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 | 05 | 2024

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 I

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: 1122344021

Fecha nacimiento: 08 | 06 | 2022

Nombres: Madison

Apellidos: Herazo

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: Rural

Barrio: Almendros

Vereda:

Sector:

Dirección:

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: 1122336197

Nombres: Rina

Apellidos: Montaño

Pais de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 2 | 04 | 1998

Correo electrónico:

Número de celular: 3152595184

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: Rina M.

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Leidy C.

Observaciones:

Fundación Alma de Vida
Fortaleciendo caminos de esperanza

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:
Maddison Jhezabell Heraco Montaño

N° DOCUMENTO: 1122344021 **TIPO DOCUMENTO:** RC X CC___ OTRO ___
FECHA DE NACIMIENTO: 08-Junio-2022 **EDAD:** 2 años-10 m
LUGAR DE NACIMIENTO: Puerto Asis

NOMBRE DE LA UDS: CDI Fronteras de Paz 1
CODIGO UDS: 867571176979 **BARRIO/VEREDA:** B/a Floresta.
FECHA DE INGRESO: 01-05-2025 **FECHA DE RETIRO:** _____

SISBEN: A-4- **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: Rina Marcela Montaño
N° CÉDULA: 1122336197 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Dorada
NOMBRE DEL PADRE: Jhon Heraco Romero
N° CÉDULA: 1143342300 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Cartagena
N° DE CELULAR: 3212113839
NOMBRE DEL ACUDIENTE: Rina Marcela Montaño
N° CÉDULA: 1122336197 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Dorada
DIRECCIÓN VIVIENDA: B/almendros **ZONA POBLACIONAL: (R)** X **(U)**___
NUMERO DE CELULAR 3152595184

Rina M _____ Leidy Calderon _____

FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE **NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO**

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: **N** 1573684

NUIP 1.122.344.021

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos

HERAZO MONTAÑO MADDISON JHEZABELL

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)			Sexo (en letras)	Tipo Sanguineo
Año 2022	Mes JUN	Día 08	FEMENINO	O +

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

COLOMBIA PUTUMAYO PUERTO ASIS

Fecha de Inscripción (Mes en letras)			Indicativo serial
Año 2022	Mes JUN	Día 30	0061322556

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos

MONTAÑO CUERO RINA MARCELA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.122.336.197	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos

HERAZO ROMERO JHON EDUARD

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.143.342.300	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos

HERAZO ROMERO JHON EDUARD

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 1.143.342.300

Espacio para notas

VALIDO PARA TRAMITES LEGALES Y CIVILES.

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio	Codigo
COLOMBIA PUTUMAYO SAN MIGUEL(LA DORADA)	X 6 Z

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)			Nombre y firma del funcionario
Año 2022	Mes JUN	Día 30	ROY EDISON CALLE QUIRAMA **Registrador del Estado Civil**

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
30519037-5



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.122.336.197

MONTAÑO CUERO
APELLIDOS

RINA MARCELA
NOMBRES

FIRMA



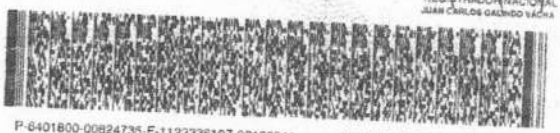
INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 24-ABR-1998
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

26-ABR-2016 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-8401800-00824735-F-1122336197-20160511 0049716276A 1 46164541



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.143.342.300
HERAZO ROMERO
APELLIDOS
JHON EDUARD
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 08-MAY-1990
CARTAGENA
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
13-MAY-2008 CARTAGENA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

A-0500100-00246238-M-1143342300-20100727 0025027394 1 6020879537

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: **03/04/2025**

Ficha: **86757024477900000702**

A4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: **MADDISON JHEZABELL**

Apellidos: **HERAZO MONTA¥O**

Tipo de documento: **Registro civil**

Número de documento: **1122344021**

Municipio: **San Miguel**

Departamento: **Putumayo**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **12/06/2019**

Última actualización ciudadano: **30/06/2022**

Última actualización via registros administrativos: **31/01/2024**

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: **MARIA ZORAYDA LINARES MONTERO**

Dirección: **Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libertad**

Teléfono: **4210537 - 3213138790**

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

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

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

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

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

7

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	1122344021
NOMBRES	MADDISON JHEZABELL
APELLIDOS	HERAZO MONTAÑO
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	30/06/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	12/05/2025 10:13:19	**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

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 IDENTIFICACIÓN	1122344021
NOMBRES	MADDISON JHEZABELL
APELLIDOS	HERAZO MONTAÑO
FECHA DE NACIMIENTO	"/"/""
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	SAN MIGUEL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	RÉGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EMSSANAR S.A.S.	SUBSIDIADO	30/09/2022	31/12/2529	BENEFICIARIO

Fecha de impresión: 12/05/2025 10:13:19

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 2152 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adoptó 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 inicio 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

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA ...Sanos



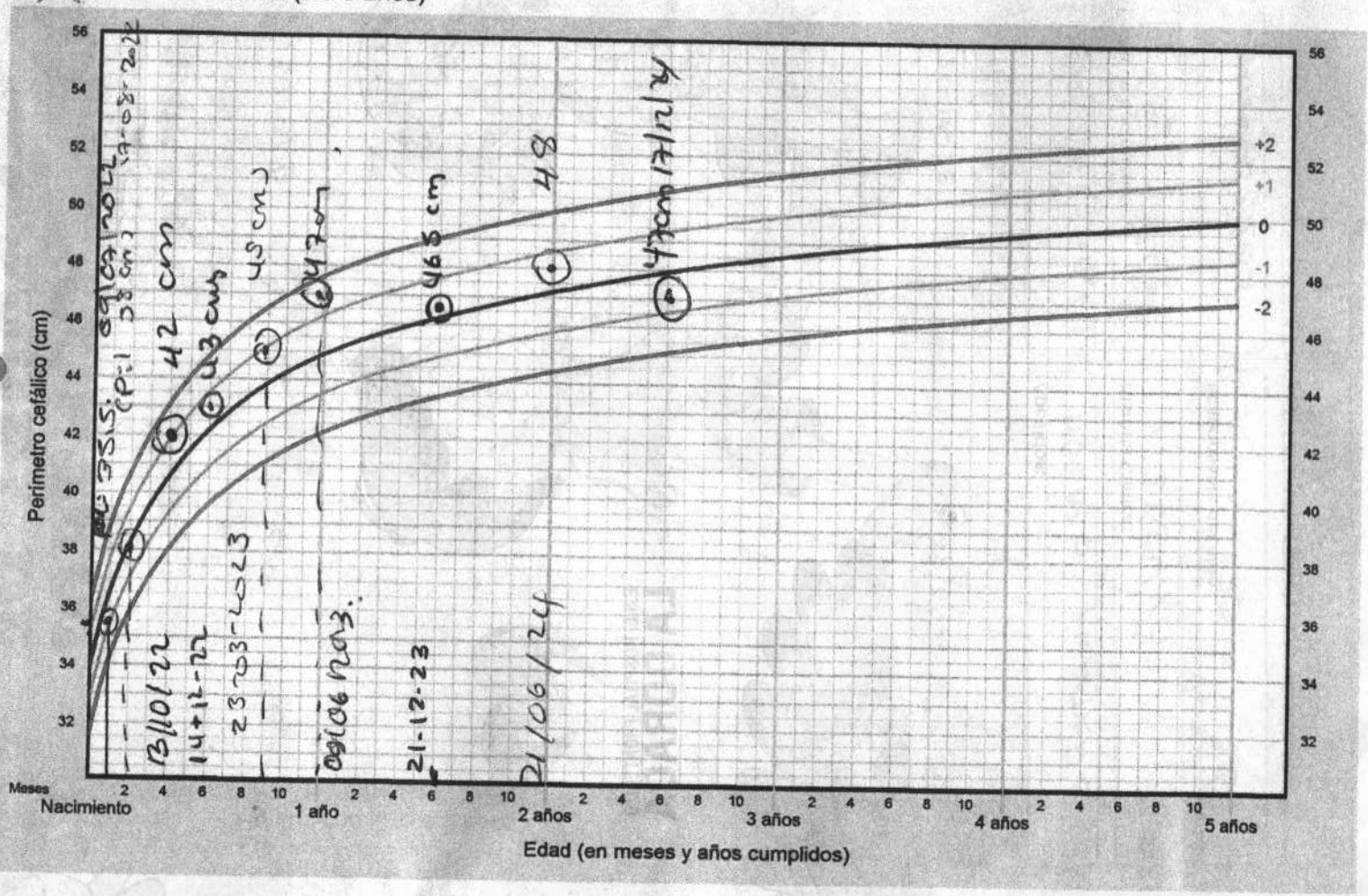
E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

Nombres: MADDISON JHEZABELL	Apellidos:. HERAZO MUNTAÑO
Fecha de nacimiento: 08 DÍA | 06 MES | 2022 AÑO	Historia Clínica: 1122344021
Barrio/Vereda: B/ LOS ALMENDROS	Responsable del niño:
Teléfono:	EPS: NO

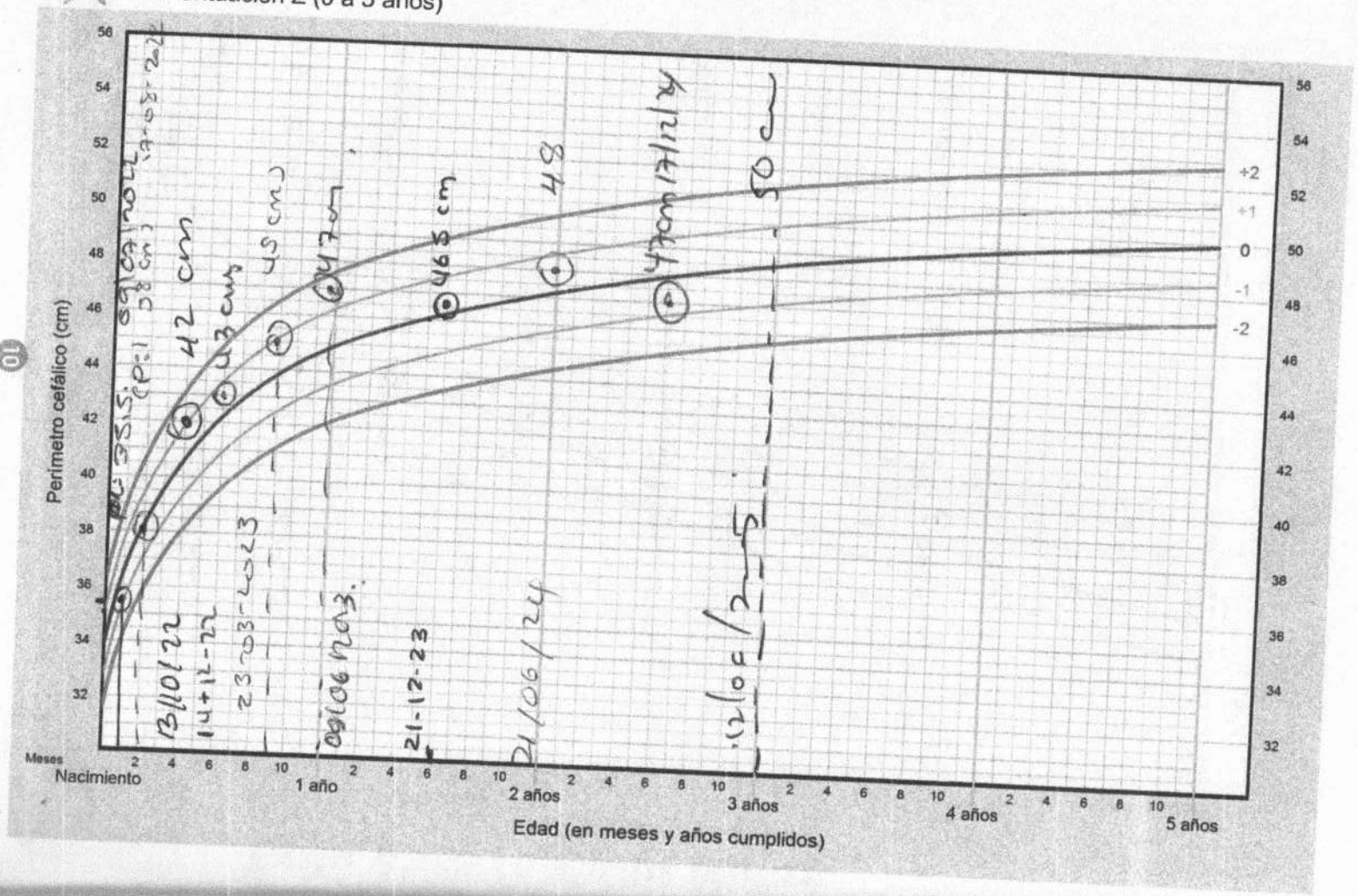
Perímetro Cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)



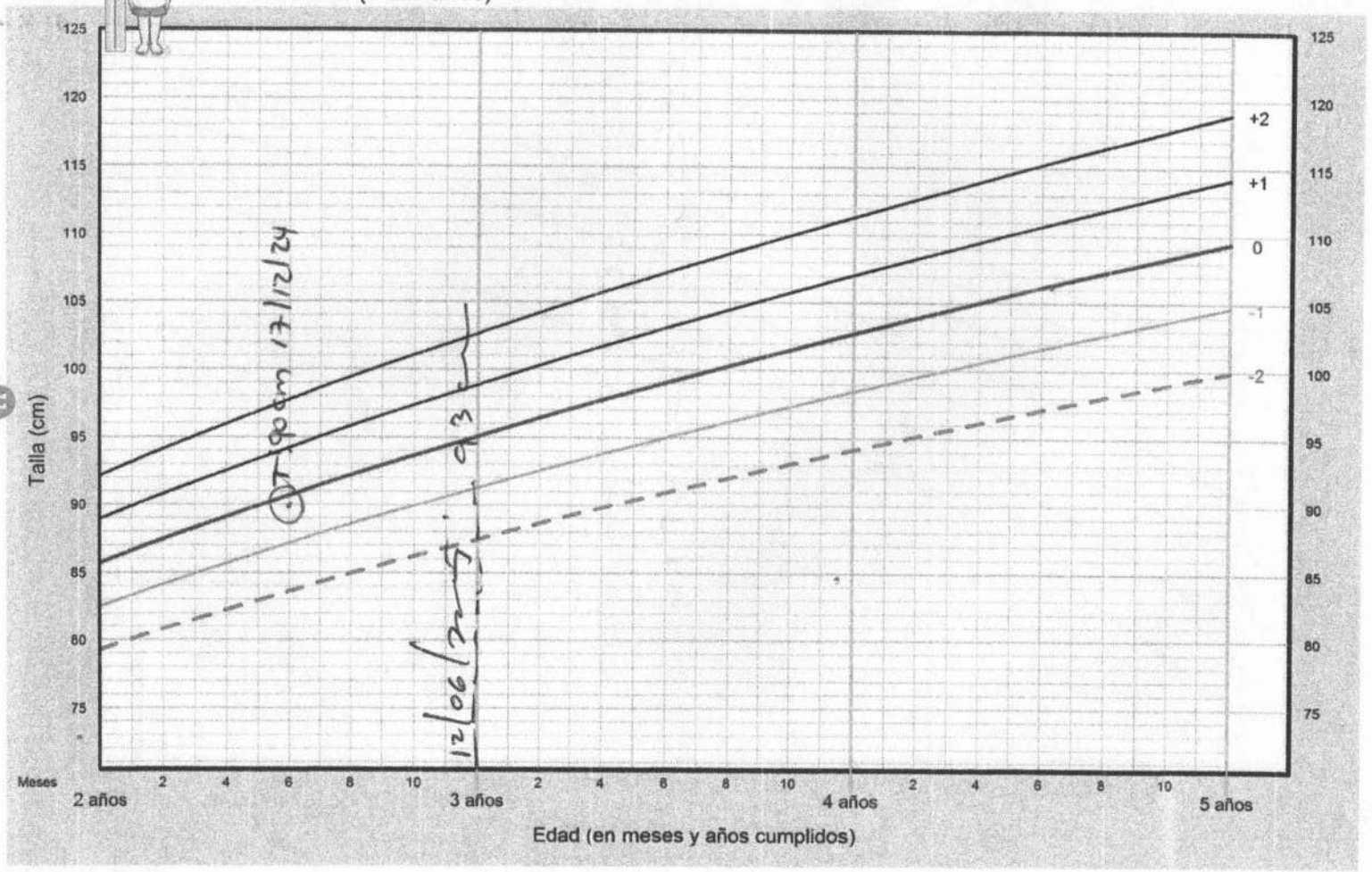
Perímetro Cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)



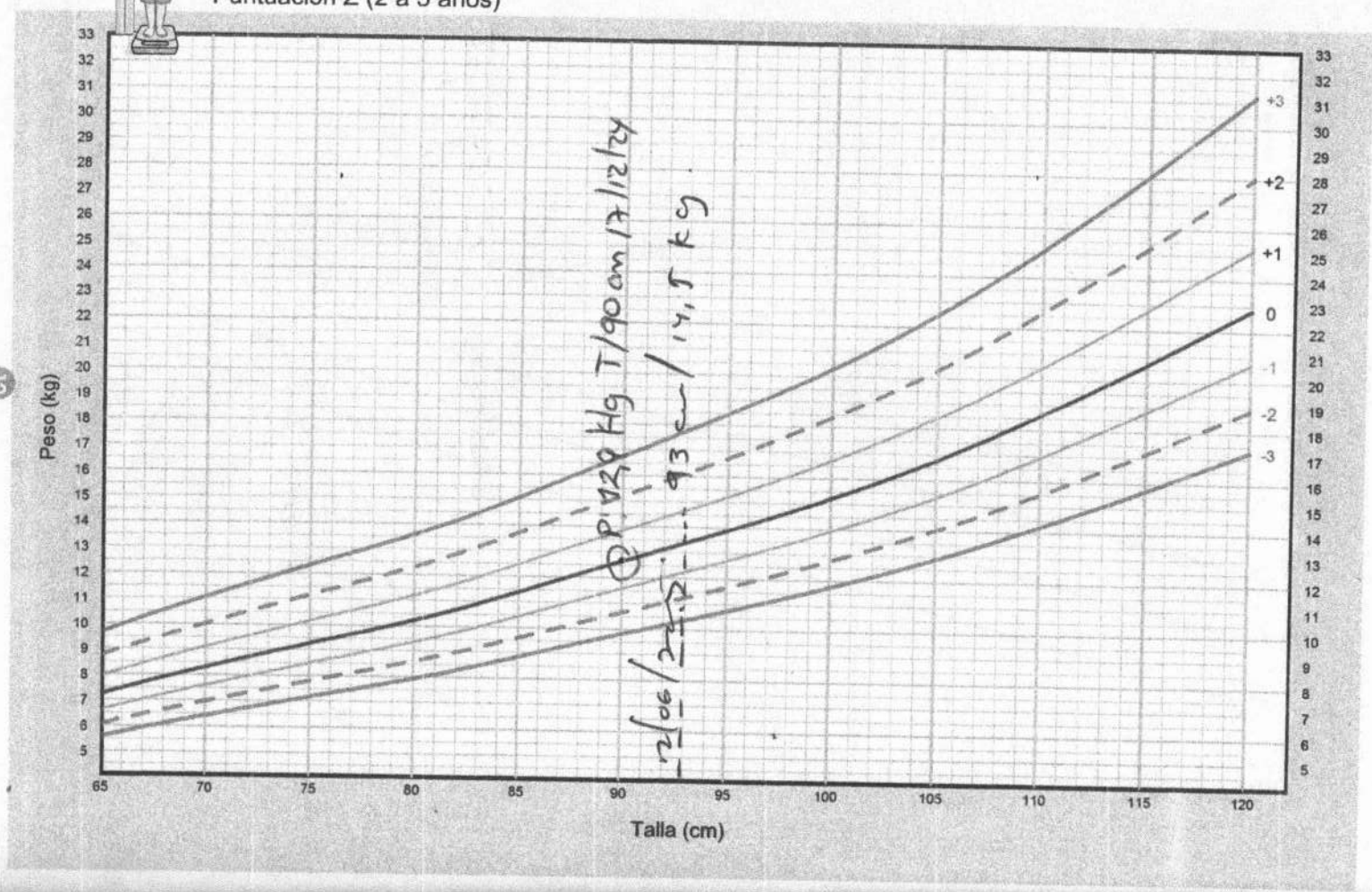
Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



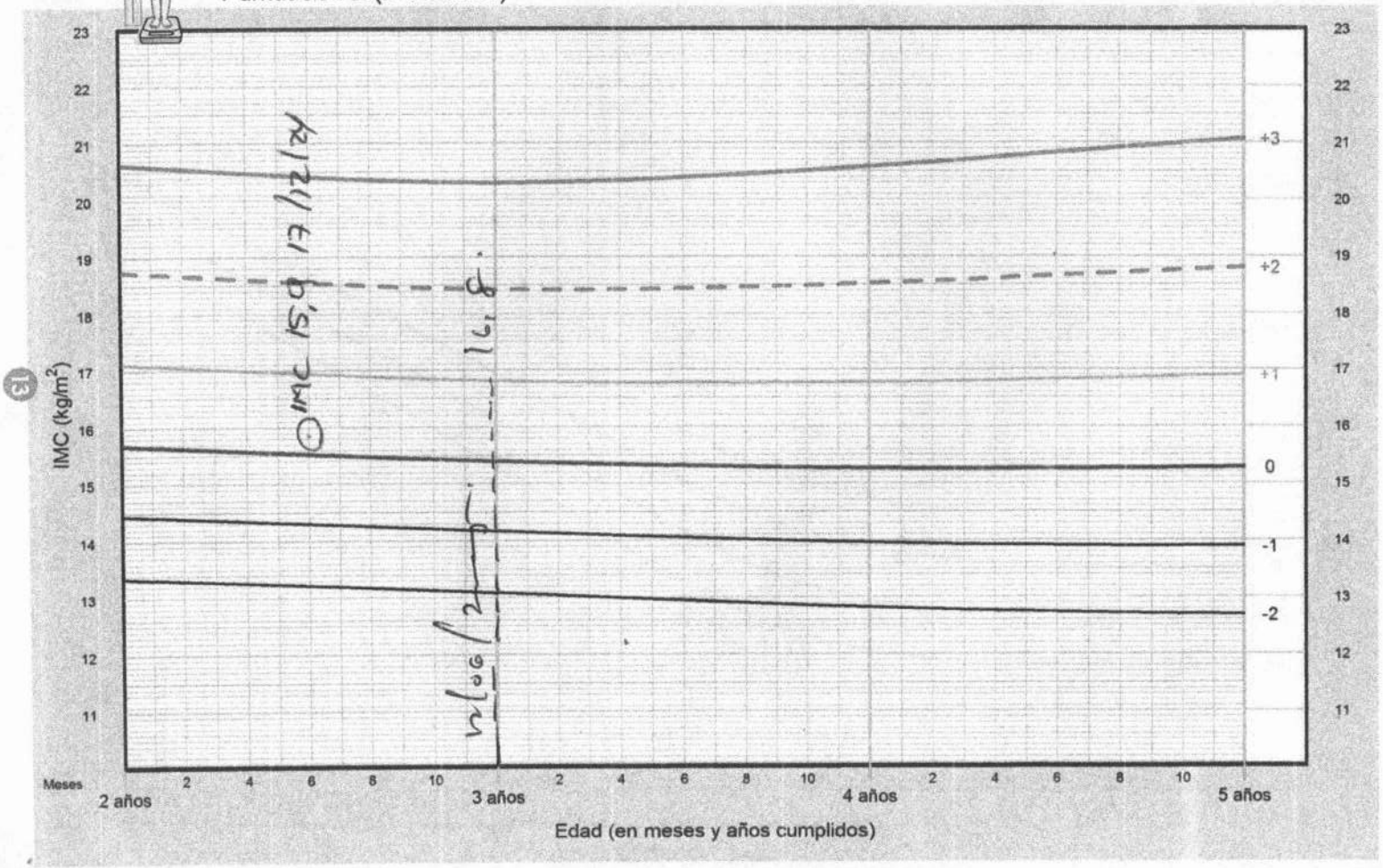
Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ	
				SI	NO
10	AGOSTO	2022	x ENF	Si	
08	Octubre	2022	Medico	SI.	
10	Dic.	2022	Enf	Si	
14	MAYO	2023	ENF.	SiV	
08	Junio	2023	Medico	Si	
08 .	12	2023	Medo		
21	Dic	2023	Enf	Si ✓	
(08 21	Junio	2024	Méd.	Si ✓	
17	Dic.	2024	Enf	SiV Milena C-	X
08	Junio	2025	Medico		
12	06	2025	Md	/	
08	06	2026.			

Dra. Magaly Cabrera
Médico General
R.M. 67027189-Univalle

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
09/07/2022	3600g	50cm	35.5cm	11.5cm	14.4 cm	10/08/2022	
17/08/2022	5,5kg	57cms	38 cms	12cms	—	08/10/2022	
3/10/22.	6,8 kg	69 cm	42 cm.	16 cm	14	10/12/22	
14/12/22	7875	65cm	43	16 cm	18.6	17-MAR/23	Victor Alcala
23/03/2023	9,4Kg	72cms	45 cms	17 cms	—	08/06/23	
08/06/2023	10kg.	73.	47	16 cm	18.8.	08/12/2023	
21/12/23	11 kg	78.6	46.5 cm	14.5 cm	18.1	08/06/24	Dra. Magaly Cabrera Médico General C.C. 67027489 Univalle
21/06/24	11,3	85	46.	15.	15,6	28/dic/24	
17-12-2024	12,9	90	47	16,5	15,9	08-06-2025	Milena C.
12/06/2025	14,5	93	50	16	16,8	08/06/2026	

Nombres y Apellidos: **Tipo identificación:** **No. ID:**

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién nacido						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	8	06	22	Serum	0 3 7 0 M A 0 9 8	clinica Putumayo	8-08-22			Sonda
	Hepatitis B	Recién nacido	8	06	22	Serum	0 3 2 7 Q 0 1 3 B	clinica Putumayo				
2 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Poliomielitis (VIP)	1.ª	22	10	22	Biologicals	2 1 4 1 0 1 4	HFLD.				
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	17	08	22		2 8 5 1 X 0 0 7 D		Cita 17 octubre 2022			Daniela Casanova Tec. Aux. en Enfermeria CC. No 1007728227
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª	17	08	22	serum	1 1 1 1 1 1 1 1 1					
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	1.ª	17	08	22			HFLD.				
	Diarrea por rotavirus	1.ª	17	08	22	65K	A R 0 1 C 8 5 8 A C					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	17	08	22	65K	A N P B 3 4 0 C C C					
4 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Poliomielitis (VIP)	2.ª	22	10	22	Biologicals	2 1 4 1 0 1 4					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	22	10	22		2 8 5 1 4 0 2 2 A					Sacnth.
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª	22	10	22	Serum	2 8 5 1 4 0 2 2 A					
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	2.ª	22	10	22		2 8 5 1 4 0 2 2 A					
	Diarrea por rotavirus	2.ª	22	10	22	GSK	A R 0 4 C D 4 5 C A B	HFLD				
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	22	10	22	GSK	A D P M B 3 4 2 A A					
6 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Poliomielitis (VIP)	3.ª	22	12	22	Biologicals	2 1 1 0 1 4 1 0		CITA! 22-Diciembre 2022.			Pedal Alexander.
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	22	12	22		2 8 5 1 4 0 2 2 A					
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª	22	12	22	Serum	1 1 1 1 1 1 1 1 1	HFLD				
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	3.ª	22	12	22							
	Influenza estacional	1.ª	06	06	23	GC	V S 0 5 2 3 0 0 1	HFLD	cita. 08 junio 2023			Karen A.
7 meses	Influenza estacional	2.ª	07	07	23	BC	V S 0 5 2 3 0 0 1	HFLD				
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	13	06	23	Serum	0 1 3 1 N 0 7 1 R	HFLD				Karen A
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	13	06	23	Pfizer	F R H 8 9 5	HFLD				Karen A
	Varicela	2.ª	13	06	23			HFLD				Karen A.
	Hepatitis A	Única *	13	06	23	MSD	W 0 0 0 5 1 4	HFLD				Isabel. D.
	Influenza estacional	Anual	06	06	24	Butantan	2 4 0 0 0 9 7 9 / 0 0	HFLD				
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.º refuerzo	22	12	23	Biologicals	2 2 3 1 0 0 1	HFLD	CITA:			
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.º refuerzo	22	12	23	Serum	2 8 5 1 4 0 3 3 D		22-DIC-23			Karen A
	Fiebre amarilla	Única	13	06	23	Sanofi	2 1 3 V F C 0 2 7 7	HFLD				
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª	22	12	23	Serum	0 1 3 2 N 0 1 8 B	HFLD	Cita: 2 Años Cumplidos			
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.ª										
		2.ª										
		3.ª										
Vacunas complementarias y otras dosis		Varicela	13	06	23			HFLD	Cita: 5 Años Cumplidos			Jennifer
	SR.	d.u	06	02	24	Serum	0 0 9 1 N 0 0 9 B	HFLD				

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

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Maddison Herazo

Fecha de nacimiento: 8-06-22

Nº de certificado de nacido vivo: 171369066

Registro civil: 1.122.344.021

Sexo: Femenino

Grupo sanguíneo: O+

Peso al nacer: 2810 Talla: 48

Dirección:

Teléfono 1: 3152595184

Teléfono 2:

Responsable: Rina Marcela Montaño

Municipio de residencia: San Miguel

Departamento: Putumayo

CC: 1122336197

Busca ya las vacunas

¡es gratis, hazlo de una!

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

18
F/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 14 MES 04 AÑO 2025 HORA:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Maddison Jhezabell APELLIDOS Herazo Montaño

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1122344021

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 8 MES: 06 AÑO: 22 / EDAD: 2 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE

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:** X que se me aplique la vacuna.

Firma de la persona: _____

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: Isabel Arias Pantoja

Firma Isabel Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 1004 695.9[illegible]

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.

FECHA	PROCEDIMIENTO				PROXIMA CITA
	CP	S	F	D	
04-07-23	X		X		04-01-24
30-01-24	X		X	30	30-07-24
30-07-24	X		X		30-01-25
12-05-25	X		X		12-11-25
11-11-25	X	X	X		11-05-26

Dr. Andrés Martínez
ODONTÓLOGO
Universidad Antonio Nariño
R.P. 86-1627

MI CARNET DE HIGIENE ORAL

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE VALLE DEL GUAMUEZ
E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA
NIT 846.000.572-2
TEL. (4)8324104 LA DORADA - PUTUMAYO

E.P.S. Emssanar

Nombres: Madelin Jhezabell

Apellidos: Heredo Montaño

Sexo: M X Fecha de Nacimiento 08 06 22

Identificación: 1122344021 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 INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y DE LA INFANCIA

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 Maddison Jhezobell Herazo Montaño, identificado (a) con documento de identidad número 1122344021, 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, Rina Marcela Montaño, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1122336197, 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 Modalidad Institucional

Suscriben:

Firma: Rina M.
Nombre: _____
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: _____
Fecha: _____
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.

(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

Rina Montaño
Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Leidy Calderon
Agente educativa

Huella del niño/niña

Maddison Herozo

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

EMPRESA DE ENERGÍA DEL BAJO PUTUMAYO S.A. E.S.P.
Nit. 846.000.553-0 - NUR: 2-8656800017
Autorretenedores Res. 547 de 25/01/2002
Responsables de IVA

"Generamos Desarrollo con Energía"

Vigilado Superservicios

Código de Suscripción	SM 11632	Pago oportuno hasta:	21-ABR-2025	Mes Facturado
Factura Nro.	2037062780	Suspensión a partir de:	22-ABR-2025	MARZO 2025

1.Información General

Nombre:	FRANCISCA MONTAÑO		19-MAR-2025	Último pago $
Dirección:	LOS ALMENDROS	Tuvo servicio de energía entre:	03-FEB-2025 - 04-MAR-2025 (29)	25-MAR-20

Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Area	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Tarifa	División Geopolitica
[illegible]	5301	2176	1	RESIDENCIAL	RURAL	1	6	AEREA	EMPRESA	105	SAN MIGUEL - PUERTO COLON

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	[illegible]	[illegible]	PAGO EN EFECTIVO	CONTADO	EEBP 180108

2.Información Consumo Energía

Componentes del Costo (CU): Generación 527.60 + Transmisión 49.85 + Distribución 253.25 + Comercialización 121.95 + Pérdidas 70.79 + Restricción 14.68 = CU [illegible] ($/KwH)

2A.Información Medidor

Marca	Serial	Factor Multiplo
MET	13047640	

2B.Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	7677	7485
Reactiva:		

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

2C.Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	192		
Consumo Reactiva KVarh:	0		
Costo del consumo $	199315.2		
Tarifa (hasta 173 Kwh):	415.24		
Subsidio: %	60	$	-107754.78
Contribución: %		$	0
Sub Total $	91560.42		

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

2D.Consumo Ultimos 6 Meses

Mes	Consumo
2025/Feb	96
2025/Ene	163
2024/Dic	136
2024/Nov	140
2024/Oct	140
2024/Sep	179

Promedio: 142

2E.Información Calidad del Servicio

Tel GIC EEBP 01 8000 942415
Transformador SPC121 Grupo 37
DIRG 95.56 DIRC 96.20 Circuito C34
Cargo D 249.01 Dscto 96.20
CEC 96.63
DIU 105.66 DIU- 99.00
IIC 0.00 VC 4.00
Valor a compensar $ 4.812.60

3.Información de Creditos EEBP

Tipo	Plan	Capital Crédito	No. Cuotas	Saldo Capital	Cuotas Pagadas	Cuotas por Facturar
[illegible]						

Gerente General

4.Detalle Conceptos del Servicio de Energía

Conceptos EEBP	Valor Liquidado	Saldo Anterior	Saldo a Favor o Anticipado	TOTAL
ACTIVA SENCILLA MONOMIA	199.315,20	0	0,00	199.315
SUBSIDIO	-107.754,78	0	0,00	-107.754
AJUSTE A SUBSIDIO	2.023,50	0	0,00	2.023
COMPENSACION RES CREG 015/2018	4.812,60	0	0,00	4.812
AJUSTE A LA DECENA	-0,12	0	0,00	0

5.Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP 88.774

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	10.966	0	10,966

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
Aseo*	Alcaldia San Mi	Cra 4 Cll 7 Esq Bla Liberta		6.000	0	0	0	0		6.000

*Frecuencia Semanal > No Aprovechables: 3 Barrido: 3

[illegible]mación 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
88.774		10,966		6,000		0		105.740

CUFE: [illegible]

(415)7709998005532(8020)1000203706278016(3900)000010574(96)20250421

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

www.eebpsa.com.co @eebpsaesp /eebpsa

Fac Electrónica: EEBP 180108

Resolución de facturación electrónica DIAN No 18764083711901
de fecha: 28/11/2024 desde No 1 hasta No. 1000000
vigencia: 28/11/2024

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

Proveedor Tecnologico: diaspapeles S.A.S. NIT: 860028580-2 Software: fact+

EMPRESA DE ENERGÍA DEL BAJO PUTUMAYO S.A. E.S.P.
NIT. 846.000.550-0 - NIUR: 2-8550000-2
Autoretenedores Res. 647 de 25/01/2002
Responsables de IVA

"Generamos Desarrollo con Energía"

Vigilado Superservicios

Código de Suscripción	SM 11632	Pago oportuno hasta:	21-ABR-2025	Mes Facturado
Factura Nro.	20370627[illegible]	Suspensión a partir de:	22-ABR-2025	MARZO [illegible]

1 Información General

Nombre: FRANCISCA MONTAÑO — Ultimo pago $ [illegible]

Dirección: LOS ALMENDROS — Ultima variación de energía entre: 19 MAR 2025 [illegible]

Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Area	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Tarifa	División Geopolítica
				RESIDENCIAL	RURAL			AEREA	EMPRESA		SAN MIGUEL - PUERTO COLON

Tipo de Documento	Fecha y hora de Expedición	Fecha y hora de Generación	Medio de Pago	Forma de Pago	Factura Electrónica de Venta
			PAGO EN EFECTIVO	CONTADO	

2 Información Consumo Energía

Componentes del Costo (CU): Generación 49.85 + Transmisión 7.33 + Distribución 121.95 + Comercialización 20.79 + Pérdidas 14.60 + Restricción 1.0 = CU [illegible] ($/Kwh)

2A Información Medidor

Serial	Factor Multiplo
[illegible]	

2B Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa	[illegible]	102
Reactiva		

Tipo Lectura: [illegible]

Obs. Lectura: [illegible]

2C Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activo Kwh:	102		
Consumo Reactiva KVarh:	0		
Costo del consumo $	199315.2		
Tarifa (hasta 173 Kwh):	416.24		
Subsidio: %	60	$	107754.78
Contribución: %		$	0
Sub Total $	91560.42		

Meses en deuda: 1 — % Tasa Interés Moratorio: [illegible]

2D Consumo Ultimos 6 Meses

Mes	Consumo
[illegible]	

Promedio: [illegible]

2E Información Calidad del Servicio

[illegible]

3 Información de Creditos EEBP

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

Gerente General

4 Detalle Conceptos del Servicio de Energía

Concepto EEBP	Valor Liquidado	Saldo Anterior	Saldo a Favor o Anticipado	TOTAL
ACTIVA RESIDENCIAL MODERNA	[illegible]	0	0	[illegible]
SUBSIDIO	[illegible]	0	0	[illegible]
REDIF A RESIDENCIAL	[illegible]	0	0	[illegible]
CONTRIBUCION ALUMBRADO PUBLICO	[illegible]	0	0	[illegible]
ABONO A LA FACTURA	[illegible]	0	0	[illegible]

5 [illegible]mación Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP

88.774

6 [illegible]rmación Facturación Convenio Impuesto Alumbrado Público

Sujeto Activo	Operador A.P.	Convenio No.	Dirección PQR	Valor Periodo	Saldo Ant.	Valor Total
[illegible]NICIPIO DE SAN MIGUEL	MUNICIPIO SAN MIGUEL	ACUERDO 008 31/08/2021	[illegible]	[illegible]	[illegible]	10.966

7 Información Facturación Convenio Aseo y Alcantarillado

Concepto	Empresa	Dirección PQR	USO	Valor Tarifa	Subsidio o Factor Subsidio	Cargo Constante o Variable	Valor Tasa Ambiental	Saldo Anterior	Ajustes/Otros	Valor Total
Alcantarillado										0
Aseo*	Alcaldia San Mi Cra 4 Cll 7 Esq									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
88.774		10,966		6,000		0		105.740

CUFE: [illegible]

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

www.eebpsa.com.co @eebpsaesp /eebpsa

Fac Electronica: EEBP 150108

Resolución de facturación electrónica DIAN No [illegible] desde No 1 hasta No 1000000

Vigencia: 28/11/2024

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

Proveedor Tecnológico [illegible] Software: factel

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad Puerto Golon San Miguel

Nombre completo de la niña o niño Maddison Jhezabell Herazo Montaño

Fecha de nacimiento 08 (Día) 06 (Mes) 2022 **N° Documento de Identidad** 1122344021

Sexo Masculino ○ Femenino ● **Fecha de 1er día de atención en el año** 01 (Día) 05 (Mes) 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Leidy Calderon

Fecha de registro cualitativo 29 (Día) 08 (Mes) 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 Maddison Herazo se encuentra en un perfil esperado teniendo en cuenta que ha cumplido con los items de las dimensiones fundamentales que se encuentran dentro de su rango de edad, se ha evidenciado avances en comunicacion verbal y [illegible]cotima.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Leidy Calderon

Fecha de registro cualitativo 28 (Día) [illegible] (Mes) 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 [illegible]**ación cualitativa** **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ● Avanzado ○

Observaciones generales Maddison se encuentra en un perfil esperado de acuerdo a su rango de edad, se evidencia avances en todos los items, es una niña alegre y participa en todas las actividades.

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 conmigo 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

PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL

21
RN

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Maddison Herazo **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulos **AGENTE EDUCATIVO:** leidy c

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** _____

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)
19-11-2025	En horas de la mañana despues de realizar el llamado a lista se evidencio la inasistencia de la niña.	Agente educativa se comunica via telefonica con la madre y ella manifiesta lo siguiente "hoy no la llevo porque llego el papá de visita y vamos hoy a compartir en familia, ir de compras entonces me le regala el permisito" Agente educativa agradece la informacion y le recuerda la importancia de asistir al CDI	Leidy calderon	Rina Montaño

22
RN

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Maddison Heraco **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulos **AGENTE EDUCATIVO:** Leidy C.

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** _____

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)
26-08-2025	En horas de la mañana la madre de la niña se comunica via telefonica con la docente donde manifiesta lo siguiente "profe hoy no voy a mandar a la niña tiene mucha gripa y tos, la voy a tener en casa para darle unos medicamentos que le compre Syndiay y Zetygrip"	Agente educativa recomienda continuar con los cuidados en casa, mantenerla hidratada y acudir al Centro de salud si los sintomas persisten o empeoran se le sugiere que retorno al CDI cuando este completamente recuperada.	Leidy calderon	Rina Montaño

23
RIV

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Maddison Herazo **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulos **AGENTE EDUCATIVO:** Leidy C.

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 01-04-2025

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)
03-04-25	En horas de la mañana la madre de la niña se comunica via telefonica con la docente donde manifiesta lo siguiente "profe hoy no voy a mandar a maddison porque esta con daño de estomago y quiere darle malestar entonces prefiero cuidarla en casa!"	Agente educativa agradece la comunicación y le recomienda mantener a la niña en reposo, bien hidratada, y con una alimentacion liviana, se le sugiere acudir al centro de salud si los sintomas persisten, apenas la niña se encuentre completamente recuperada podra reintegrarse al cdi nuevamente.	Leidy calderon	Rina M.

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
03-04-25 04-04-2025	Al finalizar la jornada agente educativa se comunica via telefonica con la madre y ella manifiesta lo siguiente " profe el daño de estomago ya le quito, ya esta mejor, no ha presentado ningun otro sintoma, ya mañana la mando, ya le llevo la niña al hogar." la niña ingresa a la unidad aparentemente bien de salud. se cierra la novedad.

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

Fundación Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Maddison Herazo **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulos **AGENTE EDUCATIVO:** Leidy C.

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 01-05-2025

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)
12-06-2026	En horas de la mañana al realizar el llamado a lista se verifico la inasistencia de la niña.	Agente educativa se comunica via telefonica con la madre y ella manifiesta lo siguiente "profe hoy no la lleve porque esta con gripa y tos y la tendre en casa para darle medicamento" se le recomienda brindar los cuidados necesarios para la niña y hacer llegar el permiso por escrito para justificar la inasistencia de la niña, tambien se le recuerda asistir a la cita de control y desarrollo de la niña.	El 13-06-2026 la niña ingresa al cdi aparentemente bien de salud, entrega tambien las fotocopias del control y desarrollo Se cierra la novedad	Leidy Caldero	Rina Montaño

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Maddison Herazo **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulos **AGENTE EDUCATIVO:** Leidy C.

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 01-05-2025

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)
05-06-2025	la madre se comunica via whatsap con la docente a la 7:11am refiere lo siguiente "Hola buenos dias para informarte que la niña amanecio con algo de fiebre y por esa razon no la voy a mandar, tiene como malestar como que le quiere dar ese virus que anda no deja dormir.	Agente educativo le recomienda llevarla al medico para que le manden medicamentos y si le dan reposo que solicite incapacidad a lo que la madre refiere lo siguiente "voy a darle dolex y si sigue malita en el transcurso de hoy y mañana ya la llevo al hospital." agente educativa le recomienda estar atenta a otros sintomas, y brindarle los cuidados necesarios para la recuperacion de la niña.	El 06-06-2025 la niña ingresa a la unidad a recibir la atencion y en cuanto al estado de salud aparentemente esta bien. Se cierra la novedad	Leidy Calderon	Rina Mariano

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Madison Heraco **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulos **AGENTE EDUCATIVO:** Leidy C.

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 01-05-2025

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	SEGUIMIENTO	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
26-05-2025	La madre se comunica via telefonica con la docente manifestando lo siguiente "profe buenos dias, para solicitarle un permiso para mi hija que esta malita del estomago, tiene diarrea, entonces la voy a tener en la casa el dia de hoy."	Agente educativa le recomienda a la madre que si el sintoma persiste o aparecen otros, llevarla con un medico y hacer llegar el permiso para justificar la inasistencia de la niña.	el 27-05-2025 la niña ingresa a la unidad aparentemente bien de salud. Se cierra la novedad	Leidy calderon	Rina Montaño

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Maddison Herizo **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulos **AGENTE EDUCATIVO:** Leidy C.

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 01-05-2025

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)
13-05-2025	El 12-05-2025 la madre en horas de la noche se comunica con la agente educativa via whatsap manifestando lo siguiente " Hola, mañana no voy a mandar la niña, tiene mucha gripa, tos y congestion y ya esta tarde le dio fiebre."	Agente educativa le recomienda a la madre brindarle los cuidados necesarios a la niña y apenas se recupere reintegrarla al jardin, se le recuerda hacer llegar el permiso por escrito para justificar la inasistencia de la niña. En horas de la tarde la	El 14-05-2025 agente educativa en horas de la mañana se comunica con la madre de la niña y ella manifiesta lo siguiente "Hola buenos dias, maddison ya esta un poquito mejor, pero todavia tiene gripa y tos, dependiendo de como amanezca mañana, veo si la mando"	Leidy Calderon	Rina Montaño
		madre hace llegar un Permiso donde solicita Permiso por los dias 13 y 14, agente educativa procede a anexar el permiso en la carpeta de novedades	El 19-05-2025 la niña ingresa al CDI aparentemente bien de salud. Se cierra la novedad.		Rina Montaño

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
15-05-2025	En horao de la mañana agente educativa se comonica via telefonica con la madre de la niña y ella manifiesta lo siguiente " profe ya cota mejor pero debes en coando tose y la gripa no le ha goitado del todo por eso no la monde hoy, voy a tenerla en casa hoy tamben profe" se le recuerda la importancia de asistir al jardin y coolquier cosa la profe estara llamandola para preguntar por la salud de la niña.
16-05-2025	Salud y nutricion se comunica con la madre de familia para conocer el estado de salud de la niña, donde la madre manifiesta que la niña se encuentra mejor, que "todavia tiene moquitos", que le compro medicamentos para la gripe y tos en una drogeria y se han echo bueno. Tambien manifiesta la madre que la ha cuidado estos dias en casa porque ha llovido mucho y no quiere que se le reesfrie, la madre comunica que el dia lunes 19/05/2025 llevara a la niña al EDI si todo evoluciona bien.

nutricionista