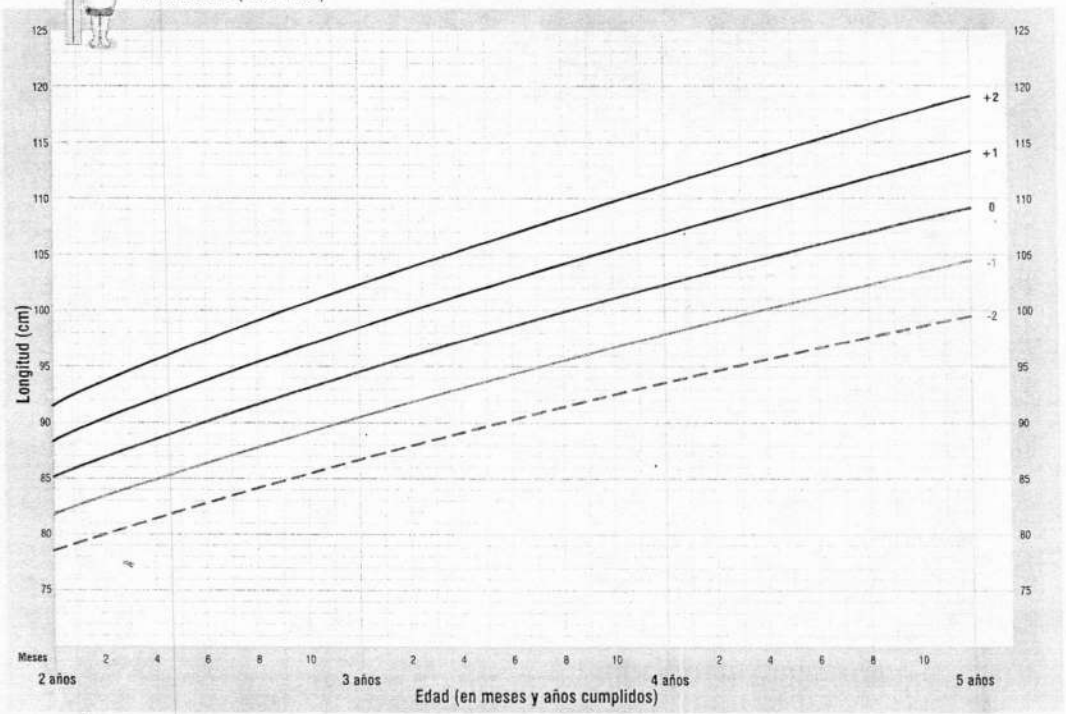
Puntuación Z (0 a 5 años)





Talla para la edad Niñas

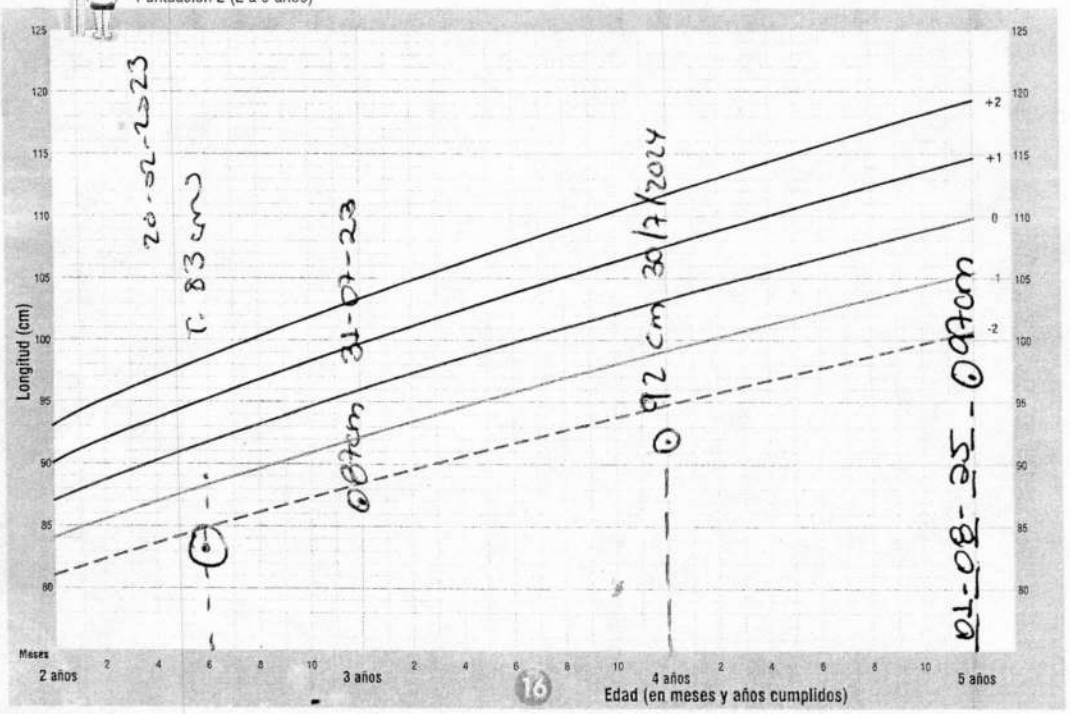
Puntuación Z (2 a 5 años)





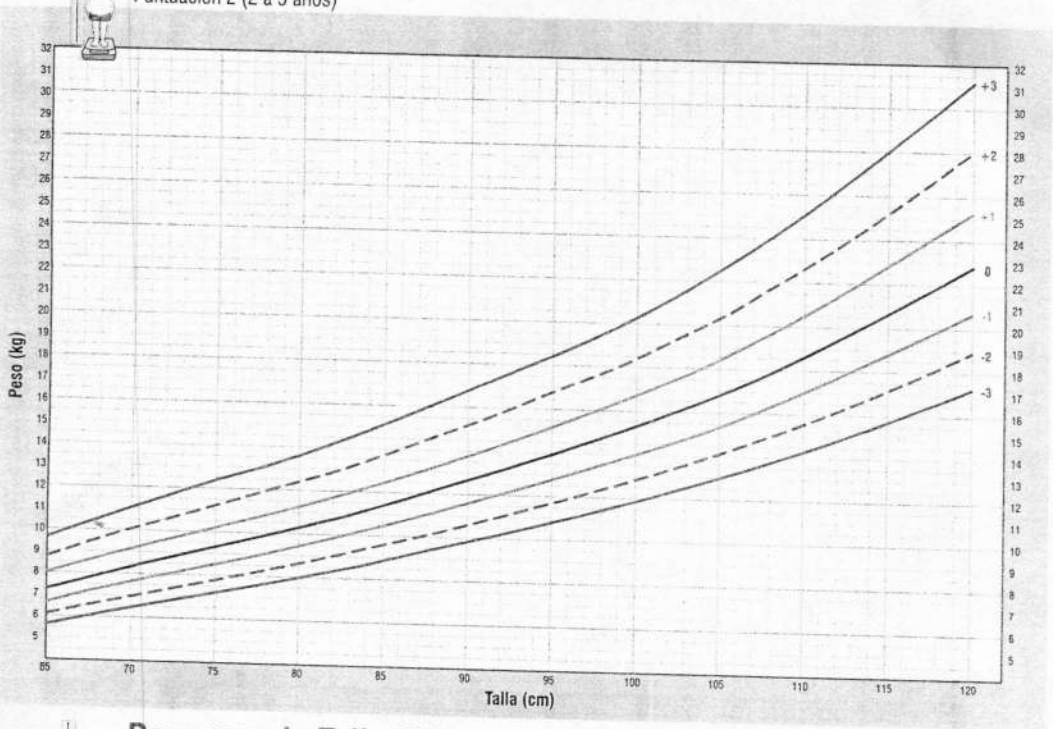
Talla para la edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



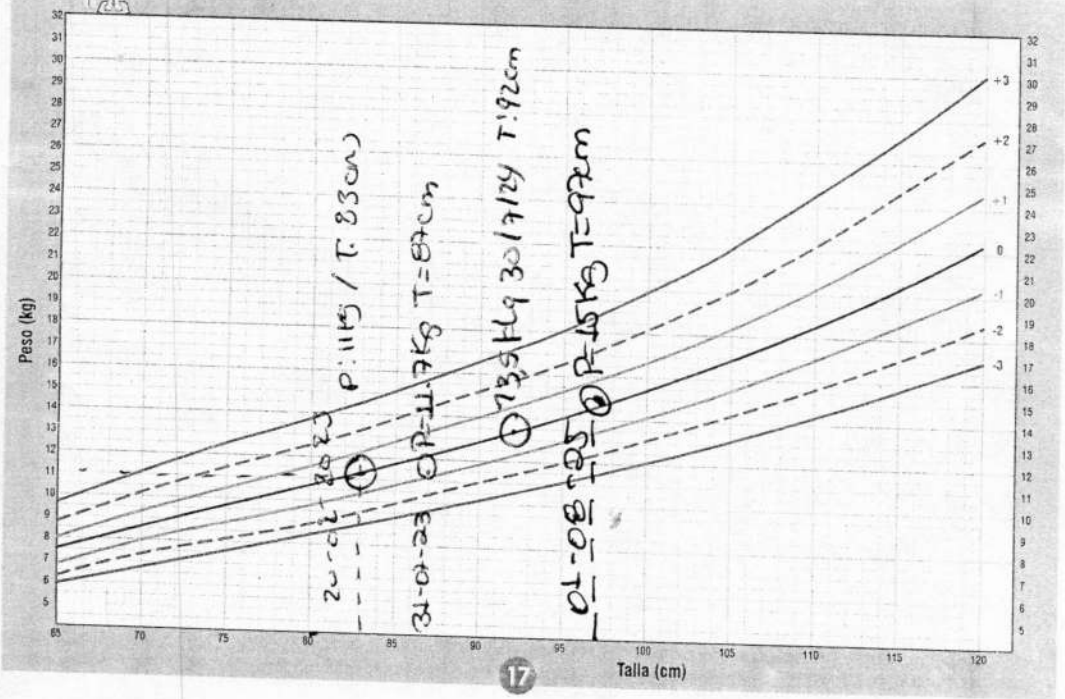
Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



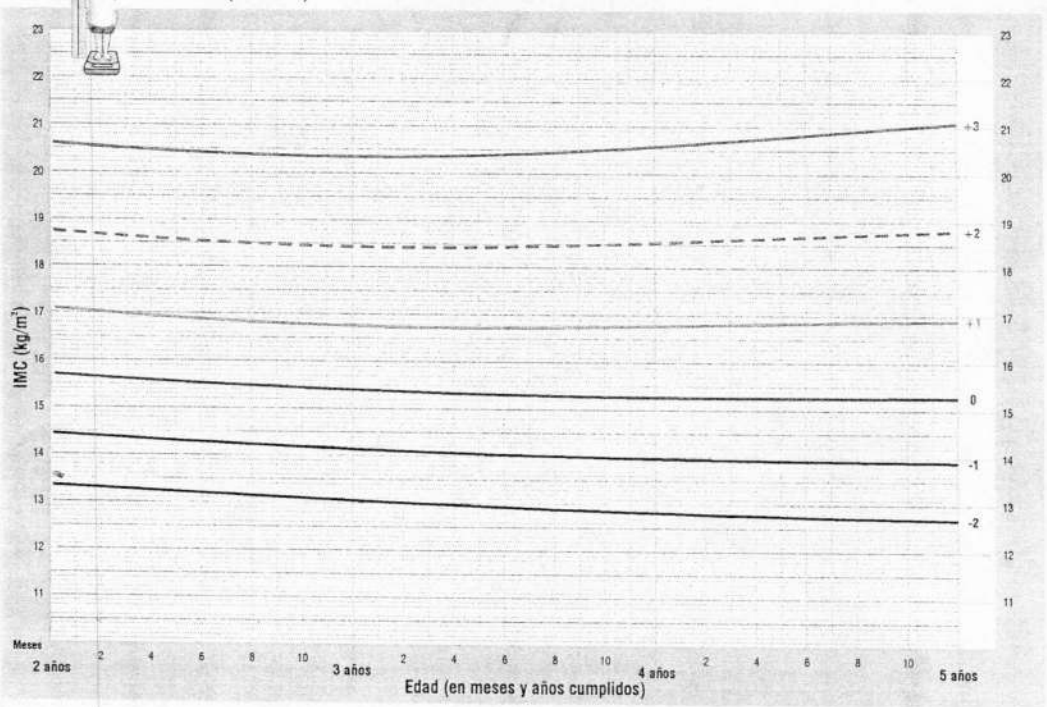
Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



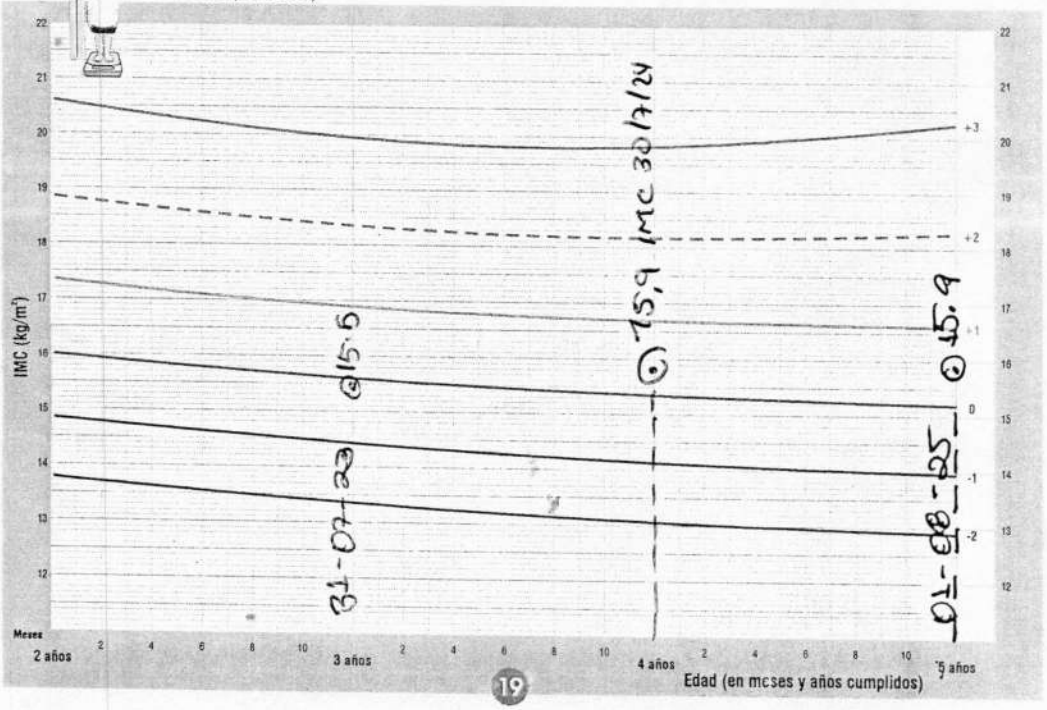
IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



15
12V

E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA
NIT. 846.002.309-9

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

Mi prioridad es tu salud

Nombres y Apellidos: Ian Mael Duarte Guerron

Doc. de Identidad: 1120072709

EPS: Nueva EPS

Teléfono: 3225650718

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												30-7-2024	
		Atención en salud por Odontología							Proximo control 30 Julio 2025						
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor													
		Profilaxis y remoción de placa													
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)	Agudeza visual 20/20 Normal 01-08-2025												
	>	Vacunación												Al cumplir los 6 años. 30/07/26.	

Lizeth Jiménez Trujillo
Enfermera Profesional
Reg 22083
Universidad de Caldas

Anyi Pantoja L
ENFERMERA
Reg 1006788488
01-08-25.

Agudeza visual 20/20 Normal 30-7-2024

17
2/V

PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO

IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA

Al momento de nacer	Fecha:

PRIMER CONTROL MÉDICO

Durante el primer mes de vida	Fecha:

SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA

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

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

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

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

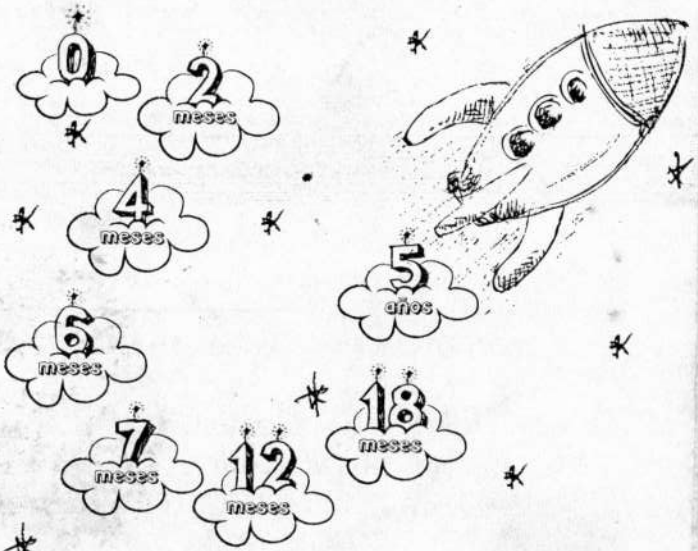
Valor reportado TSH:	
Fecha verificación:	
Profesional que verificó:	

Exíjalo

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

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

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



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

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

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

AIEPI
Porque mi vida hoy que protegerla hoy

de cero a Siempre
ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

E.S.E. HOSPITAL E.M.T.
MOCOA
Programa PAI

Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: LAU MAEI DUALIS GUERRON
Fecha de nacimiento: 30 JUL 2020
Nº de certificado de nacido vivo: I618433-1
Registro civil: 11200771C4
Sexo: Masculino
Grupo sanguíneo: O+
Peso al nacer: 2975
Dirección: [illegible]
Teléfono: 3125650718
Responsable: Angie Carolina Guerron Alpala
Municipio de residencia: [illegible]
Departamento: Putumayo

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

Nombre: _____ Registro Civil: _____

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de Aplicación (Día Mes Año)	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita (Día Mes Año)	Nombre del Vacunador
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐							
	Tuberculosis B.C.G.	Única	30 JUL 2020	Serum	037BC186	ESE HOSPITAL L.M.H MOCOA Programa PAI		Amparo Monroy Amparo Monroy
	Hepatitis B	Recién nacido	30 JUL 2020	Serum	0329Q003E			
2 Meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐							
	Polio (Oral - IM)	1ª	01-OCT-2020	Sanofi	R3L89			JANETH G
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	01-OCT-2020	SERUM	28594X03E			JANETH G
	Rotavirus	1ª	01-OCT-2020	GSK	AROICA284A	HFHD		JANETH G
	Neumococo	1ª	01-OCT-2020	GSK	ASPNB272BA	HFHD		JANETH G
4 Meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐							
	Polio (Oral - IM)	2ª	01 DIC-2020	Sanofi	R3L89	ESCHSC		Maria Rodriguez
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	01 DIC-2020	Serum	28594032	ESCHSCJ		Maria Rodriguez
	Rotavirus	2ª	01 DIC-2020	GSK	AROICA284A	ESCHSCJ		Maria Rodriguez
	Neumococo	2ª	01-DIC 2020	GSK	ASPNB272AB	ESCHSCJ		Maria Rodriguez
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.		02-febrer-2021				30 Enero 2021	Karen A.
	Polio (Oral - IM)	3ª	02-Fe-2021	Sanofi	R3189	HFHD		Karen A.
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	02-fe-2021	Serum	28594032	HFHD		Paula C.
	Influenza	1ª	03-08-21	Sanofi	V3C13	HFHD	Proxima cita 02-06-2021	Paula.
7 Meses	Influenza	2ª	03-09-21	Sanofi	V3C13	HFHD		Paula.
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	03-08-21	Serum	0130N062A	HFHD		Paula Sanova
	Fiebre Amarilla	1ª	03-08-21	GSK	AGPVB308BA	HFHD		
	Neumococo	Refuerzo	03-08-21	Sanofi	V3C13	HFHD		Paula 6
	Influenza	Anual	21-05-22	Green	NS0222008	HFHD		
	Hepatitis A	ÚNICA	03-08-21	Serum	7036268	HFHD		Paula 6.
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1' Refuerzo	7-2-2022	Serum	282X0098	HFHD		
	Polio (Oral - IM)	1' Refuerzo	7-2-2022	Serum	1801P002	HFHD		Kelly J.
5 Años	Polio (Oral - IM)	2° Refuerzo	01-08-25	Biologicals	2413007	HFHD	cita a los 5 AÑOS	Kelly J.
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2° Refuerzo	01-08-25	Biologicals	221100S2UA	HFHD		Edwin
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo	17-3-2013	Serum	0131N058A	HFHD		
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª						
	VPH	2ª						
	VPH	3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis	Varicela.	0	03-8-21	Serum	0324FAM	HFHD		Paula C.
	SR.	RF	03-09-21	Serum	0129W237	HFHD		Paula C.
	Varicela	U.	01-08-25	Merck	Y018890	HFHD		Kelly J.

Estas vacunas son gratuitas

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

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 02 MES 09 AÑO 2025 HORA: 2:42 PM.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Jan Mael APELLIDOS Duarte Guerrón

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ NÚMERO: 1120072109.

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 30 MES: 07 AÑO: 2020 EDAD: 4 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Nueva EPS Tel: 3225650718.

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) Porque esta muy pequeño

¿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 Angie Carolina Apellidos Guerron

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1124866382

Firma: _____

En caso de requerirse firma a ruego:

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

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

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

de _____

Firma del Rogado

Huella dactilar o plantar del Rogante

C.C. N° _____

C.C. N° _____

Nombres y apellidos del vacunador: _____

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

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFUD

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.

21
124

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: Ian Mael Duarte Guerron

Doc. de Identidad: 1120072109 EPS: Nueva EPS

Teléfono: 322 565 07 18. Domicilio: B/ La Pradera

		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											29-09-24	26-09-24	10-10-2025
		Profilaxis y remoción de placa bacteriana											29-09-24	26-04-25	10-10-2025
		Aplicación de sellantes (según criterio)													
	V	Vacunación													

Valentina Gutierrez Torrijo
Odontóloga
T.P. 1004358496

Liliana Maribel Cordoba
HIGIENISTA ORAL
Res 00453 de 2011

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 IAN MAFI DUARTE GUERRON, identificado (a) con documento de identidad número 1120072109, 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, Angie catalina Guerron, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1124866382, 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 Institucional

Suscriben:

Firma: _____

Nombre: Angie Catalina Guerron

Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____

Teléfono de contacto: 3225650778

Fecha: 1-04-2025

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

26
TRK

"Generamos Desarrollo con Energía"

Vigilado Superservicios

Código de Suscripción	SM_46667 - 4	Pago oportuno hasta:	02-ABR-25	Mes Facturado
Factura Nro.	2037044097 - 88	Suspensión a partir de:	03-ABR-25	MAR/2025

1.Información General

Nombre:	JESSICA PAOLA CARRERA ARTEAGA	Cédula de ciudadanía	1006843990 7	Último pago	$ 25,410
Dirección:	BARRIO LOS PRADOS			Tuve servicio de energía entre:	19-FEB-25 - 19-MAR-25 (28)

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	117	1	RESIDENCIAL	URBANA	1	.9	A	SP	105	SAN MIGUEL

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	22-MAR-25	22/03/2025 12:00:00 AM	PAGO EN EFECTIVO	PAGO DE CONTADO	EEBP 169392

2.Información Consumo Energía

Componentes de Costo (CU): Generación 527.6001 + Transmisión 49.8467 + Distribución 253.2346 + Comercialización 121.9495 + Pérdidas 70.7933 + Restricción 14.6758 = CU 1038.1 ($/KwH)

2A.Información Medidor

Marca	Serial	Factor Múltiplo
APP	4604848642	1

2B.Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	1701	1671
Reactiva:		

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

2C.Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh: 30
Consumo Reactiva KVarh:
Costo del consumo $ 31143
Tarifa (hasta 173 Kwh): 415.24
Subsidio: %60 $ -18685.8
Contribución: % $
Sub Total $ 31143

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

2D.Consumo Últimos 6 Meses

01-FEB-25	101
01-ENE-25	114
01-DIC-24	103
01-NOV-24	82
01-OCT-24	104
01-SEP-24	61

94

2E.Información Calidad del Servicio

Tel. O.R EEBP: 01 8000 942415
Transformador: SLD120 Grupo: 22
DIUG: 30.24 FIUG: 19 Crcuito: C14
Cargo D: 249.0104 Dscto %t: 20
CEC: 55.594
DIU: 71.0557 FIU: 92
HC: 7.6934 VC: 9
Valor a Compensar: 5537.3889

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
100 - ACTIVA SENCILLA MONOMIA	31143	0	0	31143
200 - SUBSIDIO de 0-173 KWH 60.00%	-18685.8	0	0	-18685.8
210 - AJUSTE A SUBSIDIO	1007.14	0	0	1007.14
410 - COMPENSACION RES.CREG_015/2018	-5537.39	0	0	-5537.39
520 - AJUSTE A LA DECENA	-3.95	0	0	-3.95

5.Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP 7923

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	6997	0	6997

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	
Aseo*	EMPRESA DE ACUEDUCTO,	CRA 36 #10A-20		6000		0	0	0	0	6000

*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
7923		6997		6000				20920

CUFE: 51625703b16ac75785ec3f0586c140efdb1f3067da76737fe556fb3ad5dd720bc586fd474968848 50fc7ee417bc0bc2e

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

www.eebpsa.com.co @eebpsaesp /eebpsa

(415)7709998005532(8020)1000203704409784(3900)0000020920(96)20250402

Esta Factura pr... Tecnológico de Antioquia - dispapeles S.A.S. NIT 890.928.580-2 Software ...act-ej-1* ...érito Ejecutivo de acuerdo a las Normas del Der... ...il y Comercial Ley 142 ...

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad La Dorada San Miguel.

Nombre completo de la niña o niño Jan Mael Duarte Guerrón

Fecha de nacimiento 30 07 2020 **N° Documento de Identidad**

Sexo Masculino ⊗ Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** 7a 4s 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Mayra R. Vega

Fecha de registro cualitativo 2 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 Jan ha desarrollado diferentes habilidades que le permite desenvolverse en su entorno como también expresa cariño y alegría ante las actividades. de igual manera demuestra su liderazgo en el juego. se continuará con las actividades pedagógicas programadas.

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 7a 10s 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 Jan através del juego en grupo aprende a compartir, a cooperar y a seguir reglas, a negociar y a resolver pequeños conflictos en el juego. También expresa mucha alegría al atarse los cordones y ayuda a los demás a amarrar. se continuará con las actividades pedagógicas programadas.

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"
Macro proceso: C Gestión de la Cobertura Educativa

FICHA DE INSCRIPCIÓN

Pág
Cód
Vers

Fecha: | No. De inscripción: | Grado al que se inscribe: 0 | Municipio: | E. Educativo

DATOS DEL ESTUDIANTE

APELLIDOS: Duarte Guerron | NOMBRES: Ian mael

LUGAR DE NACIMIENTO: MOCOA | FECHA DE NACIMIENTO: DÍA 30 MES 07 AÑO 2020

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

No. Documento 1120032109 | EXPEDIDA EN MOCOA

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

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

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

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

NOMBRES ____ GRADO ____

____ GRADO ____

NOMBRE DE LA EPS A LA CUAL ESTÁ AFILIADO Nueva eps

DISCAPACIDADES: AUDITIVA ___ VISUAL ___ MOTORA ___ COGNITIVA

CUAL ____ TIPO DE SANGRE: O+ (Si presenta alguna

PERTENECE A UNA ETNIA? SI ___ NO X ¿CUAL? ____ LEN

A QUE RESGUARDO PERTENECE? ____

VICTIMA DEL CONFLICTO? SI ___ NO X FECHA DE EXPULSIÓN ____

DPTO EXPULSIÓN ____ MUNICIPIO DE EXPULSI

NIVEL SISBEN VA ESTRATO ____ ¿PERTENECE A FAMILIAS EN ACCIÓ

¿HIJO VETERANO FUERZA PÚBLICA? SI ___ NO X

¿BENEFICIARIOS HÉROES DE LA NACIÓN? SI ___ NO X

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

DATOS FAMILIARES

NOMBRE DEL PADRE O ACUDIENTE: ____ C.C. No: ____ DE ____ OCUPACIÓN ____

NOMBRE DE LA MADRE O ACUDIENTE: Angie Carolina Guerron | C.C. No: 1124866382 DE mocoa | OCUPACIÓN hog

DIRECCIÓN RESIDENCIA: BSan felipe | BARRIO: San felipe | VEREDA ____ | ZONA URBANA X RURAL ____

TELÉFONO CASA ____ TELÉFONO CELULAR PADRE: ____ TELÉFONO CELULAR MADRE 3225650718 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)

Ck INSCRIT SIMAT

FIRMA DEL PADRE DE FAMILIA o ACUDIENTE

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

37
E/V

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Ian Mael Duarte **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)
5-9-2025	Se llama a lista y se evidencia que el niño Mael no asiste al CDI.	Se llama a la mamita y nos manifiesta que ella tiene una realización de examenes en la ciudad de Puerto Asis, y por tal motivo no tuvo quien le aguide el niño, ni quien se lo recoja. por eso no asiste al CDI y la acompañara a ella.		

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	8-9-2025 el niño asiste a la unidad sin presencia de novedad de salud.

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Juan Manuel Martinez **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Jardin 2 **AGENTE EDUCATIVO:** Olga 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)
27-08-2025	Se realiza llamada a lista y se evidencia que el niño Juan Martnez no asisto al CDI. Siendo las 7:49 am Se llama a la mamita y nos manifiesta que tiene fiebre y por tal motivo no asisto.	Se le recomienda a la mamita llevar el niño al medico.		KARENA Velazquez

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	28-8-2025. el niño asiste a la unidad sin novedad de gripo y fiebre.

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

33
ETV

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Ian Mael. Duarte 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)
15-8-2025	La madre llamo a las 7:20 am manifestando que le salio una Salida a la ciudad de mocoa para asistir a una cita medica de ella la cual se lleva al niño ya que ayuda tiene a la abuela para dejarlo. niestra asiste a la cita medica	se le recomendo a la madre que se apoye de su red de apoyo para que el niño no falte al CDI.		

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

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	18 - 8 - 2025 el niño asiste a la unidad. sin novedad la cual participa e interactua con sus compañeros.

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Ian Mael Duarte Guerron UNIDAD DE ATENCIÓN: Jardin 2 AGENTE EDUCATIVO: Moyra Vega

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

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)
26-5-2025	la madre envia un mensaje por medio whatsap. manifestando que esta en observación de tos y fiebre. ademas le esta suministrando remedios caseros.	se le recomienda a la madre llevarlo al medico	27-5-2025 el niño asiste a la unidad sin novedad de fiebre pero tos. Además la madre expreso que si tose mucho que la llame.	Jenifer.	Carolina Guerron