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: 1122343500

Fecha nacimiento: 29 9 2020

Nombres: Damian Alfredo

Apellidos: Flores Paso

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: Metropolitano

Vereda:

Sector:

Dirección: Diagonal al Coliseo.

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: 1122337228

Nombres: Raquel

Apellidos: Paso Wiwe

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 24 9 1987

Correo electrónico: raquelpaso@gmail.com

Número de celular: 3115700701

Número de fijo:

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

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

Nombre y Firma del padre, madre y/o cuidador: Raquel Paso

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Moyra Vega

Observaciones:

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

Fundación Alma de Vida
Fortaleciendo caminos de esperanza

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:
Damian Alfredo Florez Paso

N° DOCUMENTO: 1.122.343.500 **TIPO DOCUMENTO: RC** X **CC** ___ **OTRO** ___
FECHA DE NACIMIENTO: 24-09-2020 **EDAD:** 4 Años - 6 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: A4 **EPS:** Emssanar **RÉGIMEN (C)**__ **(S)**X
DESPLAZADO: SI X **NO**___ **DISCAPACIDAD: SI**___ **NO** X **¿CUAL?** _____
GRUPO ETNICO: SI___ **NO** X **¿CUAL?** _____
GRUPO AFROCOLOMBIANO: SI___ **NO** X **¿CUAL?** _____
NOMBRE DE LA MADRE: Raquel Paso Cuicue
N° CÉDULA: 1.122.337.228 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Miguel la Dorada
NOMBRE DEL PADRE: Cesar Enrique Flores Guerra
N° CÉDULA: V. 15483.458 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Venezuela.
N° DE CELULAR: _____
NOMBRE DEL ACUDIENTE: Raquel Paso
N° CÉDULA: 1.122.337228 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Miguel
DIRECCIÓN VIVIENDA: B/ Metropolitano **ZONA POBLACIONAL: (R)**___ **(U)** X
NUMERO DE CELULAR 3115700701

Raquel Paso
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO

3

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: N 1220376

NUIP 1.122.343.500

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco X☐

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
FLORES PASU DAMIAN ALFREDO

Fecha de Nacimiento (Mes en letras) | Sexo (en letras) | Tipo Sanguíneo
Año 2020 Mes SEP Día 24 | 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 OCT Día 05 | 0059300713

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
PASU CUICUE RAQUEL

Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.122.337.228 | COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
FLORES GUERRA CESAR ENRIQUE

Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad
DOCUMENTO EXTRANJERO 15483458 | VENEZUELA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
PASU CUICUE RAQUEL

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.122.337.228

Espacio para notas

VALIDO PARA TRAMITES LEGALES Y CIVILES

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio | Código
COLOMBIA PUTUMAYO SAN MIGUEL(LA DORADA) X62

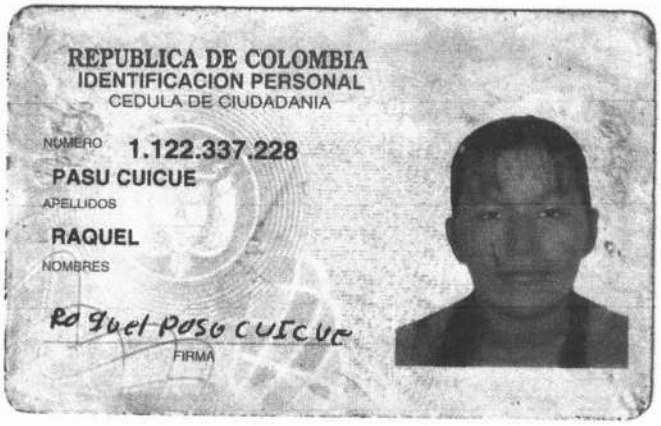
Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)
Año 2020 Mes OCT Día 05

Nombre y firma del funcionario

ROY EDISON CALLE QUIRAMA
Registrador del Estado Civil

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil
26208579-1



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.122.337.228

PASU CUICUE
APELLIDOS

RAQUEL
NOMBRES

Raquel Pasu Cuicue
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 24-SEP-1987
VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.49 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

27-OCT-2005 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-6401800-00255066-F-1122337228-20100913 0023880022A 1 30229441


REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
CEDULA DE IDENTIDAD
V 15.483.458
094
APELLIDOS FLORES GUERRA
NOMBRES CESAR ENRIQUE
Juan Dugarte
Director
Cesar FLORES
FIRMA TITULAR
11/02/1980 SOLTERO
F. NACIMIENTO EDO CIVIL
26/04/2016 04/2026
F. EXPEDICION F. VENCIMIENTO
VENEZOLANO

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: **29/03/2025**

Ficha: **86757674952700001356**

A4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: **DAMIAN ALFREDO**

Apellidos: **FLORES PASU**

Tipo de documento: **Registro civil**

Número de documento: **1122343500**

Municipio: **San Miguel**

Departamento: **Putumayo**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **28/10/2021**

Última actualización ciudadano: **28/10/2021**

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	1122343500
NOMBRES	DAMIAN ALFREDO
APELLIDOS	FLORES PASU
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	24/09/2020	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/13/2025 13:58:15	**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

emssanar EPS
NIT. 901.021.565-8
Registro de Cámara de Comercio
Nº 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 1122343500
Apellidos:	FLORES PASU
Nombres:	DAMIAN ALFREDO
Ficha Sisben:	86757674952700001356
Nivel Sisben:	Nivel I
Grupo Sisben	A04
Tipo de discapacidad:	Ninguna
Plan de salud:	Régimen Subsidiado
Estado de servicio:	Vigente
Fecha de Afiliación:	24/09/2020
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 29 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: Damian Alfredo	Apellidos: Flores P...
Fecha de Nacimiento: 24 / 09 / 2020	Historia Clínica: 1122343500
Barrio/Vereda: Metropolitano	Responsable del Niño: Raquel Pa...
Teléfono: 3115700701	EPS: Emssanar

IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)

IMC (kg/m²)

Edad (en meses y años cumplidos)

2 años 3 años 4 años 5 años

IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)

IMC (kg/m²)

25/09/23 15,8.

24-9-24 IMC 15,8

27/9/25 15,6.

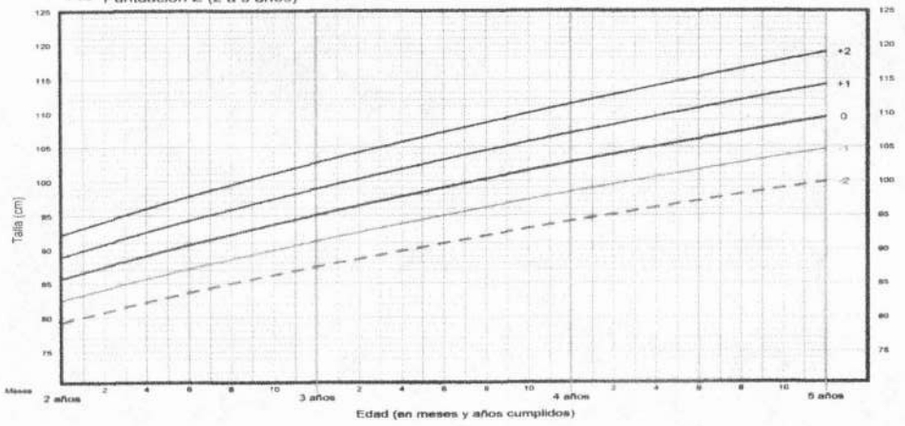
Edad (en meses y años cumplidos)

2 años 3 años 4 años 5 años

19

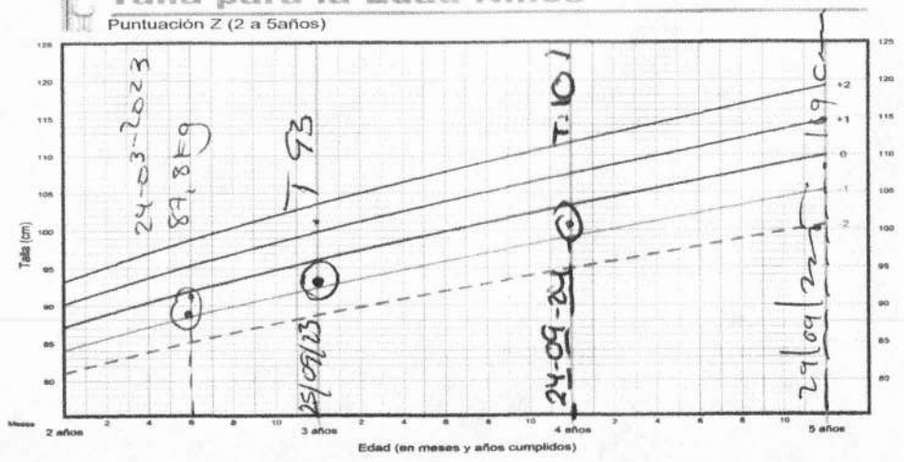
Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



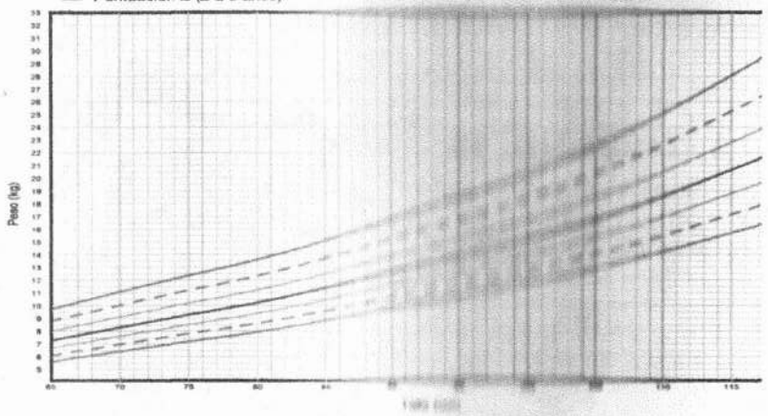
Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5años)



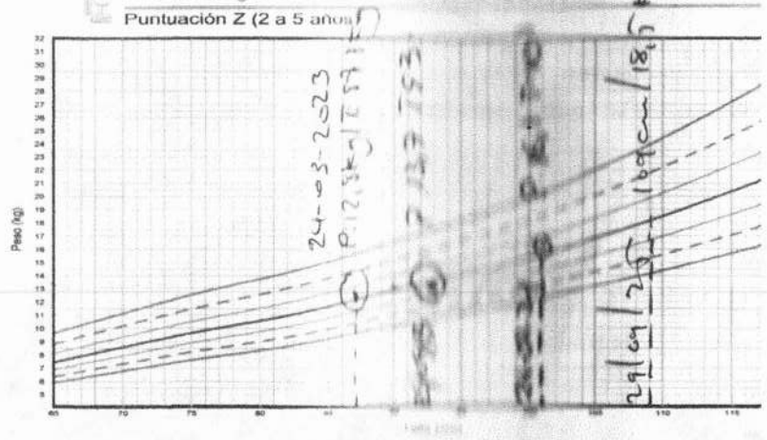
Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIO SI	ASISTIO NO
2730	NOV	2020	[illegible]	SI ✓	
20	enero	2021	Medico.	SI ✓	
25	Marzo	2021	[illegible]	SI ✓	
29	Junio	2021	[illegible] Farmacia	SI ✓	
24	Septiembre 2021		Medico		
28	MARZO	2022	X		
24	SEPTIEMB	2022	XMD. ✓	SI ✓	
30	Marzo	2023	Enf.	SI ✓	
24	Septiembre 2023		Medico	SI ✓	
24	Sept	2024	Enf.	SI ✓ Milena C.	
24	Septiem	2025	Medico		X
29	09	2025	RLJ	✓	
24	09	2026			

Dra. Mayra Cabrera
Medico General
R.M. 6702 [illegible] Duval

CARNET RIAS — **PRIMERA INFANCIA**

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

Mi prioridad es tu salud...



Nombres y Apellidos: Damian Alfredo Florez Pasu

Doc. de Identidad: 1122343500

EPS: Emssanar

Teléfono: 3115700707

Domicilio: Bl Metropolitano

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
ol del recién nacido por médico													
ión en salud por medicina general													
ión en salud por enfermería												24-9-2024	
ión en salud por Odontología							Proximo control					24-septiembre 2025	
ación y apoyo de la lactancia materna													
ación de barniz de flúor												18-3-2025	
axis y remoción de placa													
ación de sellantes (Según Criterio)												18-3-2025	
nación Agudeza visual 20/20 Normal		29/04/2025.						Proximo control				24/09/2026.	

Yuly Vanessa Correa Rodriguez
ENFERMERA PROFESIONAL
C.C. 1094929731

Anyi Pantoja L
ENFERMERA
Reg 1006788488

Visual 20/20 normal 24-9-2024 Higiene oral 18-septiembre 2025 Proximo control

Registro Civil: 14 DTV

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
Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
Tuberculosis B.C.G.	Única	24-09-20	Seru	03768829	HFD		Daniela Zamora
Hepatitis B	Recién nacido	24-09-20	Seru	032G6	HFD		Daniela Zamora
Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐					CITA:	
Polio (Oral - IM)	1ª	25-NOV-20	Sanofi	R3L8910	AFID	24-NOV-2020	Leidy Guerrero
PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	25-NOV-20	Biological	28594032A	HFID		Leidy Guerrero
Rotavirus	1ª	25-NOV-20	GSK	AHJC248AA	HFID		Leidy Guerrero
Neumococo	1ª	25-NOV-20	GSK	ASPNB272BA	HFID		Leidy Guerrero
Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
Polio (Oral - IM)	2ª	25-1-2021		R3189	HFID	CITA	Saoly Martinez
PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	25-1-2021	Serum	28594032A	HFID	25-enero 2020	Saoly Martinez
Rotavirus	2ª	25-1-2021	GSK	AHJC248AA	HFID		Saoly Martinez
Neumococo	2ª	25-1-2021	GSK	ASPNB272BA	HFID		Saoly Martinez
Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.						Cita:	Talya b
Polio (Oral - IM)	3ª	29-3-2021	Serum	20170004	HFID	25/ Marzo 2021	Talya b.
PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	29-3-2021	Serum	28504021B	HFID		
Influenza	1ª	1-8-2022	Green	VS022 08	D	cita.	Eduar I.
Influenza	2ª	20-09-22	Green	VS022208	HFID	24-09-	Roldan
Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	28-09-21	Serum	0130N06A	HFID		Salim M
Fiebre Amarilla	1ª	28-9-21	Sanofi	R30N06	HFID		Salim M
Neumococo	Refuerzo	28-09-21	GSK	ASPNB360DA	HFID		Salim M
Influenza	Anual	29-07-23	Green	VS0520301	HFID		Pulido C
Hepatitis A	ÚNICA	28-09-21	MSD	1C12.498	HFID		Salim M
Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1' Refuerzo	3-2-2022	Serum	2820X009B	HFID		Talya b
Polio (Oral - IM)	1' Refuerzo	3-2-2022	Serum	1801P002	HFID		Talya b
Polio (Oral - IM)	2° Refuerzo	14/09/25	Biological	L32403	HFID		Eduard IB
Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2° Refuerzo	29/09/25	Serum	28HM0123	HFD	Cita:	Eduard IB
Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo	27-05-2023	Serum	0131N08A	HFID	28-oct-21	Colcer
VPH	1ª					Cita a los 5 AÑOS	
VPH	2ª						
VPH	3ª						
Varicela	Ud	24/09/25	merck	202413	HFID		Eduard IB
Varicela	Ud	28-09-21	merck	T026794	HFID	cita	Salim M
SR		3-2-2022	Serum	0129W237	HFID	9 AÑOS	Talya b

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.

CIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO
IÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA
er | Fecha:
MER CONTROL MÉDICO
de vida | Fecha:
MIENTO POR ENFERMERÍA

a de cita ramada	Fecha en que asistió	Profesional que atendió

recibir suplementos con Hierro y Vitamina
los 6 meses hasta los 5 años de edad, de
la estrategia **AIEPI**.

cha	Edad	Fecha
	42 meses	
	48 meses	
	54 meses	
	60 meses	
	66 meses	

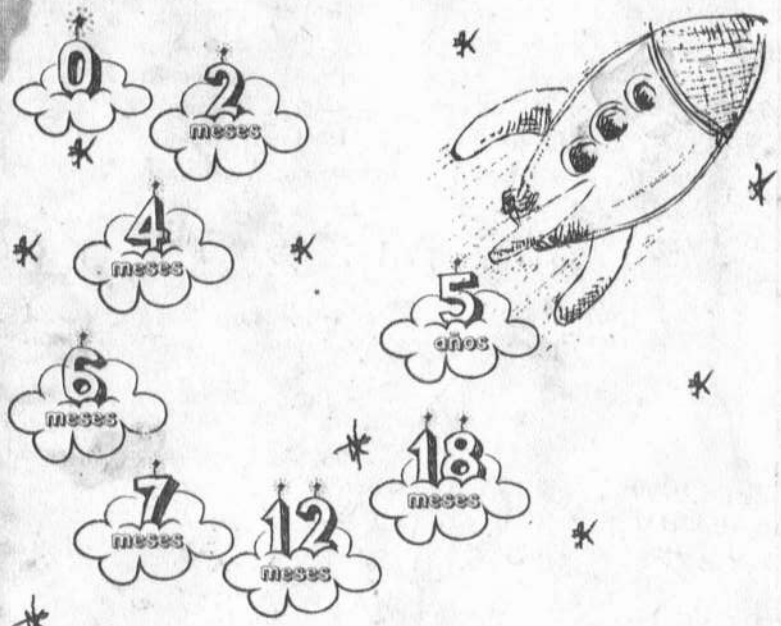
debe realizar toma de TSH al momento
de hipotiroidismo.

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 protejerla hoy

de cero a Siempre
ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Damian Alfredo Flores Po
Fecha de nacimiento: 24-09-2020
Nº de certificado de nacido vivo: _____
Registro civil: NI 1122343500
Sexo: MASCULINO
Grupo sanguíneo: O+
Peso al nacer: _____
Dirección: METROPOLITANO
Teléfono: _____
Responsable: Raquel Pasu
Municipio de residencia: San Miguel
Departamento: Putumayo

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

16
E/V

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

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

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL

La salud es de todos — Minsalud

CIUDAD San Miguel FECHA: DÍA 05 MES 04 AÑO 2025 HORA: 8.00 A.M

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Damian Alfredo APELLIDOS Flores Pacu

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1.122.343.500

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 24 MES: 09 AÑO: 2020/ EDAD: 4 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Emssanar Tel: 3115706701

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

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

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

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

miedo a la reacción

¿CÓMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides).
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar Ninguna Esquema que tiene esta vacuna: Dos dosis [ ] ó dosis única [ ]
BENEFICIOS	Prevención de la enfermedad COVID-19, causada por el virus SARS-CoV-2. Reducción de la severidad de la enfermedad en caso de presentarse. Potencial protección del entorno familiar y los allegados.
RIESGOS	Presentación de efectos adversos a corto y mediano plazo posterior a su aplicación como: dolor en el sitio de inyección, dolor de cabeza (cefalea, articulaciones (artralgia), muscular (mialgia); fatiga (cansancio); resfriado; fiebre (pirexias); enrojecimiento e inflamación leve en el lugar de la inyección; inflamación de los ganglios (linfadenopatia); 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:** 1 que se me aplique la vacuna.

Firma de la persona: _____

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

Nombres Raquel Apellidos Pasu

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 1122337228

Firma: Raquel Pasu

En caso de requerirse firma a ruego:

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

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

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

de _____

Huella dactilar o plantar del Rogante

Firma del Rogado

C.C. N° _____

C.C. N° _____

Nombres y apellidos del vacunador: Isabel Arias Erazo

Firma Isabel Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1004695938

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HUC

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.

MI CARNET DE HIGIENE ORAL

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SIBUNDOY
E.S.E. HOSPITAL PERPETUO SOCORRO
NIT. 846000XXX-8 PUTUMAYO
TEL. CONMUTADOR 4 LOCAL No 1 MAYO

E.P.S. Emssanar
Nombres: Carmen Alfredo
Apellidos: Florez Palo
Sexo: M X F Fecha de Nacimiento 24 09 2020
Identificación: RC 1122343500 N.H.C.
Dirección: Salud con Calidad

RECOMENDACIONES

- Visite a su médico semestralmente.
- Cepillese los dientes mínimo 5 veces al día.
- Mantenga una dieta balanceada.
- Acostúmbrese a usar seda dental en cada cepillada.

I.A.M.I. INICIATIVA INSTITUCIONAL AMIGAS DE LA MUJER Y DE LA INFANCIA

FECHA	PROCEDIMIENTO				PROXIMA CITA
	CP	S	F	D	
27-12-22	X		X		27 JUNIO-23
27-06-23	X		X		27 DICI-23
05-02-24	X	X	X		05 Agosto-2024
21-08-24	X	X	X		21-02-25
16-09-24	X		X		17-03-25.
18-03-25	X	X	X		18-Sep-2025
18-9-25	X	X	X		18 Marzo-2026

Liliana Maribel Córdoba
HIGIENISTA ORAL

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 Damian Alfredo Florez Paso, identificado (a) con documento de identidad número 1122.393.509 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, Raquel Paso, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1122337.228, 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 Fundacion 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: Raquel Paso
Nombre: Raquel Paso
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3115700701
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

Raquel Pasu Cucue
Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Agente educativa

Huella del niño/niña



EMPRESA DE ENERGÍA DEL BAJO PUTUMAYO S.A. E.S.P.
Nit. 846.000.553-0 - NUIR: 2-86568000-7
Autorretenedores Res. 547 de 25/01/2002
Responsables de IVA

"Generamos Desarrollo con Energía"

Vigilado Superservicios

Código de Suscripción	SM 37204	Pago oportuno hasta:	02-ABR-2025	Mes Facturado
Factura Nro.	2037042948	Suspensión a partir de:	03-ABR-2025	MARZO 2025

1. Información General

Nombre:	DIEGO ARMANDO DIAZ ENRIQUEZ			Último pago	$ 35,500
Dirección:	BR METROPOLITANO	08-MAR-2025	Tuve servicio de energía entre:	19-FEB-2025 - 20-MAR-2025 (29)	22-MAR-20

Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Área	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Tarifa	División Geopolítica
SM1	S104	46	1	RESIDENCIAL	URBANA	1	15	AEREA	EMPRESA	105	SAN MIGUEL - METROPOLITANO

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 + Transmisión + Distribución + Comercialización + Pérdidas + Restricción = CU ($/KwH)

Generación	Transmisión	Distribución	Comercialización	Pérdidas	Restricción	CU
527.60	49.85	253.23	121.95	70.79	14.68	1,038.10

2A. Información Medidor

Marca	Serial	Factor Múltiplo
HIK	16307459	

2B. Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	4094	4038
Reactiva:		

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

2C. Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	56		
Consumo Reactiva KVarh:	0		
Costo del consumo $	58133.6		
Tarifa (hasta 173 Kwh):	415.24		
Subsidio: %	60	$	-34880.16
Contribución: %	0	$	0
Sub Total $	23253.44		

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

2D. Consumo Ultimos 6 Meses

Mes	Consumo
2025/Feb	68
2025/Ene	57
2024/Dic	52
2024/Nov	80
2024/Oct	70
2024/Sep	79

Promedio: 68

2E. Información Calidad del Servicio

Tel. O.R. EEPB 01 8000 942415
Transformador SLD115 Grupo 22
DIUG 30.24 FIUG 19 Circuito C14
Cargo D 249.01 Dscto %t 20
CEC 68.73
DIU 81.94 FIU 96.00
HC 6.56 VC 4.00
Valor a compensar: 6,846.23

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	58,133.60	0	0.00	58,134
SUBSIDIO	-34,880.16	0	0.00	-34,880
AJUSTE A SUBSIDIO	-1,320.10	0	0.00	-1,320
COMPENSACION RES.CREG_015/2018	-6,846.23	0	0.00	-6,846
AJUSTE A LA DECENA	2.31	0	0.00	2

5. Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP

17,625

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	3,835	0	3,835

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	=	Debo pagar en Total
17,625		3,835		6,000		0		27,460

CUFE:

1690ef7af7482379f79e6704ab3951e1e21077999cde520f5c46eced56d29a
6895f7b4b70eb14fd20077cb1b3c78ecf42

(415)7709998005532(8020)1006203704294846(3900)0000027460(96)20250402

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

www.eebpsa.com.co @eebpsaesp /eebpsa

Fac. Electronica: EEBP 168289

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

DAÑADA

Esta Factura presta Mérito Ejecutivo de acuerdo a las Normas del Derecho Civil y Comercial Ley 142 Art. 130

Proveedor Tecnologico: dispapeles S.A.S. NIT: 860026580-2 Software: fact-e

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre 24 P.2 H 1

Ciudad La Parada San Miguel

Nombre completo de la niña o niño Damian Alfredo Flores Pasu

Fecha de nacimiento 24 09 2020 **N° Documento de Identidad** 1122343500

Sexo Masculino ⊗ Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** 16 4 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Mayra R. Vega

Fecha de registro cualitativo Día 14 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 Damian demuestra sus habilidades sociales motrices así mismo le gusta bailar y jugar con la pelota se emociona cuando hay celebraciones locales como nacionales. Además expresa sus ideas y propone soluciones ante el juego, es atento, cariñoso y participativo también perseverante hasta lograr lo que quiere. se continuará con las actividades pedagogicas 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 Día 3 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 Damian. ha desarrollado diferentes habilidades motoras que le permite un buen manejo con pincel. También destreza social que le ayuda relacionarse e interactuar con los demás y con lo que lo rodea. Así mismo reconoce colores y formas y entiende conceptos de uno y muchos. se continuará con las actividades 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 tativa ⇨	Relación con los demás																Relación consigo misma/o												Relación con el mundo								
	Comunicación						Interacción						Construcción de normas				Identidad						Autoestima			Manejo corporal			Conocimiento de los objetos			Relaciones de causalidad			Representación de la Realidad Social		
	Verbal			No verbal			Independencia			Cooperación			Autonomía				Personal			Social																	
	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a		1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a
0 a 6 meses	1 2 3	1 2 3	1 2 3	4 5	4 5	4 5	6 7	6 7	6 7	8 9	8 9	8 9	10	10	10		11 12 13	11 12 13	11 12 13	14 15	14 15	14 15	16 17 18	16 17 18	16 17 18	19 20 21 22	19 20 21 22	19 20 21 22	23	23	23	24	24	24	25	25	25
6 meses y 1 día a 12 meses	1 2	1 2	1 2	3 4	3 4	3 4	5 6 7 8	5 6 7 8	5 6 7 8	9 10	9 10	9 10	11 12 13 14	11 12 13 14	11 12 13 14		15 16 17 18	15 16 17 18	15 16 17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22	22	22	23 24 25 26	23 24 25 26	23 24 25 26	27 28	27 28	27 28	29 30 31	29 30 31	29 30 31	32 33	32 33	32 33
1 año y 1 día a 2 años	1 2	1 2	1 2	3 4 5	3 4 5	3 4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9 10	9 10	9 10	11 12	11 12	11 12		13 14	13 14	13 14	15 16	15 16	11 16	17 18 19	17 18 19	17 18 19	20 21	20 21	20 21	22 23	22 23	22 23	24	24	24	25 26	25 26	25 26
2 años y 1 día a 3 años	1 2 3	1 2 3	1 2 3	4 5	4 5	4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9	9	9	10 11 12	10 11 12	10 11 12		13 14	13 14	13 14	15	15	15	16 17 18	16 17 18	16 17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22 23 24	22 23 24	22 23 24	25 26	25 26	25 26	27	27	27
3 años y 1 día a 4 años	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9 10 11	9 10 11	9 10 11	12	12	12	13 14 15 16	13 14 15 16	13 14 15 16		17 18	17 18	17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22 23 24 25	22 23 24 25	22 23 24 25	26 27	26 27	26 27	28 29 30	28 29 30	28 29 30	31 32 33 34	31 32 33 34	31 32 33 34	35 36	35 36	35 36
4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días	1 2	1 2	1 2	3	3	3	4 5	4 5	4 5	6 7	6 7	6 7	8	8	8		9 10	9 10	9 10	11 12	11 12	11 12	13 14	13 14	13 14	15	15	15	16 17	16 17	16 17	18	18	18	19 20	19 20	19 20

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

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: 11/10/2025 No. De inscripción: Grado al que se inscribe: 0 Municipio: San Miguel E. Educativo IETCL

DATOS DEL ESTUDIANTE

APELLIDOS: Flores Pasu NOMBRES: Damian Alfredo

LUGAR DE NACIMIENTO: San Miguel FECHA DE NACIMIENTO: DÍA 24 MES 09 AÑO 2020

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

No. Documento 1122343500 EXPEDIDA EN San Miguel

CON QUIEN VIVE? Papá y Mamá ☐ Mamá X Papá ☐ Abuelos ☐ Número de hermanos: 3

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 A1 ESTRATO 1 ¿PERTENECE A FAMILIAS EN ACCIÓN? SI X

¿HIJO VETERANO FUERZA PÚBLICA? SI ___ NO ___

¿BENEFICIARIOS HÉROES DE LA NACIÓN? SI ___ NO ___

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

DATOS FAMILIARES

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

NOMBRE DE LA MADRE O ACUDIENTE: Raquel Pasu C.C. No: 11.223337228 DE San miguel OCUPACIÓN Amalias

DIRECCIÓN RESIDENCIA: ___ BARRIO: Metropolitano VEREDA ___ ZONA URBANA X RURAL ___

TELÉFONO CASA ___ TELÉFONO CELULAR PADRE: ___ TELÉFONO CELULAR MADRE 3115700701 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

Raquel Pasu Cuicue

FIRMA DEL PADRE DE FAMILIA o ACUDIENTE

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

Fundación Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Damian A. Flores. 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)
6-6-2025	La madre envia un mensaje por medio de what sapp manifestando que el niño amaneció con fiebre y anoche vomito.	Se le recomienda a la madre llevarlo al medico. y brindarle los cuidados necesarios.	9-6-2025. el niño asiste con pocos. la madre refirió que si presenta fiebre la llamen.		Raquel Paso
7-7-2025	El niño asiste a la unidad con el lado de la vista del lado izquierdo, donde la madre expresa que es un orgullo	se le recomienda a la madre. tener mas cuidado e informar	El niño ya presenta más desinchado el ojo.		Raquel Paso