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: 1122343652

Fecha nacimiento: 13 03 2021

Nombres: Brian Andres

Apellidos: Beltran Ortiz

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: la libertad

Vereda:

Sector:

Dirección:

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: 1006.997816

Nombres: Miriam Marcela

Apellidos: Ortiz Taicus

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 01 08 2001

Correo electrónico: marcelitaortiz@gmail.com

Número de celular: 3223183527

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: Miriam Marcela Marcela Ortiz

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Mayra Vega

Observaciones:

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
Fomentando caminos de esperanza

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:
Brian Andres Beltran Ortiz

N° DOCUMENTO: 1.122.343.654 **TIPO DOCUMENTO: RC** X **CC** ___ **OTRO** ___
FECHA DE NACIMIENTO: 13-03-2021 **EDAD:** 4 AÑOS
LUGAR DE NACIMIENTO: San Miguel (la Dorada)

NOMBRE DE LA UDS: C.D.I Fronteras d paz
CODIGO UDS: 86757112697 **BARRIO/VEREDA:** B/ 7 de agosto
FECHA DE INGRESO: 1-04-2025 **FECHA DE RETIRO:** _____

SISBEN: B4 **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: Mirian Marcela Ortiz Taicos
N° CÉDULA: 1.006.997.816 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Miguel
NOMBRE DEL PADRE: _____
N° CÉDULA: _____ **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** _____
N° DE CELULAR: _____
NOMBRE DEL ACUDIENTE: Mirian Marcela Ortiz
N° CÉDULA: 1.006.997.816 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Miguel
DIRECCIÓN VIVIENDA: C/ la libertad **ZONA POBLACIONAL: (R)**__ **(U)** X
NUMERO DE CELULAR 3223183527

Marcela Ortiz
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** 1220561

NUIP 1.122.343.652

Tipo de certificado	Datos Esenciales ☐	Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
BELTRAN ORTIZ BRIAN ANDRES

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)											Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año	2	0	2	1	Mes	M	A	R	Día	1	3	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	2	0	2	1	Mes	M	A	R	Día	1	5	0061318398

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
ORTIZ TAICUS MIRIAM MARCELA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.006.997.816	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
BELTRAN MORENO EIDER ANDRES

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.118.023.332	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
BELTRAN MORENO EIDER ANDRES

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.118.023.332

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: X 6 Z

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)											
Año	2	0	2	1	Mes	M	A	R	Día	1	5

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
Adhesivo Copia Registro Civil
26209120-5

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.006.997.816**

ORTIZ TAICUS

APELLIDOS

MIRIAM MARCELA

NOMBRES

Marcela Ortiz

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-AGO-2001**

VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)
(PUTUMAYO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

06-AGO-2019 SAN MIGUEL(LA DORADA)

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-6401800-01103701-F-1006997816-20191017 **00683**25199A 1 51874522

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

B4

Fecha de consulta: 26/03/2025

Ficha: 86757519952700000001

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: BRIAN ANDRES

Apellidos: BELTRAN ORTIZ

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122343652

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 17/03/2021

Última actualización ciudadano: 17/03/2021

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 MONTE

Dirección: Carrera 4 Calle 7 Esquina La Liber

Teléfono: 4210537 - 32131387

Correo Electrónico: sisben@sanmiguel-putumayo.gov

ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1122343652
NOMBRES	BRIAN ANDRES
APELLIDOS	BELTRAN ORTIZ
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	19/03/2021	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/13/2025 13:48:56	**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

7

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 1122343652
Apellidos:	BELTRAN ORTIZ
Nombres:	BRIAN ANDRES
Ficha Sisben:	86757519952700000001
Nivel Sisben:	Nivel I
Grupo Sisben	B04
Tipo de discapacidad:	Ninguna
Plan de salud:	Régimen Subsidiado
Estado de servicio:	Vigente
Fecha de Afiliación:	19/03/2021
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

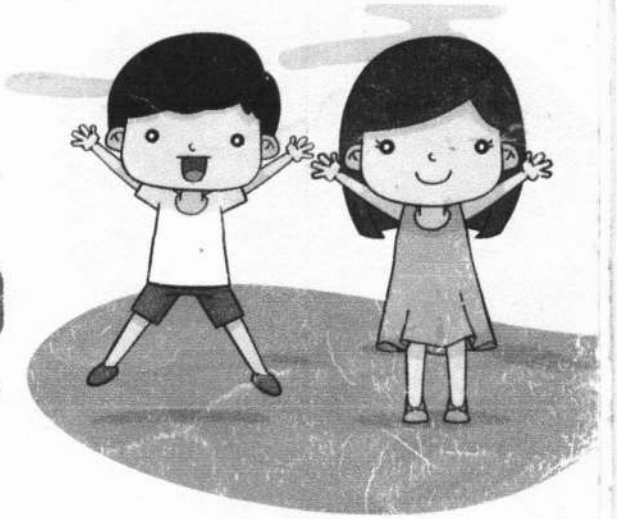
En constancia se firma el 26 de Marzo de 2025 a solicitud del interesado.

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

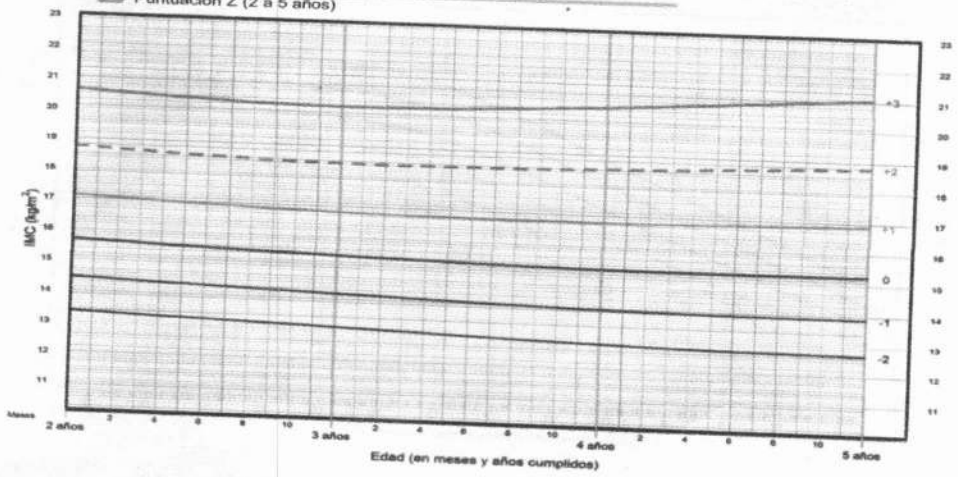


Mis Datos

Nombres: BRIAN ANDRES	Apellidos: BEITRAN ORTIZ
Fecha de Nacimiento: 13 DIA | 03 MES | 2021 AÑO	Historia Clínica: 1122343652
Barrio/Vereda: B/ 7 AGUSTO	Responsable del Niño: MARCELA ORTIZ.
Teléfono: 3118752120	EPS: 18

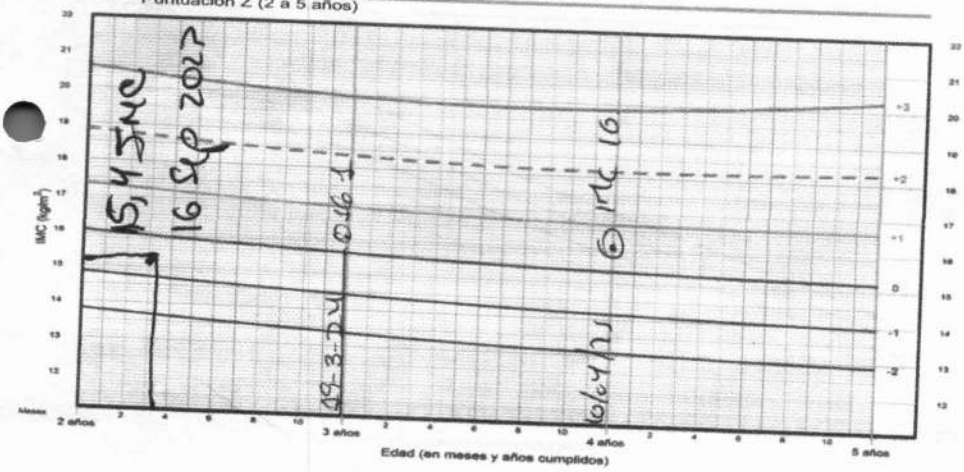
IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



IMC para la Edad Niños

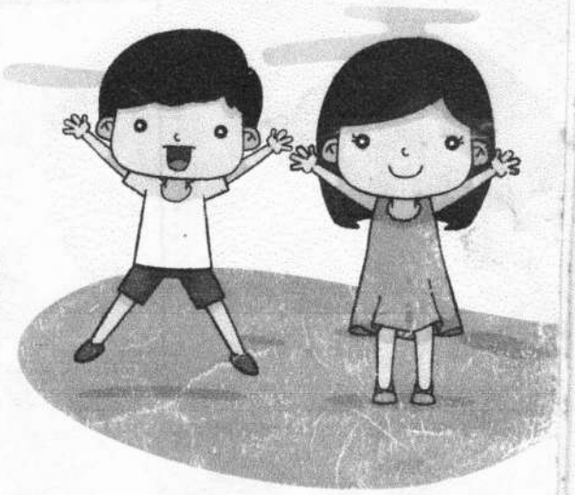
Puntuación Z (2 a 5 años)



10
R/V

CARNET DE CONTROL

Niño y Niña SANOS

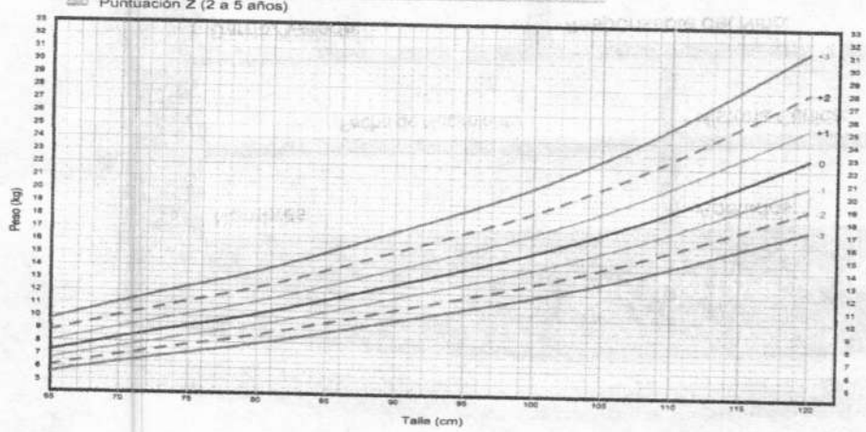


Mis Datos

Nombres: BRIAN ANDRES	Apellidos: BEITRAN ORTIZ
Fecha de Nacimiento: 13 DIA | 03 MES | 2021 AÑO	Historia Clínica: 1122343652
Barrio/Vereda: B/ 7 AGUSTO	Responsable del Niño: MARCELA ORTIZ.
Teléfono: 3118752120	EPS: 148

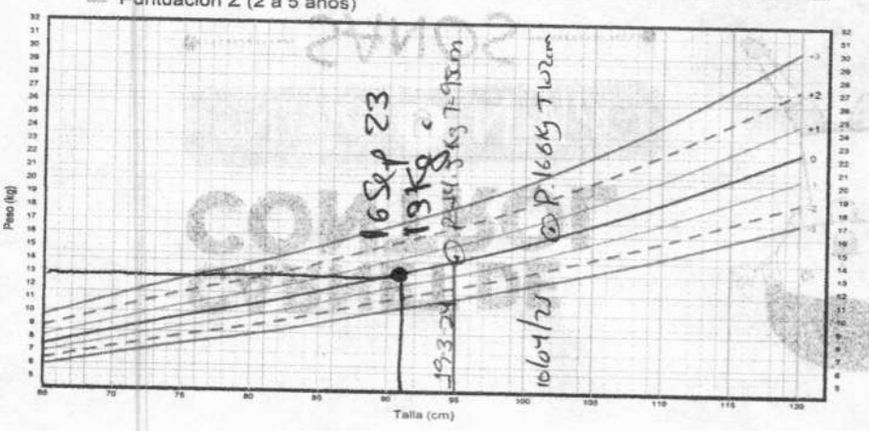
Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)

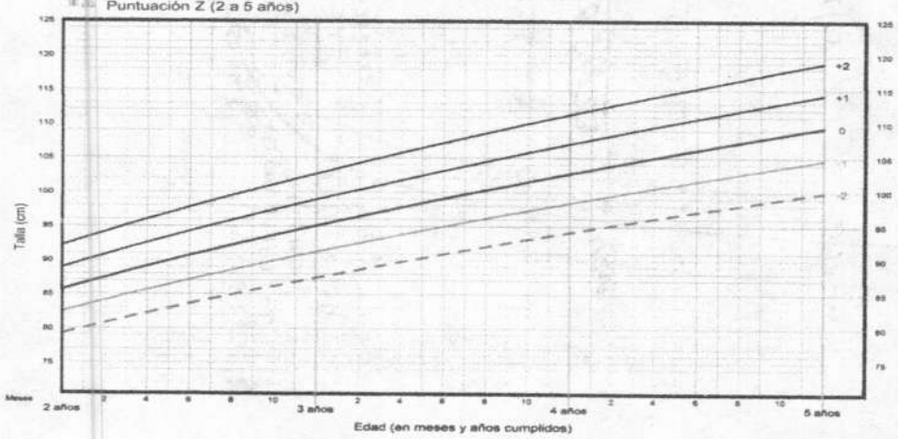


Perímetro Cefálico Niños
Puntuación Z (0 a 5 años)
Perimetro cefálico (cm)
Nacimiento
1 año
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)
14-05-2021
14/09/21
15-09-21
15-12-2021
16/03/2022
16-3-23
10 8 23
19-03-24
6/4/25
Perímetro Cefálico Niñas
Puntuación Z (0 a 5 años)
Perimetro cefálico (cm)
Nacimiento
1 año
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)

13

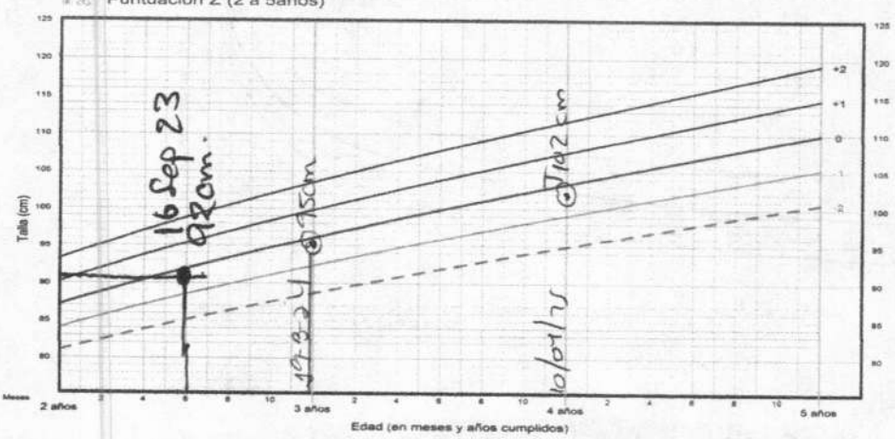
Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5años)



CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIO SI	ASISTIO NO
13	05	2021	x enfermera		
13	Julio	2021	Medico	SI ✓	
14	Sep	2021	Enf	SI	
14	Diciembre	2021	Enfermera	SI ✓	
Control pap = 15-01-2022					
14.	Marzo	2022.	Médico	✓	
16	[illegible]	2023	[illegible]	✓	
16	Sept	2023	Enf.	✓ MD	
16	Marzo	2024.	FC: 19-3-24 MD		
13	Marzo	2025	Enf.		
10	Abril	2025	Enf	Si	P. Pfr
13	mano	2026	Med.		

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

Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

Dirección: B/ el Paraíso Cra 7 # 1-36 Teléfono Conmutador: 4210533 - móvil: 3134821413

CARNET RIAS **PRIMERA INFANCIA**

E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA
Mi prioridad es tu salud



Nombres y Apellidos: Brian Andres Beltran ortiz
Doc. de Identidad: 1122343652
EPS: Emssanar
Teléfono: 3507981163
Domicilio: B/ San Juan Bosco.

		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	3A	4A	5A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico													
		Atención en salud por medicina general													
		Atención en salud por enfermería												28-4-2025	
		Atención en salud por Odontología							proximo		(control)		13 mar 20		2026
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor											13-12-2024		
		Profilaxis y remoción de placa													
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	>	Vacunación													

Lizeth Jiménez Trujillo
Enfermera Profesional
R. 22083
Universidad de Caldas

Agudeza visual 20/20 normal 10-4-25 Higiene oral 13-Junio 2025 proximo control

PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO			
IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA			
Al momento de nacer	Fecha:		
PRIMER CONTROL MÉDICO			
Durante el primer mes de vida	Fecha:		
SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA			
Edad	Fecha de cita programada	Fecha en que asistió	Profesional que atendió
1 a 3 meses			
4 a 6 meses			
7 a 9 meses			
10 a 12 meses			
13 a 16 meses			
17 a 20 meses			
21 a 24 meses			
25 a 30 meses			
31 a 36 meses			
37 a 48 meses			
49 a 60 meses			
61 a 66 meses			
67 a 72 meses			
73 a 78 meses			
79 a 84 meses			
8 años (1)			
8 años (2)			
9 años			

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

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

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

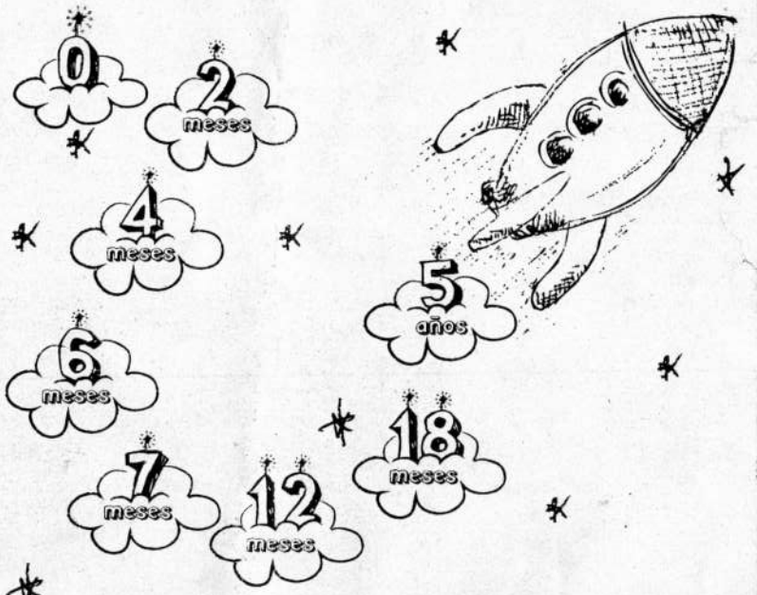
Valor reportado TSH:	
Fecha verificación:	
Profesional que verificó:	

Exíjalo

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

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

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



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

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

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

AIEPI
Porque mi vida hoy que protegerla hoy

de cero a Siempre
ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

16

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Brian Andres Beltran Ortiz
Fecha de nacimiento: 13-3-2021
Nº de certificado de nacido vivo: _____
Registro civil: 1122343652
Sexo: Masculino
Grupo sanguíneo: _____
Peso al nacer: 2.900
Dirección: B/ libertad
Teléfono: _____
Responsable: Maicela Ortiz
Municipio de residencia: San Miguel
Departamento: Putumayo

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

Nombre: ..... **Regist 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	13-3-2021	Serum	03Q002A	HFID		Talya 6
	Hepatitis B	Recién nacido	13-3-2021	Serum	S03232A	HFID		Talya 6.
2 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐					cita.	
	Polio (Oral - IM)	1ª	18-5-2021	Serum	2077004	HFID	13/Mayo/2021	Talya 6
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	18-5-2021	Serum	2850Y021B	HFID		Talya 6
	Rotavirus	1ª	18-5-2021	GSK	ASPNB805BA	HFID		Talya 6
	Neumococo	1ª	18-5-2021	GSK	ABOIC772	HFID		Talya 6.
4 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐					cita.	
	Polio (Oral - IM)	2ª	27-7-2021	Serum	2077004	HFID	18/Jolio/2021	Talya 6
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	27-7-2021	Serum	2850Y021B	HFID		Talya 6
	Rotavirus	2ª	27-7-2021	GSK	ASPNB805B	HFID		Talya 6
	Neumococo	2ª	27-7-2021	GSK	ABOIC772B	HFID		Talya 6.
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.						cita. 27/Sep/2021	
	Polio (Oral - IM)	3ª	28-9-2021	Serum	2017004	HFID		Talya 6
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	28-9-2021	Serum	2850Y018D	HFID		Talya 6
	Influenza	1ª	28-9-2021	GSK	V3C13	HFID	cita	Talya 6
7 Meses	Influenza	2ª	2-11-2021	Serum	V3C13	HFID	28/10/2021	Talya 6.
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	15-3-2022	Serum	0130N113B	HFID		Talya 6
	Fiebre Amarilla	1ª	15-3-2022	Sanofi	T3624	HFID	cita	Talya 6
	Neumococo	Refuerzo	15-3-2022	GSK	ASPNB315BA	HFID	13/3/2022	Talya 6
	Influenza	Anual	08-6-22	Green	V502224U3	HFID		Talya 6
	Hepatitis A	ÚNICA	15-3-2022	MSD	T036268S	HFID		Talya 6.
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1° Refuerzo	30-09-22	Serum	2821001ZB	HFLP	cita.	
	Polio (Oral - IM)	1° Refuerzo	30-09-22	BIOS	2140003	HFLP	15/Abril/2022	
5 Años	Polio (Oral - IM)	2° Refuerzo					SR.	
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2° Refuerzo						
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo	12/09/23	Serum	0131N071A	HCID	CITA: 26-Sept-2022.	Eduard IB
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª						
	VPH	2ª			Cita 5 ANOS			
	VPH	3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis	SR	Varicela	15-3-2022	Merck	U0006722	HFID		Talya 6.
		Rf	30-09-22	Serum	0122022	HFLP		palac

Estas vacunas son gratuitas

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

18

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 06 MES 05 AÑO 2025 HORA: 8:06

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Brian Andres APELLIDOS Beltran Ortiz

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1122343652

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 13 MES: 03 AÑO: 2021 / EDAD: 4 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Emsanar

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)

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

EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD

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

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

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

Firma de la persona: °Marcela Ortiz

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

Nombres Miriam Marcela Apellidos Ortiz Taicus

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1006997816

Firma: °Marcela ortiz

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

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS):

DEPARTAMENTO/DISTRITO: MUNICIPIO:

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.

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL
E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA
NIT. 846.002.368-9
TEL. 4210533-4210534. LA DORADA - PUTUMAYO

MI CARNET DE HIGIENE ORAL

E.P.S. Emssanar

Nombres: Brian andres Beltran

Apellidos:

Sexo: M F Fecha de Nacimiento 13 03 21

Identificación: 1122343652

Dirección: N.H.C.

Salud con Calidad!

FECHA	PROCEDIMIENTO				PROXIMA CITA
	CP	S	F	D	
02-05-22	X			X	02-11-22.
17-11-22	X			X	17-MAYO-23
17-05-23	X			X	17-NOV-23
16-11-23	X			X	16-MAYO-24
16-05-24	X			Y	16/11/24
12-12-24	X			X	13-06-25
20-06-25	X			X	20-12-2025

Nancy Cortes
HIGIENISTA ORAL
RS. 86-00192

Nancy Liliana Vargas

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 Blas Andres Beltran Ortiz, identificado (a) con documento de identidad número 1.122.343.652 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, Vivian Marcela Ortiz, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1.006.997.815 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: Marcela Ortiz
Nombre: Vivian Marcela Ortiz
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3507981163
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

Marcela Ortiz
Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Agente educativa

Andrés Beltran.
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 50133-2	Pago oportuno hasta:	06/03/2025	Mes Facturado
Factura Nro	2037005879	Suspensión a partir de:	07/03/2025	FEBRERO 2025

1.Información General

Nombre:	JAIR SANCHEZ	Último pago	$ 35,420
Dirección:	BARRIO LIBERTAD	Tuve servicio de energía entre:	17-ENE-2025 - 17-FEB-2025 (31)

Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Área	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Código Tarifa	División Geopolítica
SM1	S101	24	1	RESIDENCIAL	URBANA	1	.23	AEREA	EMPRESA	105	SAN MIGUEL - LA LIBERTAD

Tipo de Documento	Fecha y hora de Emisión	Fecha y hora de Generación	Medio de Pago	Forma de Pago	Factura Electrónica de Venta
FACTURA DE VENTA	25/02/25	25-FEB-25	PAGO EN EFECTIVO	CONTADO	EEBP - 121116 0

2.Información Consumo Energía

Componentes de Costo (CU)*: Generación 502.93 + Transmisión 56.03 + Distribución 249.01 + Comercialización 113.93 + Pérdidas 69.39 + Restricción 10.41 = CU 1001.69 ($/KwH)

2A.Información Medidor

Marca	Serial	Factor Múltiplo
UNI	2020016911	1

2B.Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	1001	923
Reactiva:		

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

2C.Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	78	
Consumo Reactiva KVarh:	0	
Costo del consumo $		78132.59
Tarifa (hasta 173 Kwh):		402.78
Subsidio: %	59.79 $	-46718.91
Contribución: %	0 $	0
Sub Total $		31413.68

Meses en deuda: 1 — % Tasa Interés Moratorio: 0.5

2D.Consumo Últimos 6 Meses

	Mes	Activa	Reactiva
2024	AGOSTO	83	0
2024	SEPTIEMBRE	81	0
2024	OCTUBRE	77	0
2024	NOVIEMBRE	79	0
2024	DICIEMBRE	73	0
2025	ENERO	76	0
	PROMEDIO	78	0

2E.Información Calidad del Servicio

Tel. O.R EEBP: 01 8000 942415
Transformador: SLD101 Grupo: 22
DIUG: 30.24 FIUG: 19 Circuito: C14
Cargo D: 257.1933 Dscto %t: 20
CEC: 76.13
DIU: 76.62 FIU: 95
HC: 1.22 VC: 4
Valor a Compensar: 7832.28

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	78,132.59	.00	.00	78,132.59
SUBSIDIO	-46,718.91	.00	.00	-46,718.91
COMPENSACION RES.CREG_015/2018	-7,832.28	.00	.00	-7,832.28
AJUSTE A LA DECENA	-4.40	.00	.00	-4.40

5.Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP 23,577

6.Información Facturación Convenio Impuesto Alumbrado Públi

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	5,113	0	5,113

7.Información Facturación Convenio Aseo y Alcantarillad

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
Aseo*				6,000	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

Total EEBP	+ Total Impuesto Alumbrado público	+ Total Aseo y/o Alcantarillado	+ Total Otros Convenios	= Debo pagar en Total
23,577	5,113	6,000	0	$ 34,690

CUFE: f63c686a00f0b42d18bc21072247291d01c8f803f30a87d8b9a10ce615187d1f2e3d31f8dac8dacb6019fceb327e87ca

(415)7709998005532(8020)1000203700587999(3900)0000034690(96)20250321

Paga fácil por Internet en www.eebpsa.com.co
www.eebpsa.com.co @eebpsaesp /eebpsa

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

Proveedor Tecnológico: dinagsoles S.A.S. NIT: 860028580-3 Software: fact

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad La Dorada San Miguel

Nombre completo de la niña o niño Brian Andres Beltran Ortiz

Fecha de nacimiento 13 03 2021 **N° Documento de Identidad** 1122343652

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Mayra Rocio Vega

Fecha de registro cualitativo 25 Mes 7 2025

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

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

Observaciones generales Andres. ha desarrollado diferentes habilidades motrices que le permite su cuerpo. también es atento, cariñoso, participativo le gusta trabajar en grupo y hacer amigos. así mismo trata de ser más independiente. en el aseo personal. demuestra la perseverancia ante algo que no puede hasta lograrlo.
se continuara con las actividades pedagógicas programadas.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Mayra R. Vega.

Fecha de registro cualitativo Día 2 Mes 10 Año 2025

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

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

Observaciones generales Andres le gusta explorar y aprender a través del juego y la interacción social. de forma cooperativa y comportiendo con los demás Expresa sus ideas y sentimientos, entiende instrucciones sencillas y participa en conversaciones cortas.

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"
Macro proceso: C Gestión de la Cobertura Educativa

FORMATO DE INSCRIPCIÓN

Página 1 de 1

Código: C03.03.F01
Versión: 1.0

Fecha: 14/11/2025 No. De inscripción: Grado al que se inscribe: 0 Municipio: San Miguel E. Educativo Awa Matina.

DATOS DEL ESTUDIANTE

APELLIDOS: Beltran Ortiz NOMBRES: Brian Andres.

LUGAR DE NACIMIENTO: San Miguel FECHA DE NACIMIENTO: DÍA 13 MES 03 AÑO 2021

Genero: M X F ☐ EDAD: 4 años Tipo de Documento: RC X TI ☐ CC ☐ PE ☐ CE ☐ Cer. Cab. ☐ NES ☐

No. Documento 1.122.343.652 EXPEDIDA EN San Miguel ptyo.

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

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 ____

NOMBRE DE LA EPS A LA CUAL ESTÁ AFILIADO Emssanar

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

CUAL ____ TIPO DE SANGRE: O+ (Si presenta alguna discapacidad favor presentar certificado médico)

¿PERTENECE A UNA ETNIA? SI ___ NO X ¿CUAL? ____ LENGUA MATERNA: ____

A QUE RESGUARDO PERTENECE? ____

NIVEL SISBEN ____ ESTRATO ____ ¿PERTENECE A FAMILIAS EN ACCIÓN? SI ___ NO ___

¿HIJO VETERANO FUERZA PÚBLICA? SI ___ NO ___

¿BENEFICIARIOS HÉROES DE LA NACIÓN? SI ___ NO ___

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

DATOS FAMILIARES

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

NOMBRE DE LA MADRE O ACUDIENTE: Marcela Ortiz C.C. No: 1.006.997.816 DE put. San Miguel OCUPACIÓN Varios

DIRECCIÓN RESIDENCIA: San Juan bosco BARRIO: ____ VEREDA ____ ZONA URBANA ____ RURAL X

TELÉFONO CASA ____ TELÉFONO CELULAR PADRE: ____ TELÉFONO CELULAR MADRE 3202007694 TELÉFONO TRABAJO ____

(SOLO EN CASO DE NO VIVIR CON SUS PADRES) ACUDIENTE: Marcela Ortiz PARENTESCO Madre C.C. No: 1006 997-816 DE San Miguel OCUPACIÓN Varios Celular: 3202007694.

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

Marcela Ortiz
FIRMA DEL PADRE DE FAMILIA O ACUDIENTE

FIRMA Y NOMBRE LEGIBLE DE RECIBIDO POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

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

28
R/V

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Andres Beltran. **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Jardin 2 **AGENTE EDUCATIVO:** Mayra Vega

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

Clasificación de la Información:
CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
2-12-2025	la abuela llamó manifesto que el niño amaneció con dolor de barriga y le suministro acetominofen para el dolor y lo deja en casa para ver si le continua el dolor	se le recomienda a la madre que lleve al medico.		Marcela Ortiz

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	3- 18- 2025 el niño viste sin ninguna novedad.

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Bran Beltran. **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Jardín 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)
27-Oct-2025	Se realiza llamado a lista y se encuentra que el niño hoy no asistio a la unidad	Se realiza llamada telefonica a la familia quien comunica que hoy se encuentran en Puerto Asis en compañia de su mamá. ella repere que él niño esta bien y que el dia de mañana y asistira al CDI. se realizan recomendaciones y se pide se informe cualquier novedad		Mirian ortiz

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	28-10-2025 el niño cita 8:00 noveedad.

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

30
E/V

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Brian A. Beltran. UNIDAD DE ATENCIÓN: Jardin 2 AGENTE EDUCATIVO: Mayra V.

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

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
15-8-2025	la madre llamo a las 7:30am manifestando que el niño esta delicado de salud. con mucha tos y fiebre.	se le recomendo q la madre llevo lo al medico		Miriam marcela

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	a las 3pm se le realizo la llamada la cual la madre dijo que el niño aun presenta mucha tos ademas le esta suministrando. Acetaminofen, Amoxicilina, y disolvon que le compro en la droguería. -18-8-2025. el niño asiste sin novedad de gripa ni tos.