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: 14 | 10 | 2025

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Tipo de participante: (●) Niño/a entre 0 y menor de 5 años ( ) Persona Gestante

Tipo de vinculación: ( ) Participante de nuevo ingreso ( ) Participante de continuidad

Unidad de Servicio sugerida: CDI Fronteras de paz 1

Tipo documento identidad: (●) 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: 1122344140

Fecha nacimiento: 09 | 12 | 2022

Nombres: Gabriel Santiago

Apellidos: Vallejo P.

Presenta discapacidad? ( ) Si (●) No

¿Se autoreconoce en alguno de los siguientes grupos étnicos? ( ) Si (●) No

¿Se autoreconoce en alguno de los siguientes grupos poblacionales? ( ) Si (●) 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: San felipe

Vereda:

Sector: Urbano

Dirección: Enfrente de la clinica del Celular

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

Parentesco: (●) Madre ( ) Padre ( ) Cuidador/a

Tipo documento identidad: ( ) Tarjeta identidad (●) 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: 1006786997

Nombres: Dayana

Apellidos: Pantoja

Pais de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 11 | 03 | 2002

Correo electrónico: dayzana.98@gmail.com

Número de celular: 3108624744

Número de fijo:

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

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

Nombre y Firma del padre, madre y/o cuidador: Dayana Pantoja

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Leidy C. Narvaez.

Observaciones:

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:
Gabriel Santiago Vallejo Pantoja

N° DOCUMENTO: 1122344140 **TIPO DOCUMENTO: RC** X **CC** ___ **OTRO** ___
FECHA DE NACIMIENTO: 04-Diciembre-2022 **EDAD:** 2 años - 10 meses
LUGAR DE NACIMIENTO: Mocoa

NOMBRE DE LA UDS: CDI Fronteras de Paz
CODIGO UDS: ___ **BARRIO/VEREDA:** B/ 7 de agosto
FECHA DE INGRESO: 14-10-2025 **FECHA DE RETIRO:** ___

SISBEN: A2 **EPS:** Emssanar **RÉGIMEN (C)** ___ **(S)** X
DESPLAZADO: SI ___ **NO** X **DISCAPACIDAD: SI** ___ **NO** X **¿CUAL?** ___
GRUPO ETNICO: SI ___ **NO** X **¿CUAL?** ___
GRUPO AFROCOLOMBIANO: SI ___ **NO** X **¿CUAL?** ___
NOMBRE DE LA MADRE: Dayana Yisel Pantoja Mafla
N° CÉDULA: 1006788897 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Mocoa
NOMBRE DEL PADRE: Andres Sebastian Vallejo Basante
N° CÉDULA: 3108624744 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Pasto
N° DE CELULAR: ___
NOMBRE DEL ACUDIENTE: Dayana Yisel Pantoja
N° CÉDULA: 1006788897 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Mocoa
DIRECCIÓN VIVIENDA: San felipe **ZONA POBLACIONAL: (R)** ___ **(U)** ___
NUMERO DE CELULAR 3108624744 - 3212082703

Dayana Pantoja
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Leidy Calderon
NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO
Número: **N** 2874784

NUIP 1.122.344.140

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco X

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
VALLEJO PANTOJA GABRIEL SANTIAGO

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)			Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año 2022	Mes DIC	Día 03	MASCULINO	O +

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

Fecha de Inscripción (Mes en letras)			Indicativo serial
Año 2022	Mes DIC	Día 09	0063693396

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
PANTOJA MAFLA DAYANA YISEL

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.006.789.017	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
VALLEJO BASANTE ANDERSON SEBASTIAN

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.004.235.895	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
VALLEJO BASANTE ANDERSON SEBASTIAN

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.004.235.895

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 2022	Mes DIC	Día 09

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

Adhesivo Copia Registro Civil 30948459-6
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

EL SUSCRITO NOTARIO CUARTO DEL CIRCULO DE PASTO, CERTIFICO QUE ESTA COPIA CONCUERDA EXACTAMENTE CON SU COPIA QUE HE TENIDO A LA VISTA
29 MAY 2022

REPUBLICA DE COLOMBIA
GLORIA PATRICIA ESTUPIÑAN ARMADO
NOTARIA CUARTA CIRCULO DE PASTO



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.006.789.017
PANTOJA MAFLA
APELLIDOS
DAYANA YISEL
NOMBRES

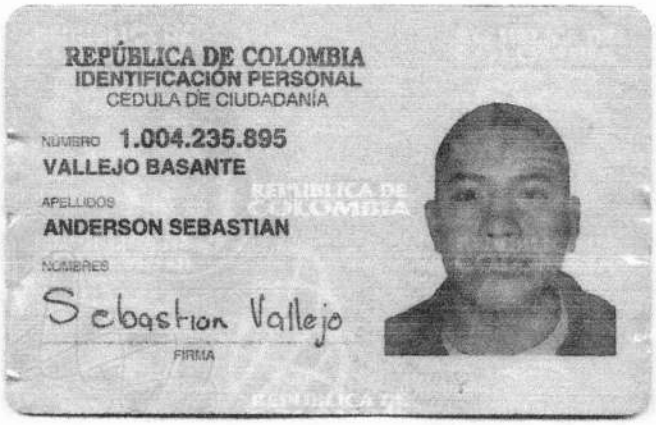
Dayana Pantoja
FIRMA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



FECHA DE NACIMIENTO 11-MAR-2002
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.57 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
12-MAR-2020 MOCOA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
INDICE DERECHO

P-6400100-01141087-F-1006789017-20200605 0070876715A 1 51876493



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.004.235.895**
VALLEJO BASANTE
APELLIDOS
ANDERSON SEBASTIAN
NOMBRES
Sebastian Vallejo
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **10-OCT-2000**
PASTO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.71 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
17-OCT-2018 PASTO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
INDICE DERECHO

A-2300150-01289971-M-1004235895-20220412 0078713416A 2 8504147087

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Fecha de consulta: 25/03/2025

Ficha: 86757674952700003183

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: GABRIEL SANTIAGO

Apellidos: VALLEJO PANTOJA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122344140

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 29/12/2022

Última actualización ciudadano: 29/12/2022

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**

"La información de su encuesta debe ser revisada por inconsistencias presentadas en los procedimientos atribuibles a la recolección de información. La oficina Sisben debe realizar en un plazo no mayor a 12 meses, un proceso para dar solución a este hallazgo. En caso de que la oficina no realice este proceso en el plazo mencionado, se realizará un bloqueo preventivo de su encuesta. Si requiere mayor información por favor comunicarse con la oficina Sisbén de su municipio"

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	1122344140
NOMBRES	GABRIEL SANTIAGO
APELLIDOS	VALLEJO PANTOJA
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	09/12/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	12/05/2025 10:14:20	**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

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 1122344140
Apellidos:	VALLEJO PANTOJA
Nombres:	GABRIEL SANTIAGO
Ficha Sisben:	86757674952700003183
Nivel Sisben:	Nivel I
Grupo Sisben	A02
Tipo de discapacidad:	Ninguna
Plan de salud:	Régimen Subsidiado
Estado de servicio:	Vigente
Fecha de Afiliación:	09/12/2022
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



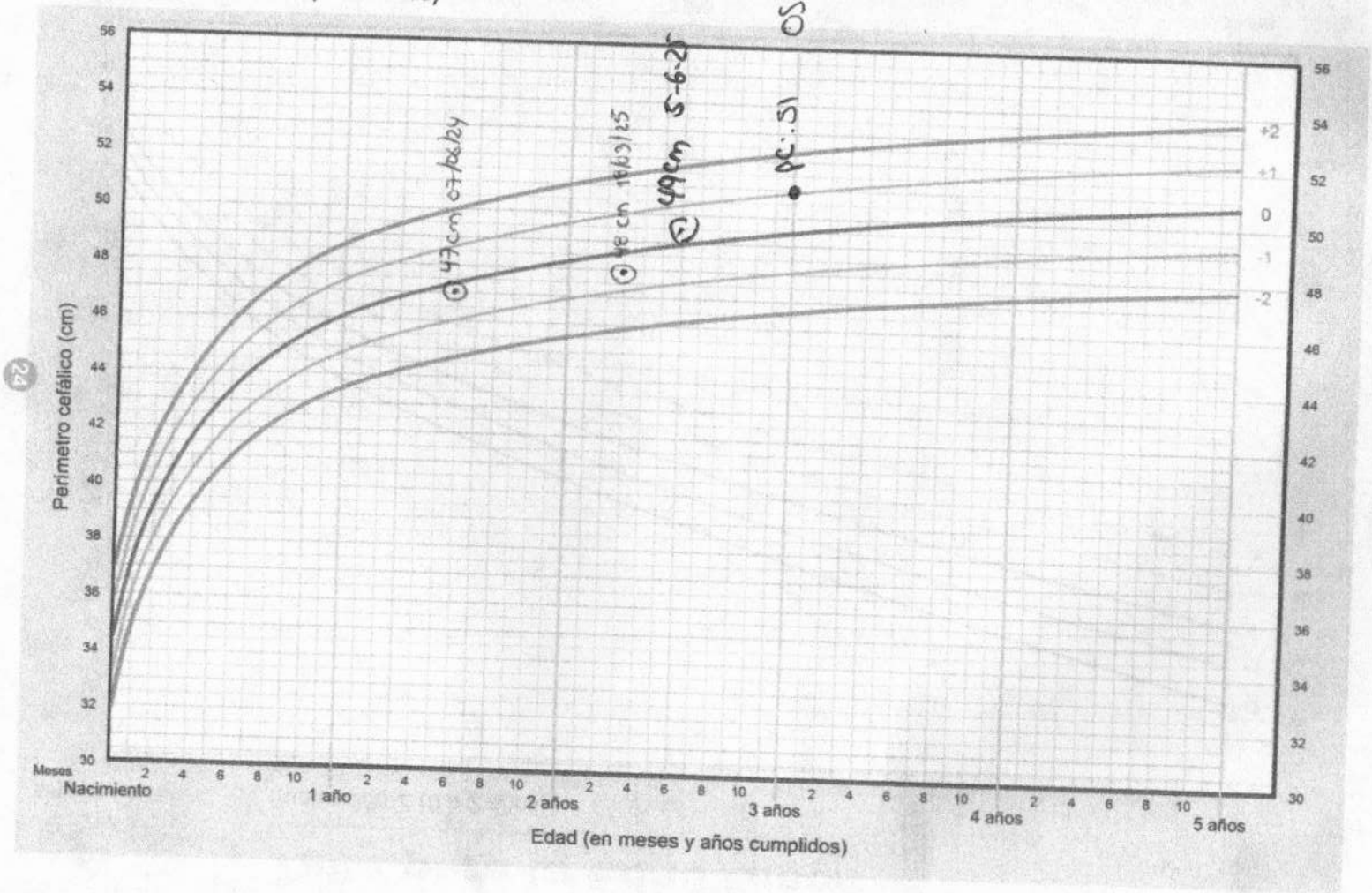
E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

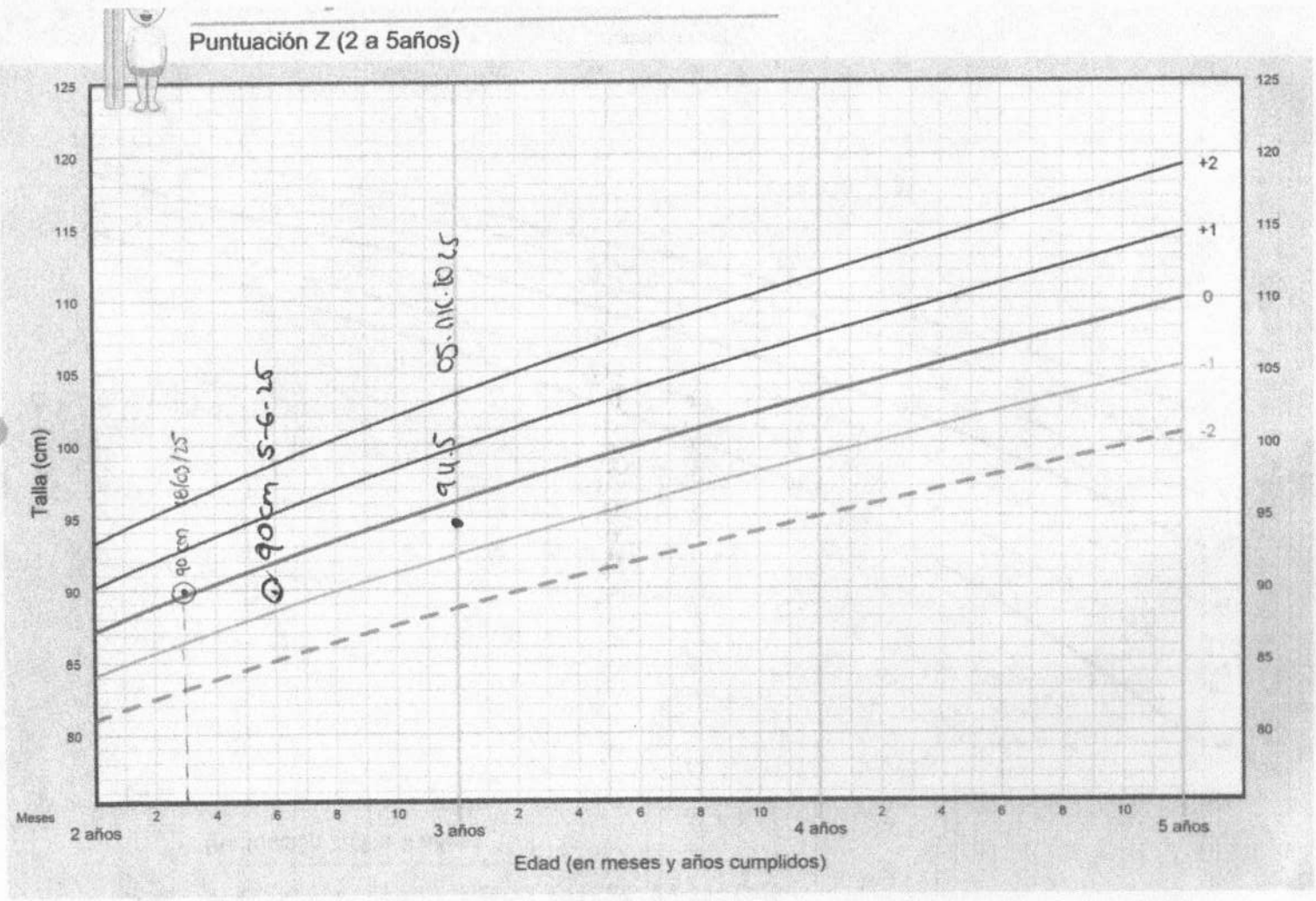
MIS DATOS

Nombres: GABRIEL SANTIAGO	Apellidos: VALLEJO PANTOJA
Fecha de nacimiento: 03 (DÍA) | 12 (MES) | 2022 (AÑO)	Historia Clínica: 1122344140
Barrio/Vereda: B/ SAN FELIPE	Responsable del niño: DAYANA PANTOJA
Teléfono:	EPS: 118

Perímetro Cefálico Niños

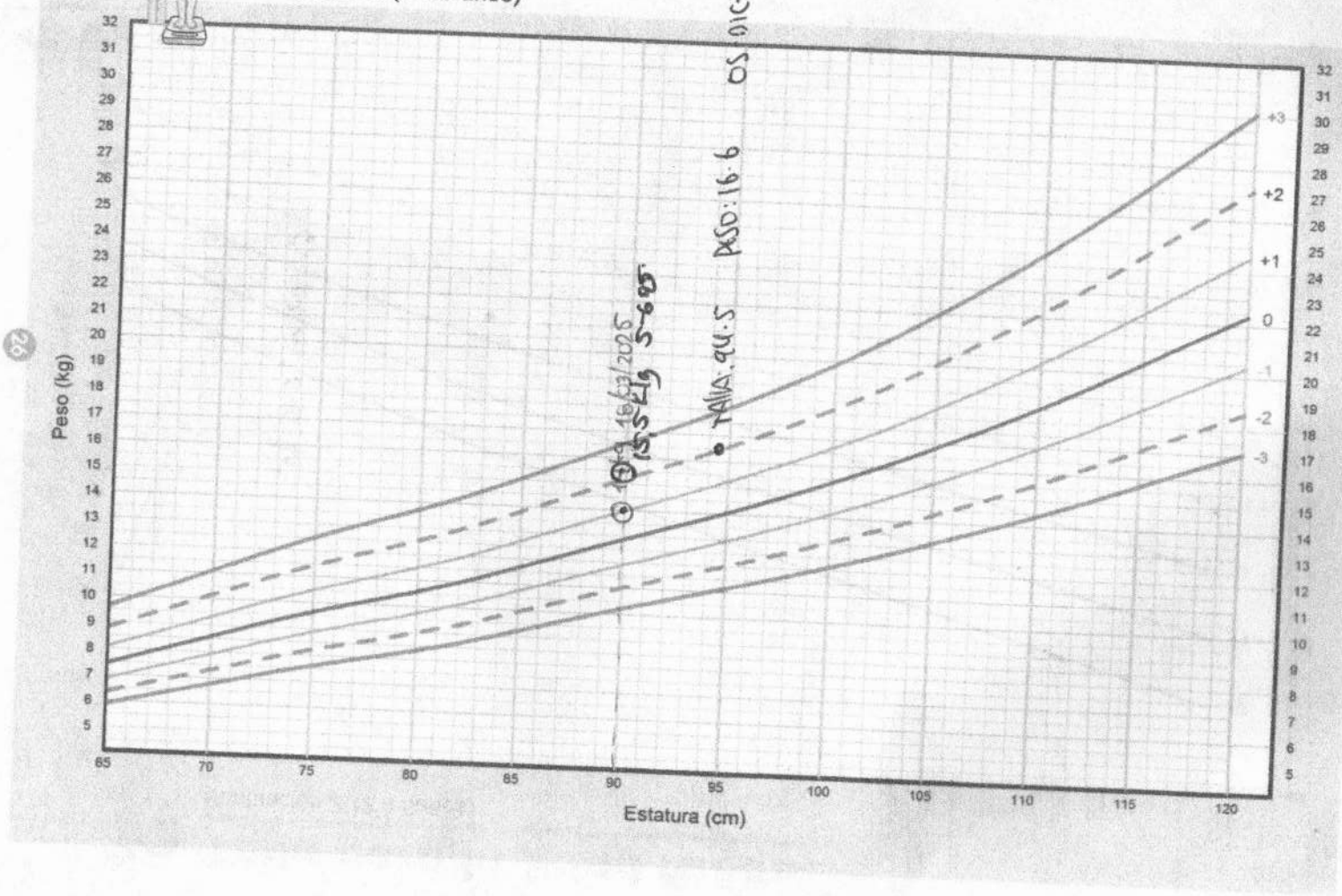
Puntuación Z (0 a 5 años)




Puntuación Z (2 a 5años)
Talla (cm)
125
120
115
110
105
100
95
90
85
80
+2
+1
0
-1
-2
90cm 28/05/25
90cm 5-6-25
05-11-2025
94.5
Meses
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)

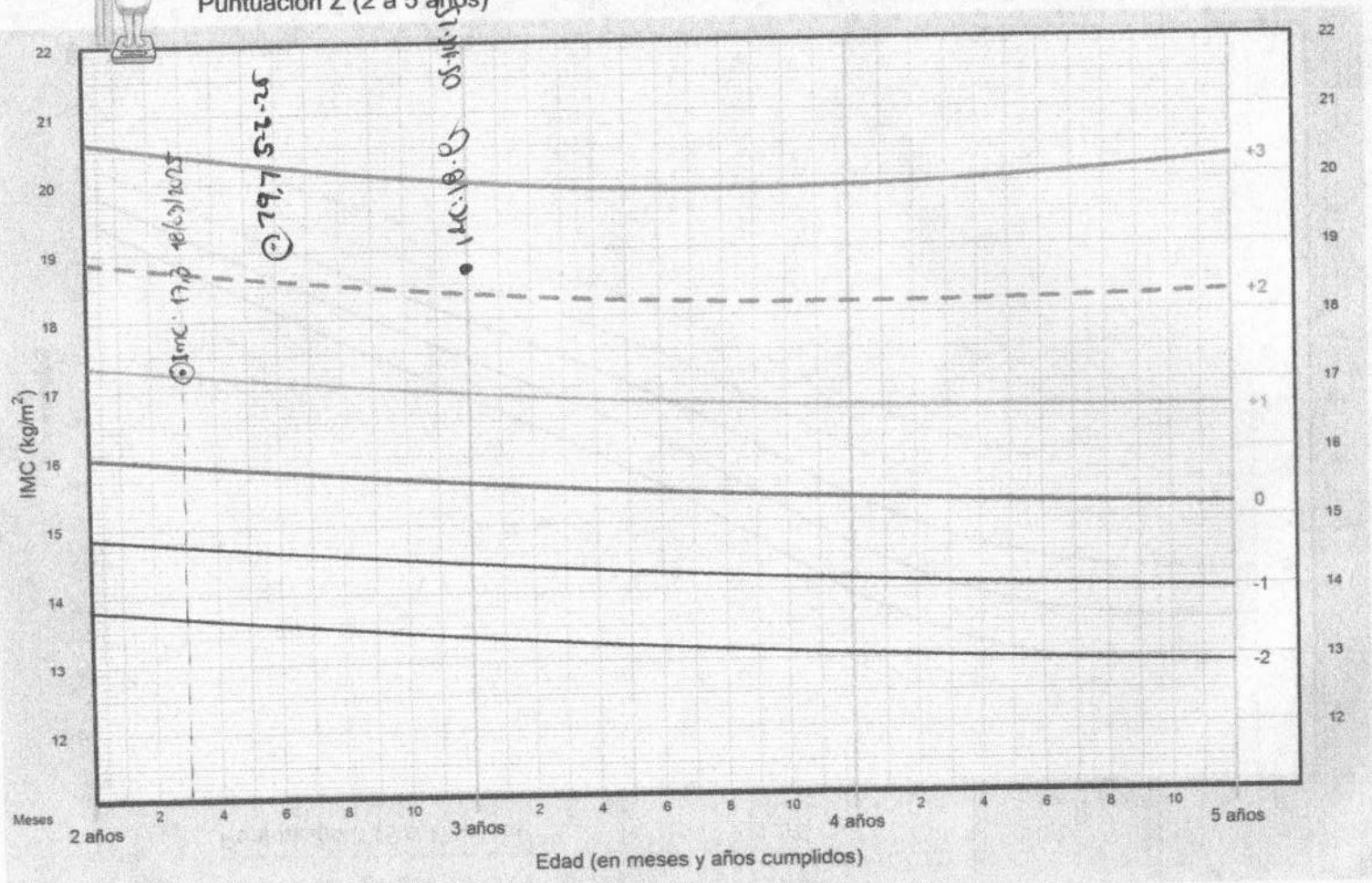
Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
07	06	2024			
10	03	2025	Medico	✓	
03	06	2025	Enfermeria		
05	06	2025	Enfer	SI	
05	12	2025	Medico	SI	
03	12	2026	Enf.		

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
07/06/2024	11,4	81	47	15	17,4	03/12/2024	[illegible] Enfermera
18/03/2025	14	90	48	16	17,3	03/06/2025	[illegible] Sora Mora
5-6-2025	15,5	90	49	14,5	19,1	03-12-2025	Mikna C.
5-11-2025	16.6	94.5	51	20	18.8	03-11-2026	[illegible]

16
RN

RC.

Nombres y Apellidos | **Tipo de Identificación** | **No. ID:**

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha proxima cita Día	Mes	Año	Nombre y apellidos del vacunador
Recién nacido				Lactancia materna exclusiva	SI ☐	No ☐						
	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	03	diciembre	2022	Serum	037 1 M ROBI	ESE [illegible]				Diana Grandett
	Hepatitis B	Recién nacido	03	diciembre	2022	Serum	037 1 φ 0150	ESE [illegible]				Diana Grandett
				Lactancia materna exclusiva	SI ☐	No ☐						
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1ª	03	02	23	Bicleslca	2 1 1 4 1 0 1 4					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemopilus influenza tipo b (Hib).	1ª	03	02	23	Serum	2 8 5 1 4 0 2 2 A					
	PENTAVALENTE Hepatitis B.	1ª	03	02	23	Serum	2 8 5 1 4 0 2 2 A	HFID				Dennis M.
	PENTAVALENTE Difteria tosferina y tétano (DPT)	1ª	03	02	23	Serum	2 8 5 1 4 0 2 2 A					
	Diarrea por rotavirus	1ª	03	02	23	GSK	A R C 1 C D D 5 C A					
	Neumonía, otitis, meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1ª	03	02	23	GSK	F R 4 8 9 -					
				Lactancia materna exclusiva	SI ☐	No ☐						
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2ª	03	04	23	Serum	2 1 1 5 0 0 4		Cita: 03-ABRIL 2023			
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemopilus influenza tipo b (Hib).	2ª	03	04	23	Serum	2 8 5 0 4 0 3 8 D					
	PENTAVALENTE Hepatitis B.	2ª	03	04	23	Serum	2 8 5 0 4 0 3 8 D	HFID				Dayan V
	PENTAVALENTE Difteria tosferina y tétano (DPT)	2ª	03	04	23	Serum	2 8 5 0 4 0 3 8 D					
	Diarrea por rotavirus	2ª	03	04	23	GSK	A D 0 1 C F 9 7 A F					
	Neumonía, otitis, meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2ª	03	04	23	GSK	F D 4 8 7 -					
				Lactancia materna exclusiva	SI ☐	No ☐						
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3ª	07	06	23	Biole	2 2 0 8 0 1 6		cita 3/JUNIO/23			
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemopilus influenza tipo b (Hib).	3ª	07	00	23		2 8 5 1 X 0 4 0 C					Paola Herrera
	PENTAVALENTE Hepatitis B.	3ª	07	00	23	Serum		HFID				
	PENTAVALENTE Difteria tosferina y tétano (DPT)	3ª	07	06	23		1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		cita 07 de JUNIO 2023.			
	Influenza estacional	1ª	07	06	23	Green.	V 5 0 5 2 3 0 0 1	HFID				Karen A.
7 meses	Influenza estacional	2ª	12	07	23	GC	V 5 0 5 2 3 0 0 1	HFID				
	Sarampión, rubéola y parotiditis(SRP)	1ª	20	12	23	Serum	0 1 3 2 N 0 4 8 B	HFID				
12 meses	Neumonía, otitis, meningitis y bacteriemia causada por neumococo.	Refuerzo	20	12	23	Pfizer.	F 4 9 9 2 5	HFID				Paola L.
	Varicela	2ª	20	12	23	merck.	1 0 0 6 5 3 7	HFID				
	Hepatitis A	Única	20	12	23	MSD.	W 0 2 7 7 3 6	HFID				
	Influenza estacional	Anual	07	06	24	Butantan	2 9 0 0 9 1 9 0 0	HFID				Isabel
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1er Refuerzo	07	06	24	Biologicals	2 2 3 9 0 0 1	HFID				Isabel
	Diarrea, tosferina y tétano (DTP)	1er Refuerzo	07	06	24	Serum	2 2 2 8 X 0 1 4	HFID				
	Fiebre amarilla	Única	20	12	23	Sanofi	W 3 0 3 0	HFID	CITA: 07 Junio 2024			Paola C.
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2° Refuerzo										
	Diarrea, tosferina y tétano (DTP)	2° Refuerzo										
	Sarampión, rubeola y parotiditis(SRP)	2ª	07	06	24	Serum	0 1 3 2 N 0 3 9 B	HFID				Isabel.
	Varicela	Refuerzo										
niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1ª										
		2ª										
		3ª										
Vacunas complementarias y otras dosis												

Busca a los 5 años cumplidos las vacunas les gratis, hazlo de una!

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

Cita 03-febrero-2023

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

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

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

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

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

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

*Menor o igual a 20 normal

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

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

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

0 meses
2 meses
12 meses
4 meses
7 meses
18 meses
6 meses
5 años



Ministerio de Salud y Protección Social

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

La salud es de todos | Minsalud

E.S.E. HOSPITAL I.M.H
MOCOA
Programa P.A.I

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Valeria Pantoja Santiago
Fecha de nacimiento: 03- Diciembre 2022.
Nº de certificado de nacido vivo: 2212971022403
Registro civil: 1122344140
Sexo: Masculino.
Grupo sanguíneo: O(+) Positivo
Peso al nacer: 3440grs Talla: 50cm
Dirección: San Miguel Bajo
Teléfono 1: 310862-4744
Teléfono 2: —
Responsable: Dayana Yisel Pantoja Tarapuez
Municipio de residencia: San Miguel Orito
Departamento: Putumayo

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

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

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

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL

La salud es de todos — Minsalud

CIUDAD dorada FECHA: DÍA 06 MES 05 AÑO 25 HORA:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Gabriel santiago APELLIDOS Vallejo Pantoja

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1122341140

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 03 MES: 12 AÑO: 2022 / EDAD: 2 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE 118

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)

¿CÓMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides).
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar No accede a vacuna por miedo 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: Dayana Yisel Pantoja Mafla.

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

Nombres _____ Apellidos _____

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

Firma: _____

En caso de requerirse firma a ruego:

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

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

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

de _____

Huella dactilar o plantar del Rogante

Firma del Rogado

_____ C.C. N°

_____ C.C. N°

Nombres y apellidos del vacunador: Eduard IB

Firma

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☑ CE ☐ OTRO ☐ Número 1004768431

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HHD

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.

		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	5A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico													
		Atención en salud por medicina general													
		Atención en salud por enfermería													
		Atención en salud por Odontología													
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor													
		Profilaxis y remoción de placa													
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	>	Vacunación													

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

Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

Dirección: B/ el Paraiso 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:
GABRIEL SANTIAGO VANEGAS PANTOJA

Doc. de Identidad:
RC/ 1122844140

EPS:
EMSSANAR

Teléfono:
3108527474

Domicilio:
B/ SAN FELIPE

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 Gabriel Santiago Vallejo Pantoja, identificado (a) con documento de identidad número _____, 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, Dayana Yisel Pantoja Mafla, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1006789097, 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 Fondacion Alma de viola, 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: Dayana Pantoja
Nombre: _____
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3108624744
Fecha: 14-10-2025
Municipio: San Miguel

CLASIFICADA

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

"Generamos Desarrollo con Energía"

Vigilado Superservicios

Código de Suscripción	SM 36089	Pago oportuno hasta:	02-ABR-2025	Mes Facturado
Factura Nro.	2037043718	Suspensión a partir de:	03-ABR-2025	MARZO 2025

1. Información General

Nombre:	OLIVA MAGALI PASANTE ORTEGA		17-MAR-2025	Último pago $	1.089.910
Dirección:	CD SAN FELIPE	Tuve servicio de energía entre:	18-FEB-2025	18-MAR-2025 (28)	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
001	5 Ma	141	1	RESIDENCIAL	URBANA	1	2.0	AEREA	EMPRESA	105	SAN MIGUEL - SAN FELIPE

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 527.60 + Transmisión 49.85 + Distribución 253.23 + Comercialización 121.95 + Pérdidas 70.79 + Restricción 14.68 = CU 1.038.10 ($/KwH)

2A. Información Medidor

Marca	Serial	Factor Múltiplo
Hik	16375064	

2B. Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	38490	3776
Reactiva:		

Tipo Medid.: MEDIDOR INDIVIDUAL
Observ. Lectura: NO HAY ACCESO AL MEDI

2C. Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	651		
Consumo Reactiva KVarh:	0		
Costo del consumo $	675803.1		
Tarifa (hasta 173 Kwh):	415.24		
Subsidio: %	60	$	-107754.78
Contribución: %		$	0
Sub Total $	568048.32		

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

2D. Consumo Ultimos 6 Meses

Mes	Consumo
2025/Feb	567
2025/Ene	703
2024/Dic	526
2024/Nov	608
2024/Oct	671
2024/Sep	666

Promedio: 624

2E. Información Calidad del Servicio

Tel. O.R. EEBP 01 8000 94 2415
Transformador SLU113 Circ. 22
DMO 30.24 UMO 19 Circuito C14
Cargo D 246.01 Dcto %0.20
CTA 573.12
DTO 81.94 DTF 96.00
DTC 6.56 VR 4.00
Valor a compensar 57,085.45

3. Información de Créditos EEBP

Tipo	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 MORONIA	675,803.10	0	0.00	675,803
SUBSIDIO	-107,754.78	0	0.00	-107,754
COMPENSACION RES CREG 015/2018	-57,085.45	0	0.00	-57,085
AJUSTE A LA DECENA	-13	0	0.00	-1

5. Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP

510.964

6. Información Facturación Convenio Impuesto Alumbrado Público

Sujeto Activo	Operador A.P.	Convenio No.	Dirección POR	Valor Periodo	Saldo Ant.	Valor Total
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL	MUNICIPIO SAN MIGUEL	ACUERDO 005 31/08/2023	Cra 4 Cll 7 Esquina	47,296	0	47,296

7. Información Facturación Convenio Aseo y Alcantarillado

Concepto	Empresa	Dirección POR	USO	Valor Tarifa	Subsidio o Factor Solidario	Cargo Consumo o Variable	Valor Tasa Ambiental	Saldo Anterior	Ajustes/Otros	Valor Total
Alcantarillado				0	0	0	0	0		0
Aseo*	Alcaldia San Mi	Cra 4 Cll 7 Esq Bda Liberta		6,000	0	0	0	0		6,000

*Aseo: Frecuencia Semanal > No Aprovechables: 3 Barrido: 3

8. Información Facturación Otros Convenios

Concepto	Empresa	Dirección POR y/o Teléfono	Valor Tarifa	Saldo Anterior	Valor Total
					0
					0
					0

Total EEBP	+	Total Impuesto Alumbrado Público	+	Total Aseo y/o Alcantarillado	+	Total Otros Convenios	=	Debe pagar en Total
510,964		47,296		6,000		0		564,260

CUFE:

(415)7709990005532(8020)1000263794371897(3900)0000564260(96)20250402

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

www.eebpsa.com.co @eebpsaesp /eebpsa

Res. Electrónica: EEBP 168983

Resolución de facturación electrónica DIAN No 18764083711961
desde No. 1 hasta No. 1000000

Esta factura presta mérito ejecutivo de acuerdo a las normas de carácter civil y comercial vigentes

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

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.

EDITH ISABEL MENESES
Coordinadora pedagógica

MARGARITA MOSQUERA
Apoyo psicosocial

Dayana Pantoja
Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Leidy Calderon
Agente educativa

Huella del niño/niña