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: 1122343493

Fecha nacimiento: 27 | 08 | 2020

Nombres: Juan Sebastian

Apellidos: Herrera Lopez

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: Urbano

Barrio: 7 de Agosto

Vereda:

Sector:

Dirección: al respaldo de la galeria Municipal.

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: 1122336482

Nombres: Selena leticia

Apellidos: Lopez Alvarado

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 11 | 06 | 2004

Correo electrónico: lopezleticia1122@gmail.com

Número de celular: 3133178786

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: Selena leticia Lopez Leticia L.

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Mayra Vega

Observaciones:

Fundación Alma de Vida

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:
Juan Sebastian Herrera lopez

N° DOCUMENTO: 1.122.343.493 **TIPO DOCUMENTO: RC** X **CC** ___ **OTRO** ___
FECHA DE NACIMIENTO: 27-08-2020 **EDAD:** 4 AÑOS 7 MESES
LUGAR DE NACIMIENTO: San Miguel (la Dorada)

NOMBRE DE LA UDS: C.D.I Fronteras de paz
CODIGO UDS: 867571126972 **BARRIO/VEREDA:** B/ 7 de agosto
FECHA DE INGRESO: 1-04-2025 **FECHA DE RETIRO:** _____

SISBEN: C7 **EPS:** Emsannar **RÉGIMEN (C)**__ **(S)** X
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: Selena lopez Alvarado
N° CÉDULA: 1.122.336.482 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Miguel la Dorada
NOMBRE DEL PADRE: Carlos Alberto Herrera
N° CÉDULA: 98.398.780 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Pasto
N° DE CELULAR: _____
NOMBRE DEL ACUDIENTE: Selena lopez Alvarado
N° CÉDULA: 1122.336.482 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Miguel la Dorada
DIRECCIÓN VIVIENDA: B/ 7 de agosto **ZONA POBLACIONAL: (R)**___ **(U)** X
NUMERO DE CELULAR 3133177886

Leticia L.
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: N 1220367

NUIP 1.122.343.493

Tipo de certificado	Datos Esenciales ☐	Acreditar Parentesco X☐

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
HERRERA LOPEZ JUAN SEBASTIAN

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)		Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año 2020	Mes AGO Día 27	MASCULINO	O+

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

Fecha de Inscripción (Mes en letras)		Indicativo serial
Año 2020	Mes SEP Día 02	0059300704

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
LOPEZ ALVARADO SELENA LETICIA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
TARJETA DE IDENTIDAD 1.122.336.482	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
HERRERA JIMENEZ CARLOS ALBERTO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 98.398.780	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
HERRERA JIMENEZ CARLOS ALBERTO

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 98.398.780

Espacio para notas
VALIDO PARA TRAMITES LEGALES Y CIVILES

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio
COLOMBIA PUTUMAYO SAN MIGUEL(LA DORADA) — Código X624

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)
Año 2020 Mes SEP Día 02

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
28208541-1

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



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.122.336.482
LOPEZ ALVARADO

APELLIDOS
SELENA LETICIA

NOMBRES
leticia lopez

FIRMA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



FECHA DE NACIMIENTO 11-JUN-2004
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

13-JUN-2022 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

P-6401800-01314562-F-1122336482-20220612 0080702440G 2 48965332


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 98.398.780
HERRERA JIMENEZ
APELLIDOS
CARLOS ALBERTO
NOMBRES

FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 21-MAR-1977
PASTO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68 ESTATURA
A+ G.S. RH
M SEXO
13-FEB-1996 PASTO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-6401800-00414831-M-0098398780-20121204 0031824109A 1 25675529

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 25/03/2025

Ficha: 86757013478300000261

C7

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: JUAN SEBASTIAN

Apellidos: HERRERA LOPEZ

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122343493

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 08/11/2017

Última actualización ciudadano: 22/09/2020

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARIA ZORAYDA LINARES MONTERO

Dirección: Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libertad

Teléfono: 4210537 - 3213138790

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

ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1122343493
NOMBRES	JUAN SEBASTIAN
APELLIDOS	HERRERA LOPEZ
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	EMSSANAR S.A.S.	SUBSIDIADO	27/08/2020	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 09/13/2025 14:00:06 **Estación de origen:** 192.168.70.220

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

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

NIT. 901.021.565-8
Registro de Cámara de Comercio
N° 15233 Libro IX. Octubre 24 de 2016

Cuidamos de ti en cada paso

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS EMSSANAR EPS SAS
Régimen Subsidiado

EMSSANAR EPS SAS, CERTIFICA que el afiliado relacionado a continuación, presenta la siguiente información a la fecha de su expedición:

Tipo y Número de identificación:	RC 1122343493
Apellidos:	HERRERA LOPEZ
Nombres:	JUAN SEBASTIAN
Ficha Sisben:	86757013478300000261
Nivel Sisben:	Nivel II
Grupo Sisben	C07
Tipo de discapacidad:	Ninguna
Plan de salud:	Régimen Subsidiado
Estado de servicio:	Vigente
Fecha de Afiliación:	27/08/2020
Departamento de Afiliación:	PUTUMAYO
Municipio de Afiliación:	SAN MIGUEL
Zona:	Urbana - Cabecera Municipal

IV - Afiliado cumple con metodología IV SISBEN.

IPS de atención de primer nivel

IPS	Direccion	Servicio
ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA - SAN MIGUEL (PUTUMAYO)	KR 7 # 1 - 36	MEDICINA GENERAL

Tiene derecho a recibir los servicios contemplados en el Plan de Beneficios en Salud.
Válida únicamente para comprobación de derechos de la red prestadora, en la fecha de expedición. No es válido para aclarar multiafiliación ni para traslados (Decreto 806 Artículo 55 y 56).

Señores Prestadores: Esta certificación es válida únicamente para corroborar el estado del afiliado en el momento de la prestación del servicio, de la población contratada y remitida periódicamente por la institución según normatividad. En ningún momento esta certificación puede ser empleada para reemplazar las autorizaciones necesarias para la prestación de servicios en los niveles superiores de complejidad

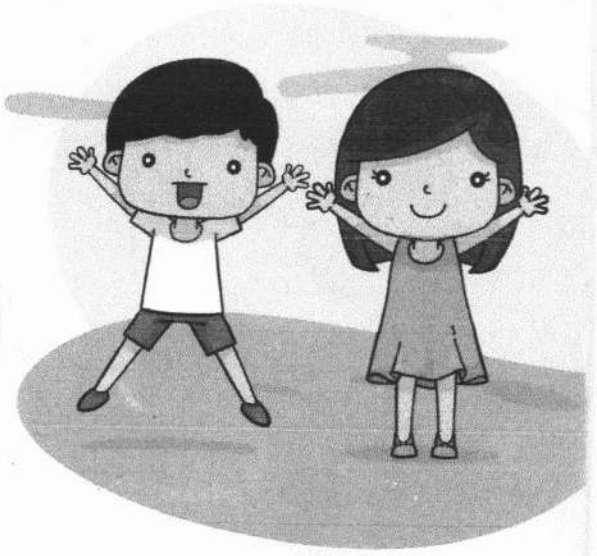
En constancia se firma el 25 de Marzo de 2025 a solicitud del interesado.

JEFE COMERCIAL
EMSSANAR EPS SAS

Toda certificación generada es almacenada en base de datos para su verificación, la modificación parcial o total de este documento puede incurrir en un delito.

CARNET DE CONTROL

Niño y Niña SANOS



Mis Datos

Nombres: Juan Sebastian	Apellidos: Herrera LoPEZ
Fecha de Nacimiento: DIA 27 / MES 08 / AÑO 2020	Historia Clínica: 1122343493
Barrio/Vereda: 7 de Agosto	Responsable del Niño: Selena LoPEZ
Teléfono:	EPS: Emssanar

CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIO	
				SI	NO
05	NOV	2020	Enf		
6	~~ENER~~.	2021.	MD.	SI ✓	
05	MAYO	2021	EMF	SI ✓	
07	Junio	2021	Grafia	Si ✓	
27	Agosto	2021	Medico		
28	Febrero	2022	ENF	SI	
27	agosto	2022	x MD	/	
27	02	2023	EMF	Si /	
28	08	2023	MEDICO	/	
27	08	2024.			
03	09	2024	Ninerrera	SI ✓ /	
27	08	2025	Medico		
27	08	2026	Medico		

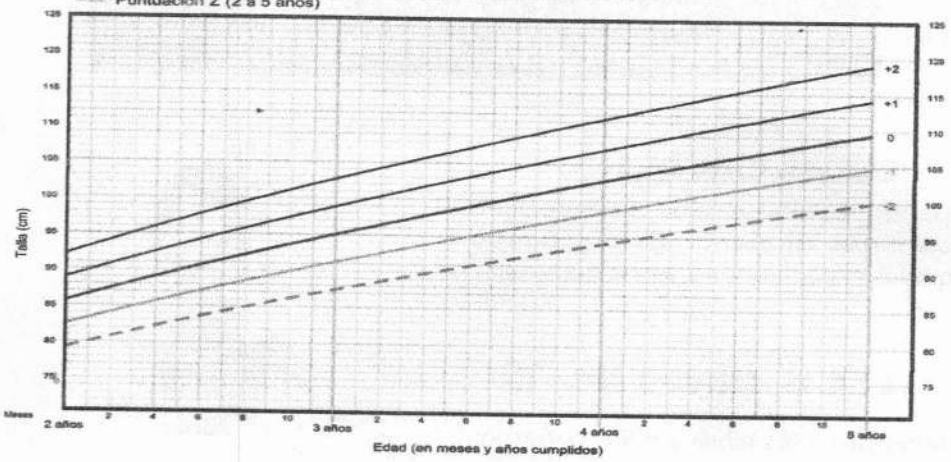
Perímetro Cefálico Niños
Puntuación Z (0 a 5 años)
Perímetro cefálico (cm)
Nacimiento
1 año
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)
05/10/20
6-XI-20
37-5 cm
06/01/2021
40 cm
Pc. 42cm
07-04-21
09-06-21
45 cm
47cms
06/04/2021
48cm
01-03-22
49 cm
01/04/2022
49 cm
28-02-23
50cm
28/02/2023
50cm
03/9/24
50cm
01/09/25
50 cm

Perímetro Cefálico Niñas
Puntuación Z (0 a 5 años)
Perímetro cefálico (cm)
Nacimiento
1 año
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)

12

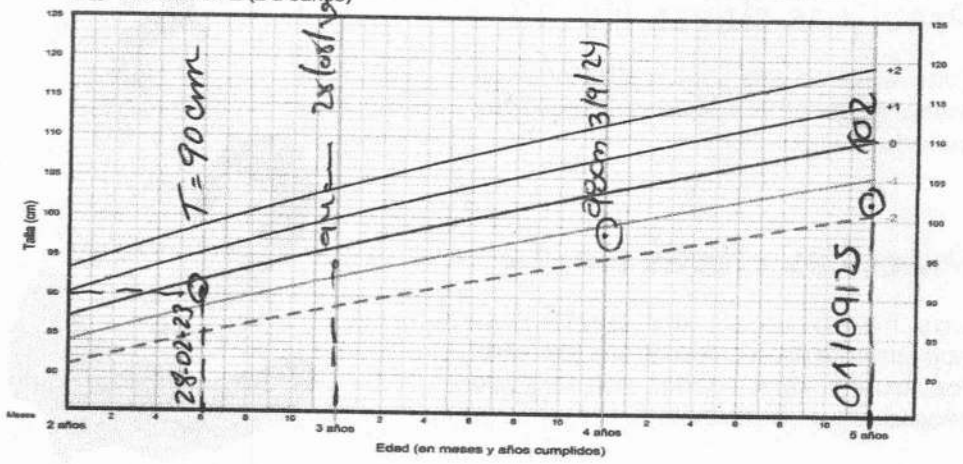
Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5años)



17

Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)

Peso (kg)

Talla (cm)

28-02-23 ⊙ P=14,3 kg / T= 90 cm

26/05/[illegible] ⊙ 1,21 kg 94 —

31/9/24 ⊙ T: 98 cm P: 15,6 kg

01/09/25 ⊙ 17 kg

Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)

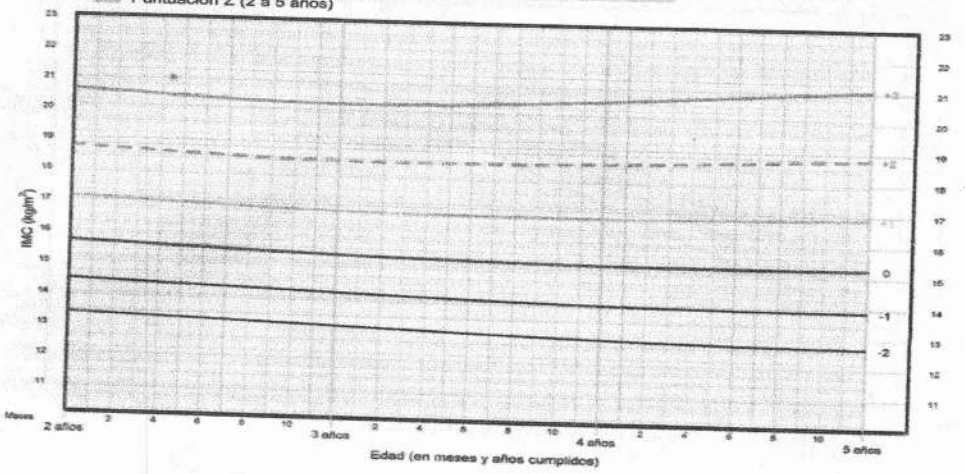
Peso (kg)

Talla (cm)

14

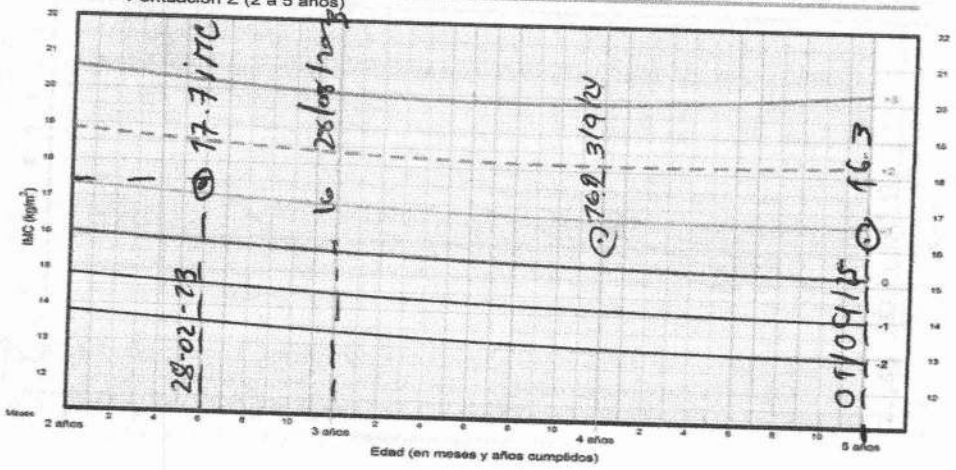
IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



IMC para la Edad Niños

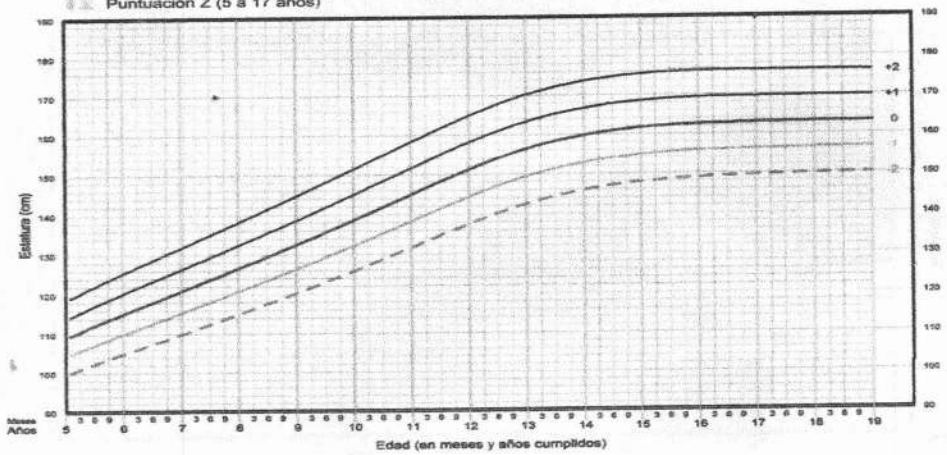
Puntuación Z (2 a 5 años)



15

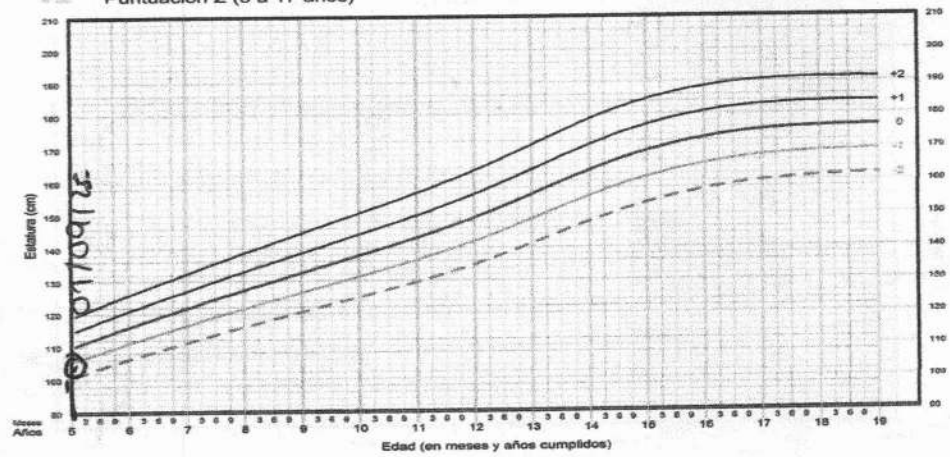
Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (5 a 17 años)



Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (5 a 17 años)



CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIO	
				SI	NO
05	NOV	2020	Enf		
6	~~ENER~~.	2021	MD.	SI ✓	
05	MAYO	2021	EMF	SI ✓	
07	Junio	2021	Enfermera	SI ✓	
27	Agosto	2021	Medico		
28	Febrero	2022	ENF	SI	
27	agosto	2022	x MD	/	
27	02	2023	EMF	Si / papa	
28	08	2023	MEDICO	/	
27	08	2024.			
03	09	2024	Minerrera	SI ✓ /	
27	08	2025	Medico	/	
27	08	2026	EMF		

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

JINA A. BELALCAZAR FLOREZ
Gerente

CARNET RIAS

PRIMERA INFANCIA

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

Servimos con amor



Nombres y apellidos: JUAN SEBASTIAN HERRERA LOPEZ

Doc. de identidad: 1122343493 EPS: EMSSANAR

Teléfono: 3133177886 Domicilio: B/7 DE AGOSTO

Higiene oral 11-16-25 Proxima Control

Aplicación de sellantes 28/8/23 Proxima Control 28/8/23

PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS		5 DIAS	1 M. a 1 A	2-3 M	4-5 M	6-8 M	9-11 M	12-17 M	18-23 M	24-29 M	30-35 M	3A	4A	5A
VALORACIÓN INTEGRAL ATENCION	Control del recién nacido por médico													
	Atencion en salud por medicina general													
	Atencion en salud por enfermeria													
	Atencion en salud bucal por odontologia											28-8-23		
	Promoción y apoyo de la lactancia mantenra													
PROTECCIÓN ESPECIFICA ODONTOLOGIA	Aplicación de barniz de fluor													
	Profilaxis y remoción de placa bacteriana													
	Aplicación de sellantes (según criterio)										11-y 23			
V	Vacunación											16/11/24		

FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) o AÑOS (A)

Universidad de Caldas
Prof. Asistente
Reg 2208
Nancy Cortes
HIGIENISTA ORAL
C.S. 86-0001192

14-11-24
4-05-23

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.

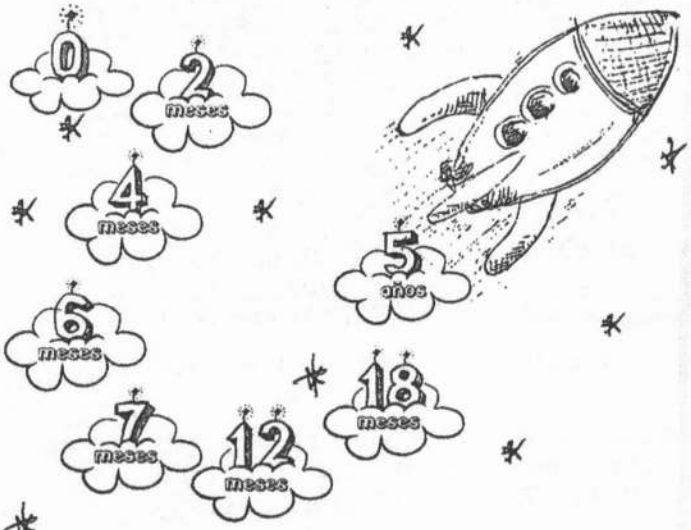
Valor reportado TSH:	
Fecha verificación:	
Profesional que verificó:	

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 los niños hay que protegerlos hoy

de cero a Siempre

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Herrera López Juan Sebastián
Fecha de nacimiento: 26-08-20
Nº de certificado de nacido vivo: _____
Registro civil: 1122343493
Sexo: MASCULINO
Grupo sanguíneo: _____
Peso al nacer: _____
Dirección: 7 de Agosto
Teléfono: 3153582063
Responsable: Setera López Alvarado
Municipio de residencia: San Miguel
Departamento: Putumayo
cc 1122336482

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	26-08-20	Serum	037682532	HFD		Dra Legardo
	Hepatitis B	Recién nacido	26-08-20	Serum	032Q2005E	HFD		Dra Legardo
2 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
	Polio (Oral - IM)	1ª	06-NOV-2020	SANOFI	R3L89IV	HFID	CITA: 26-OCT-2020	Leidy Guerrero
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	06-NOV-2020	Biological	28S9X03IE	HFID		Leidy Guerrero
	Rotavirus	1ª	06-NOV-2020	GSK	AROIC248A	HFID		Leidy Guerrero
	Neumococo	1ª	06-NOV-2020	GSK	ASPNB272BA	HFID		Leidy Guerrero
4 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
	Polio (Oral - IM)	2ª	06-ene-2021	Sanofi	2017004	HFID	CITA: 06-enero 2021.	Karen Achicanoy
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	06-ene-2021	Serum	28S94032A	HFID		Talia Guerrero
	Rotavirus	2ª	06-ene-2021	GSK	AROIC765AA	HFID		Karen Achicanoy
	Neumococo	2ª	06-ene-2021	GSK	ASPNB272BA	HFID		Karen Achicanoy
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.							
	Polio (Oral - IM)	3ª	08-marzo-21	BIOMANGUINHOS	2012004	HFID		Selen Martinez
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	08-marzo-21	Serum	28S94021B	HFID		Selen Martinez
	Influenza	1ª	02-07-2021	—	—	HFID.		Karen A. Palya C
7 Meses	Influenza	2ª-1D	21-05-2022	Green	VS00222005	HFID	CITA 26-AGOSTO 2021	Selen Y
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	24-09-21	Serum	013GN02AE	HFID		Selen Y
	Fiebre Amarilla	1ª	24-09-21	Sanofi	R3G8Y	HFID		Selen Y
	Neumococo	Refuerzo	24-09-21	GSK	ASPNB3C8AB	HFID		Selen M.
	Influenza	Anual	24-09-21	Biomanguinhos	0302222005	HFID		Selen M
	Hepatitis A	ÚNICA	24-09-21	MSD	1CN896	HFID		Sandy Martínez Tec. Auxiliar Enfermería CC No. 1122336822 ISABEL A
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1º Refuerzo	9-3-22	Serum	2826004A	HFID		
	Polio (Oral - IM)	1º Refuerzo	9-3-22	Serum	2201P004	HFID		
5 Años	Polio (Oral - IM)	2º Refuerzo	01-sep-25	BIOLOGICAL	2A23003	HFID	CITA: 26-octubre 2021.	Felen Polo ISABEL A.
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2º Refuerzo	01-Sep-25	Serum	2002827	HFID		
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo	17-03-23	Serum	013IN108A	HFID		
Niñas 9 Años o más	[redacted] VARICELA	1ª	01-Sep-25	MERCK	2002827	HFID		
	VPH	2ª					cita. 08/Marzo/2022.	
	VPH	3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis	Varicela	ud	24-09-21	Merck	2026896.	HFID		Selen A.
	Sarampion y Rubeola	24/11/2022	Serum	0129W237	HFID			Karen A
	Coronavac - Sinovac	28-08-23	Sinovac	20211213ZB	HFLD		Cita: 26-Sep-2023	Kerly Jimenez.

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.

CITA: 9 AÑOS CUMPLIDOS. CITA CUANDO CUMPLA 5 AÑOS

Estas vacunas son gratuitas

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS Vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	28/8/23	Sinovac	20211121326	E.S.E HFID	KELLY JIMENEZ	
	2	08/3/24	Sinovac	20211218AB	E.S.E. HFID	[illegible]	1093326822

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombres: JUAN SEBASTIAN.

Apellidos: Herrera Lopez

Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte PEP Otro Cuál

No. 1.122.343.493.

Fecha de nacimiento: Día 26 Mes 08 Año 2020

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

JINA A. BELALCAZAR FLOREZ
Gerente

CARNET RIAS **PRIMERA INFANCIA**

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

Servimos con amor



Nombres y apellidos: JUAN SEBASTIAN HERRERA LOPEZ

Doc. de identidad: 1122343493 EPS: EMSSANAR

Teléfono: 3133177886 Domicilio: B/7 DE AGOSTO

Higiene oral 11-16-25 Proxima control

Aplicación dilacol 20/20 normal 28-8-23

PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS		5 DIAS	1 M. a 1 A.	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	5A
VALORACIÓN INTEGRAL ATENCION	Control del recién nacido por médico													
	Atencion en salud por medicina general													
	Atencion en salud por enfermeria													
	Atencion en salud bucal por odontologia													
	Promoción y apoyo de la lactancia mantenra													
PROTECCIÓN ESPECIFICA ODONTOLOGIA	Aplicación de barniz de flúor													
	Profilaxis y remoción de placa bacteriana													
	Aplicación de sellantes (según criterio)													
V	Vacunación													

FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) O AÑOS (A)

Nancy Cortes
HIGIENISTA ORAL
TP 16-0019?

14-11-24
4-05-25

28-8-23

11-4-23

Higiene oral
16-05-25

Universidad de Caldas
Prof. Nancy Cortes
Reg 2208-
Higienista oral

Higiene oral
Fluor

21

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 Juan Sebastian Herrera Lopez, identificado (a) con documento de identidad número 1122343.493 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, Selena lopez Alvarado, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1122.336.483 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: leticia L.
Nombre: selena leticia lopez.
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3133177886.
Fecha: 7-04-2025
Municipio: San Miguel

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

PACTO DE CONVIVENCIA MODALIDAD INSTITUCIONAL

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

DERECHOS Y DEBERES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

DERECHOS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

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

DEBERES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

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

DERECHOS Y DEBERES DE LOS PADRES DE FAMILIA

DERECHOS DE LOS PADRES DE FAMILIA

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

DEBERES DE LOS PADRES DE FAMILIA

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

(telefónico, mensajería y/o escrito).

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

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

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

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

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

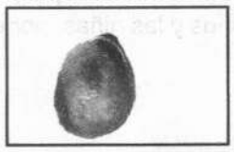
PAOLA CHATES
Coordinadora pedagógica

EDDY PATRICIA LÓPEZ
Apoyo psicosocial

leticia lopez.
Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Agente educativa

sebastian H.
Huella del niño/niña



EMPRESA DE ENERGÍA DEL BAJO PUTUMAYO S.A. E.S.P.
Nit. 846.000.553-0 - NUIR: 2-86568000-7
Autorretenedores Res. 567 de 25/01/2002
Responsables de IVA

"Generamos Desarrollo con Energía"

Vigilado Superservicios

Código de Suscripción	SM 10850	Pago oportuno hasta:	06-FEB-2025	Mes Facturado
Factura Nro.	2036978163	Suspensión a partir de:	07-FEB-2025	ENERO 2025

1. Información General

Nombre: JOSE GABRIEL LOPEZ MELO — 02-ENE-2025 — Último pago $ 107.340

Dirección: 7 DE AGOSTO — Tuvo servicio de energía entre: 18-DIC-2024 - 18-ENE-2025 (31) — 27-ENE-20

Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Área	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Tarifa	División Geopolítica
SM41	S105	79	1	RESIDENCIAL	URBANA	1	6	AEREA	EMPRESA	105	SAN MIGUEL - 7 DE AGOSTO

Tipo de Documento	Fecha y hora de Emisión	Fecha y hora de Generación	Medio de Pago	Forma de Pago	Factura Electrónica de Venta

2. Información Consumo Energía

Componentes del Costo (CU)*: Generación 455.53 + Transmisión 58.19 + Distribución 257.19 + Comercialización 122.51 + Pérdidas 63.32 + Restricción 4.36 = CU 961.10 ($/KwH)

2A. Información Medidor

Marca	Serial	Factor Multiplo
MET	13050489	1

2B. Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	15520	15333
Reactiva:	-	

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

2C. Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	187		
Consumo Reactiva KVarh:	0		
Costo del consumo $	179725.7		
Tarifa (hasta 173 Kwh):	400.91		
Subsidio: %	58.286	$	-96912.81
Contribución: %	0	$	0
Sub Total $	82812.89		

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

2D. Consumo Ultimos 6 Meses

Mes	Consumo
2024/Dic	207
2024/Nov	141
2024/Oct	99
2024/Sep	89
2024/Ago	69
2024/Jul	74

Promedio: 113

2E. Información Calidad del Servicio

Tel. O.R. EEPB 01 8000 942415
Transformador SLD109 Grupo 22
DIUG 30.24 FRUG 19 Circuito C14
Cargo D 254.70 Dscto %I 20
CEC 209.45
DIU 106.24 FRU 100.00
HC 8.40 VC 12.00
Valor a compensar 21,338.15

3. Información de Créditos EEBP

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

Gerente General

4. Detalle Conceptos del Servicio de Energía

Conceptos EEBP	Valor Liquidado	Saldo Anterior	Saldo a Favor o Anticipado	TOTAL
ACTIVA SENCILLA MONOMIA	179,725.70	0	0.00	179,726
SUBSIDIO	-96,912.81	0	0.00	-96,913
AJUSTE A SUBSIDIO	-3,229.92	0	0.00	-3,230
COMPENSACION RES CRC -1.01/2018	-21,338.15	0	0.00	-21,338
AJUSTE A LA DECENA	1.34	0	0.00	1

5. Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP — 64.706

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 31/08/202a	Cra 4 Cll 7 Esquina	9,214	0	9,214

7. Información Facturación Convenio Aseo y Alcantarillado

Concepto	Empresa	Dirección PQR	USO	Valor Tarifa	Subsidio o Factor Solidario	Cargo Consumo o Variable	Valor Tasa Ambiental	Saldo Anterior	Ajustes/Otros	Valor Total
Alcantarillado				0	0	0	0	0	0	0
Aseo*	Alcaldia San Mi	Cra 4 Cll 7 Esq B/La Liberta		6.000	0	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	=	Debe pagar en Total
64,706		9,214		6,000		0		79,920

CUFE:

41a464efde7bd9a03cdb650d59460c27114e5e4932ca15b7cc3a7c41322c
8a7a89a1e447b834b0e9be6d98104863

(415)7999800553(8020)1000203697816345(3900)0000079920(96)20250206

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

www.eebpsa.com.co @eebpsaesp /eebpsa

Fac. Electrónica: EEBP 94079

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

Proveedor Tecnológico: dispapeles S.A.S. NIT: 860028580-2 Software: fact-e

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a siempre 26 P/Y P 7 H 1

Ciudad La Dorada San Miguel

Nombre completo de la niña o niño Juan Sebastian Herrera Lopez

Fecha de nacimiento 17 08 2020 **N° Documento de Identidad** 1122343493

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Mayra R. Vega

Fecha de registro cualitativo 25 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 Sebastian se caracteriza por demostrar liderazgo ante juegos como también sus habilidades sociales y motrices que le permite su avance. Además trata de ser muy independiente tanto en el aseo como su personalidad. Así mismo tiene sus propios conclusiones ante un tema. se continuará con las actividades pedagógicas planteadas.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Mayra R. Vega

Fecha de registro cualitativo Día 2 Mes 10 2025

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

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

Observaciones generales Sebastian ha desarrollado diferentes habilidades sociales y motoras que le permite desenvolverse bien en el entorno donde se encuentra, reconoce algunos colores. y los pronuncia en ingles y español. entiende concepto de uno y muchos.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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

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

Observaciones generales

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

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

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

SECRETARIA DE EDUCACIÓN DE PUTUMAYO
"Construyendo región con educación"

FORMATO DE INSCRIPCIÓN

Código: C03.0
Versión: 1.0

Macro proceso: C Gestión de la Cobertura Educativa

Fecha: 30/octubre/2025 **No. De inscripción:** _____ **Grado al que se inscribe:** 0 **Municipio:** San Miguel **E. Educativo** _____

DATOS DEL ESTUDIANTE

APELLIDOS: Jsa herrera lopez. NOMBRES: Juan Sebastian

LUGAR DE NACIMIENTO: la dorada putumayo FECHA DE NACIMIENTO: DÍA 27 MES 08 AÑO 2020

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

No. Documento 1122343493 EXPEDIDA EN San Miguel.

CON QUIEN VIVE? Papá y Mamá [X] Mamá [ ] Papá [ ] Abuelos [ ] Número de hermanos: 2

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

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

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

NOMBRES _____

GRADO _____

GRADO _____

NOMBRE DE LA EPS A LA CUAL ESTÁ AFILIADO Emssanar

DISCAPACIDADES: AUDITIVA ___ VISUAL ___ MOTORA ___ COGNITIVA ___ AUTIS

CUAL _____ TIPO DE SANGRE: O+ (Si presenta alguna discapacidad !

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

A QUE RESGUARDO PERTENECE? _____

VICTIMA DEL CONFLICTO? SI ___ NO X FECHA DE EXPULSIÓN _____ A

DPTO EXPULSIÓN _____ MUNICIPIO DE EXPULSIÓN _____

NIVEL SISBEN SI ESTRATO C7 ¿PERTENECE A FAMILIAS EN ACCIÓN? SI ___

¿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: carlos Alberto herrera . C.C. No: 98398780 DE Pasto OCUPACIÓN comercianl

NOMBRE DE LA MADRE O ACUDIENTE: Selena leticia lopez Alvarado C.C. No: 1122336482 DE San Miguel OCUPACIÓN Comercianl

DIRECCIÓN RESIDENCIA: la Dorada Pty BARRIO: 7 agosto VEREDA _____ ZONA URBANA X RURAL _____

TELÉFONO CASA 3133177886 TELÉFONO CELULAR PADRE: 3144344098 TELÉFONO CELULAR MADRE 3133177886 TELÉFONO TRABAJO _____

(SOLO EN CASO DE NO VIVIR CON SUS PADRES)

ACUDIENTE: _____ PARENTESCO _____ C.C. No: _____ DE _____ OCUPACIÓN _____ Celular: _____

REQUISITOS: Fotocopia legible del documento de identidad – Fotocopia del carnet de salud – Fotocopia del carnet de vacunas hasta los nueve (9) años – L

Leticia Lopez.
FIRMA DEL PADRE DE FAMILIA O ACUDIENTE

Emiliana Lopez
Act - abus trafica
IETCD.

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Juan Sebastian Herrera 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)
12-12-2025	Siendo las 11:40 am salimos de la integración del payasito zapatico la cual me desplace al parque infantil para que se realen un ratico mientras se les daba la hidratación en ese momento el niño manifesto que se cayó antes, expresando que le dolia el brazo izquierdo.	.Agente educativo le prestaron primeros auxilios se reporto a la psicosocial y se realizo la llamada a la madre. .la psicosocial se comunico con la madre y la acompaño al hospital.		.letra lopez

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
12-DIC 2025	A las 11:45 am se comunico nuevamente con la madre, si ya vienen, la madre sopiere "ya vamos llegando" la madre de familia llegó en compañia del padre, se procede a explicar le, lo que sucedeó con el niño y que lo debemos llevar al Hospital. Ademas, con la docente Marcela Rincon se coloco una vendaje en el brazo izquierdo, para evitar que el niño moviera el brazo izquierdo, para evitar que el niño moviera el brazo, hasta que se lo llevó hasta el Hospital y lo revisen y lo atiendan. Estefany Blandon Linares Se realiza acompañamiento por parte de apoyo psicosocial, en el Hospital, se facilita los documentos y certificado de la poliza, al niño le realizaron el Triage y lo ingresaron, donde le realizaron los procedimientos médicos, donde lo dejaron para realizarle la radiografia en la mano izquierda se procedeó a realizarle las recomendaciones de cuidado en casa, se procedeó a despedirse la psicóloga y decirle que se va a estar comunicando con ella para conocer la evolucion del estado de salud. Estefany Blandon Linares
13-DIC 2025	Se realiza seguimiento para conocer la evolución de la recuperación del estado de salud de Juan Sebastian. Se comunica con la madre, ella sopiere "ayer a las 11 de la noche nos remitieron para la clinica del Puerto, porque tiene fractura en el antebrazo izquierdo, y en la noche lo enyesaron, ahora estamos esperando que el pediatra-ortopedista lo vengan a revisar, para mirar si se requiere cirugia" se procede a realizar las recomendaciones de cuidado. se expresa, que cualquier cosa se la va estar llamando. y asi mismo se lo comparte en el WhatsApp los soportes de la poliza del menor de edad, por si llegu a requerirla. Estefany Blandon Linares

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
13- Dic 2025	En horas de la tarde nuevamente se comunico la psicologa con la madre, para continuar con el seguimiento, como le fue con el pediatra ortopedista, la madre refiere que el especialista ya lo reviso y dijo que cirugia no habia necesidad, solo que enyesarle el antebrazo y le mando control dentro de 15 dias, para continuar con el tratamiento médico, y ya me van a dar salida, hoy me voy a quedar en el Tigre donde los abuelos, y regreso mañana pero tarde". Procedo a despedirme y realizarle las recomendaciones de cuidado en casa.
14-Dic 2025	Se realiza seguimiento para conocer la evolución de la recuperación del estado de salud del niño. Se comunica con la madre y se pregunta como sigue juan, la madre refiere "bien gracias a Dios, ya viajamos y estamos en en la casa, mañana si Dios permite lo llevo al CDI voy, voy a entregar la tegor, Procedo a despedirme y realizarle las recomendaciones de cuidado en casa Estefany Blandon
15-Dic 2025	Se realiza seguimiento al estado de salud del menor, se comunica con la madre y se pregunta como sigue juan, la madre refiere "bien gracias a Dios y dice que no le duele" Procedo a despedirme y realizarle las recomendaciones de cuidado en casa. Estefany Blandon A las 4:00am se realiza visita de seguimiento a la madre en compañia de Juan Sebastián se pregunta con quien viven, la madre refiere "vivimos con mi esposo, Juan y mi otro hyo. En la clinica no se tuvo que pagar nada, y le mandaron control con el especialista dentro de 15 dias, pero por la EPS, se demora con un mes den autorizarle, si Dios permite vamos a Pasto ahora en vacaciones miramos si lo llevamos con el especialista de una vez, eso anda como si no le doliera, le mandaron medicamentos para el dolor, pero él dice, para que tome eso, si no me duele nada" Secvidencia que el niño esta activo y no refiere dolor; procedo a despedirme y realizarle las recomendaciones de cuidado en casa Estefany Blandon Linares

Fundación Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Sebastian Herrera. 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	SEGUIMIENTO	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
14 - 5 - 2025	se informa a la madre del niño que tiene la cita de higiene oral. el 14 de mayo. de 2025 la cual tiene plazo hasta el 20 de mayo facilitar.	se recomienda a la madre sacarle cita de higiene oral, luego facilitar la copia realizada.	16 - 5 - 2025. la madre facilita la copia del control de higiene oral.		Leticia Lopez.
7 - 7 - 2025	siendo las 2H20pm el niño se cayo solo en la unidad. la cual se da a conocer a la madre. que en la parte de la frente se lastimo.		el niño presenta en la frente de color verde no hinchado.. 8- 7-2025 el niño asiste con la frente porque esta hinchada.		Leticia lopez.