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: 12 | 08 | 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 Frontera de Paz.

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: 1122344429

Fecha nacimiento: 28 | 04 | 2024

Nombres: Daphne Stefania

Apellidos: Muñoz Delgado

Presenta discapacidad? ( ) Sí (●) No

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

¿Se autoreconoce en alguno de los siguientes grupos poblacionales? ( ) Sí (●) 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: Los prados

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: 1058967830

Nombres: Fabiola

Apellidos: Delgado Hoyos

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 26 | 07 | 1989

Correo electrónico:

Número de celular: 3115397775

Número de fijo:

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

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

Nombre y Firma del padre, madre y/o cuidador: Fabiola Delgado

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Maritza S.C

Observaciones:

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:
Daphne Stefania Muñoz Delgado

Nº DOCUMENTO: 1122344429 **TIPO DOCUMENTO:** RC X CC__ OTRO ___
FECHA DE NACIMIENTO: 2024-Abril-28 **EDAD:** 1 año 3 M.
LUGAR DE NACIMIENTO: San Miguel (Dorada)

NOMBRE DE LA UDS: CDI Fronteras de Paz
CODIGO UDS: 867571126972 **BARRIO/VEREDA:** _____
FECHA DE INGRESO: 12-08-2025 **FECHA DE RETIRO:** _____

SISBEN: A1 **EPS:** Nueva Eps **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: Fabiola Delgado Hoyos
Nº CÉDULA: 1058967830 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Bolivar
NOMBRE DEL PADRE: _____
Nº CÉDULA: _____ **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** _____
Nº DE CELULAR: _____
NOMBRE DEL ACUDIENTE: Fabiola Delgado Hoyos
Nº CÉDULA: 1058967830 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Bolivar
DIRECCIÓN VIVIENDA: Los prados **ZONA POBLACIONAL: (R)**__ **(U)**X
NUMERO DE CELULAR 3115397775

Fabiola Delgado
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Maritza Siagama C.
NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.122.344.429

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 63700436

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código X 6 2

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE SAN MIGUEL(LA DORADA) - COLOMBIA - PUTUMAYO - SAN M

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MUÑOZ	DELGADO

Nombre(s)

DAPHNE STEFANIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2024 Mes ABR Día 20	FEMENINO	A	POSITIVO

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

COLOMBIA PUTUMAYO SAN MIGUEL(LA DORADA)

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	2404641095249

Datos de la madre o padre *(Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos

DELGADO HOYOS FABIOLA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.058.967.830	COLOMBIA

Datos de la madre o padre *(Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos

MUÑOZ CORREA ELVER

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.116.912.532	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

DELGADO HOYOS FABIOLA

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.058.967.830	Fabiola Delgado

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2024 Mes MAY Día 21	ROY EDISON CALLEJAS RAMA REGIST Nombre y firma

dispapeles 60195

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.058.967.830

DELGADO HOYOS
APELLIDOS

FABIOLA
NOMBRES

Fabiola Delgado Hoyos
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 26-JUL-1989
BOLIVAR
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

04-OCT-2007 BOLIVAR
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1100700-36166292-F-1058967830-20071224 05650 07356A 02 277998980

Sisbén
Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: **05/11/2025**

Ficha: **86757675477800000277**

A1

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: **DAPHNE STEFANIA**

Apellidos: **MUOZ DELGADO**

Tipo de documento: **Registro civil**

Número de documento: **1122344429**

Municipio: **San Miguel**

Departamento: **Putumayo**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **01/10/2025**

Última actualización ciudadano: **01/10/2025**

Última actualización via registros administrativos: **02/10/2025**

***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

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	1122344429
NOMBRES	DAPHNE STEFANIA
APELLIDOS	MUÑOZ DELGADO
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	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	29/04/2024	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	12/05/2025 13:56:05	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado

7

nueva eps

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) DAPHNE STEFANIA MUOZ DELGADO identificado(a) con RC 1122344429 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 28/04/2024

Estado de la Afiliación: **Vigente**

IPS: **SUBSIDIADO-E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA**

Categoría: **SISBEN_1**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 26 días del mes 8 del año 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS. NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...Sanos



E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

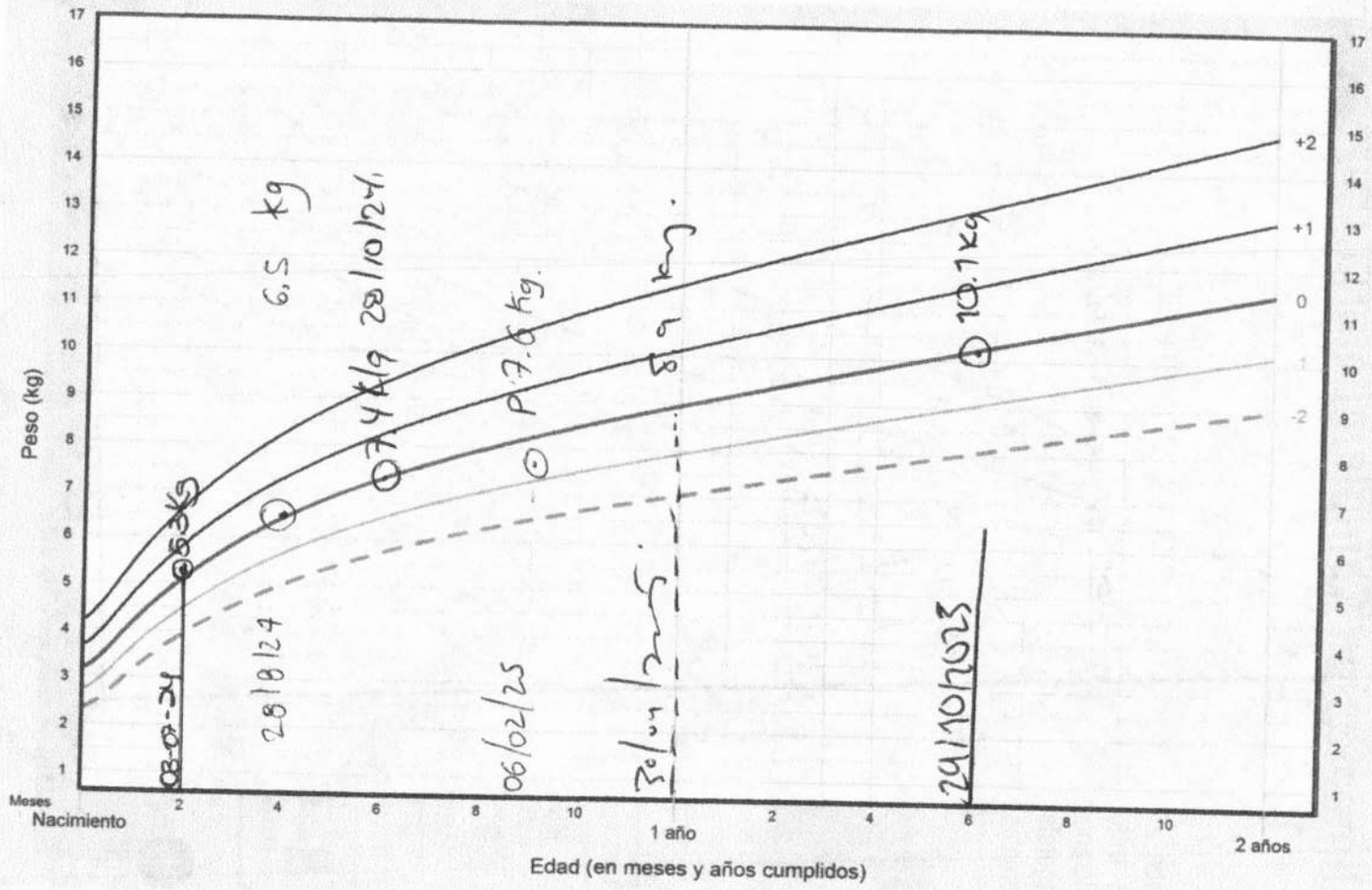
Nombres: Daipne Stefania	Apellidos: Muñoz Delgado
Fecha de nacimiento: 28 DÍA | 04 MES | 2024 AÑO	Historia Clínica: 1122344429
Barrio/Vereda: B/ 9 de Abril	Responsable del niño: Fabida Delgado
Teléfono:	EPS: Nueva EPS.

CITAS PROGRAMADAS

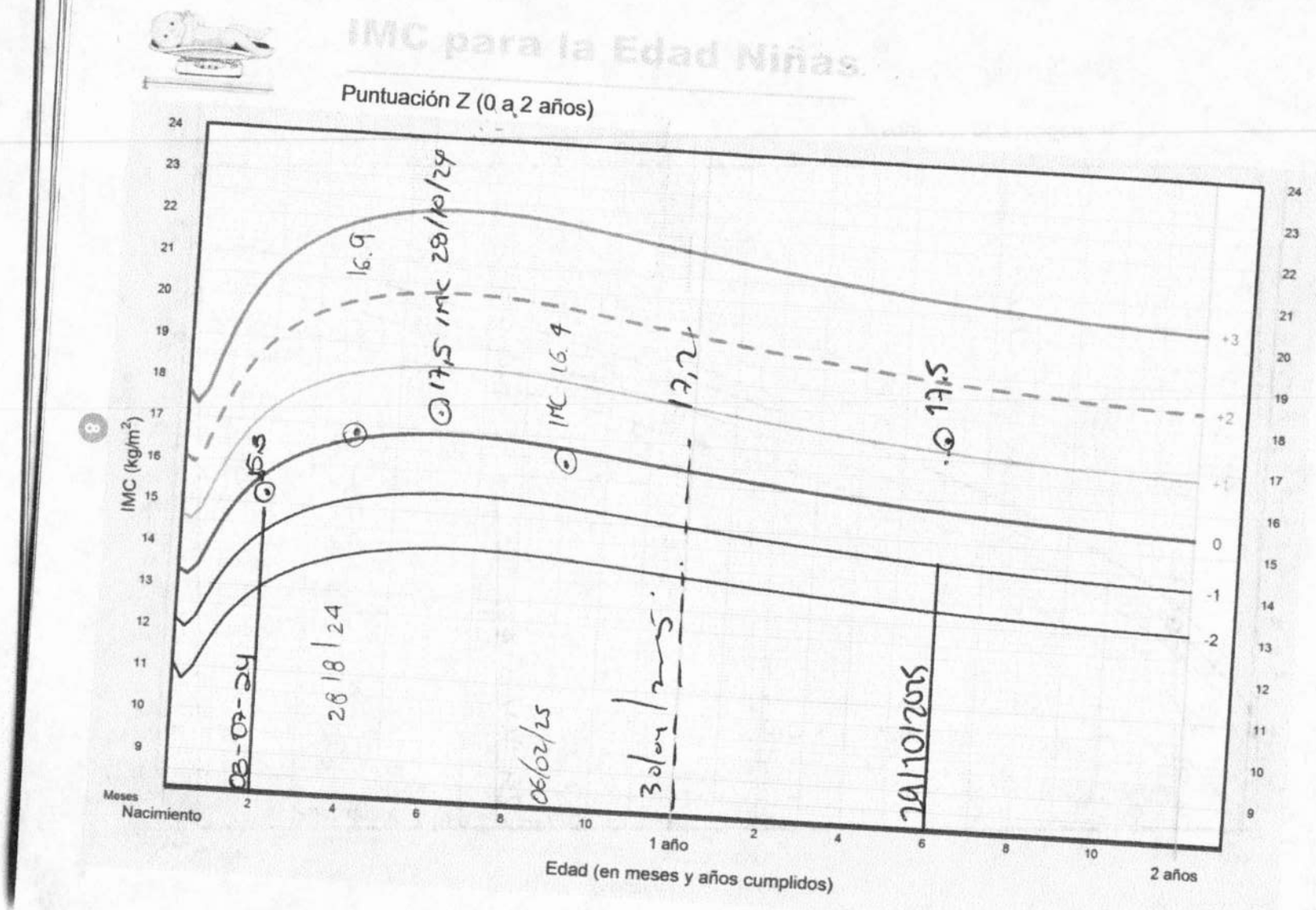
DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
28	Agosto	2024	Medico	✓	
28	Octubre	2024	enf	SI ✓ Milena C.	
28	Enero	2025	Enfer		
06	Feb	2025	Enf	Si ✓	P. Lopez X
28	Abril	2025	Med.		
30	04	2025	TLS	✓	
28	10	2025	Enf.	SI ✓	Rocio Q.
28	04	2026	Medico		

Peso para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)

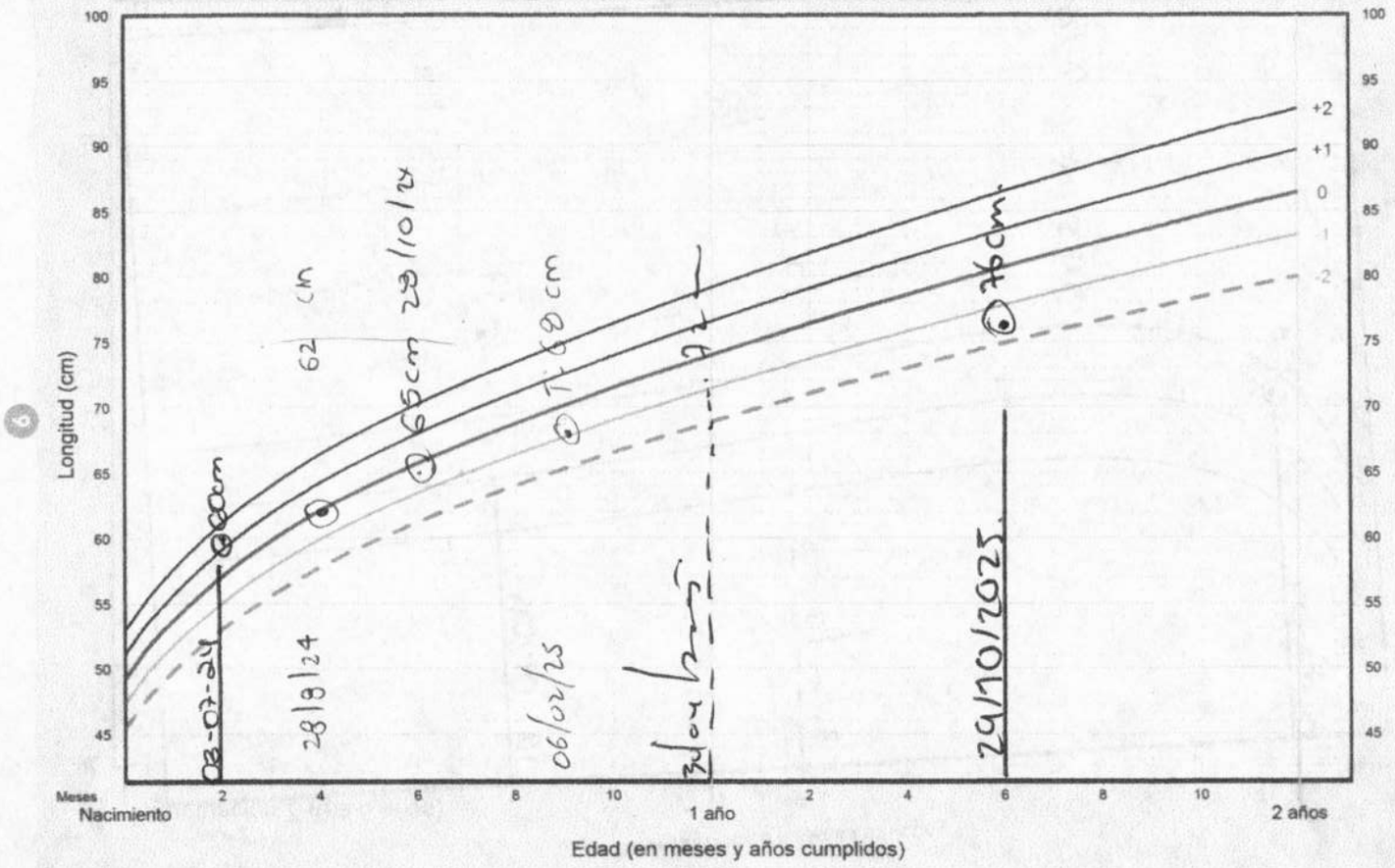


Peso para la Talla Niñas
Puntuación Z (0 a 2 años)
Peso (kg)
Longitud (cm)
08-07-24 ① P-5.2kg T=60cm
62 cm 6.5 kg 28/8/24
② P: 7.4 kg T: 65cm 28/10/24
06/02/25
③ P: 7.6Kg T: 68cm
72cm / 8.9 kg.
29/10/2025
④ 76cm P: 10.1g


IMC para la Edad Niñas
Puntuación Z (0 a 2 años)
IMC (kg/m²)
Meses
Nacimiento
1 año
2 años
Edad (en meses y años cumplidos)
+3
+2
+1
0
-1
-2
08-07-24
28/8/24
06/02/25
30/06/25
28/10/2025
16.9
IMC 28/10/24
17,5
IMC 16.4
17,2
17,5

Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



Perímetro Cefálico Niñas
Perimetro cefálico (cm)
Puntuación Z (0 a 5 años)
Edad (en meses y años cumplidos)
Meses
Nacimiento
1 año
2 años
3 años
4 años
5 años
03-07-24
38cm
28-8-24
41 cm
48cm 28/10/24
50 cm
06/02/25
45 cm
29/10/2025
46cm

13
R/V

Vacunar Oportunamente con todas las dosis a tus hijos, **Garantiza la Protección** frente a enfermedades como:

Tuberculosis meningea, Hepatitis B, Poliomielitis, Meningitis y otras enfermedades causadas por Haemophilus Influenzae tipo B, Difteria, Tosferina, Tétanos, Diarrea por rotavirus; Neumonia, Otitis, Meningitis bacteriemia 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.



Busca ya las vacunas

¡es gratis, hazlo de una!

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)

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

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

| | | |

Nombres y Apellidos:_____ Tipo de Indentificación_____ No. ID:_____

	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	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	28	abril	24	Lactancia materna exclusiva Si No Serum	C	3 1 2 M A O S L	HF10				Edvard IB
	Hepatitis B	Recién nacido	28	abril	24	Serum	O	3 2 1 Q O 1 B B					
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1ª	02	07	24	Lactancia materna exclusiva Si No Biological	2	2 3 9 0 0 1					
	Pentavalente Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1ª	02	07	24	Serum	2	8 5 2 X 0 1 4 B	H.F.L.J	cita 28/junio/24			Isabel Arias.
	Pentavalente Hepatitis B	1ª	02	07	24	Serum	2	8 5 2 X 0 1 4 B					
	Pentavalente Difteria, Tétanos, Tosferina	1ª	02	07	24	Serum	2	8 5 2 X 0 1 4 B					
	Diarrea por rotavirus	1ª	02	07	24	GSK	A	F 0 C B 3 8 A B					
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 PCV 13	1ª	02	07	24	Pfizer	B	J B 6 3 6					
4 meses						Lactancia materna exclusiva Si No							
	Poliomielitis (VIP)	2ª	04	09	24	Biological	2	2 3 9 0 0 3		CITAS 02-Sept 2024			
	Pentavalente Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2ª	04	09	24	Serum	2	8 8 2 4 0 1 1 D	H.F.C				Kelly Jimenez.
	Pentavalente Hepatitis B	2ª	04	09	24	Serum	2	8 8 2 4 0 1 1 D					
	Pentavalente Difteria, Tetanos, Tosferina	2ª	04	09	24	Serum	2	8 8 2 4 0 1 1 D					
	Diarrea por rotavirus	2ª	04	09	24	GSK	B	R U C D 8 3 8 A B					
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 PCV 13	2ª	04	09	24	Pfizer	6	J 1 9 1 2					
6 meses						Lactancia materna exclusiva Si No							
	Poliomielitis (VIP)	3ª	05	11	24	Biolo	2	2 3 9 0 0 5		CITA:			
	Pentavalente Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3ª	05	11	24	Serum	2	8 5 2 4 0 1 3 B	H.F.V	04 - Noviembre 2024			Jeniffer Cabezas
	Pentavalente Hepatitis B	3ª	05	11	24	Serum	2	8 5 2 4 0 1 3 B					
	Pentavalente Difteria, Tetanos, Tosferina	3ª	05	11	24	Serum	2	8 5 2 4 0 1 3 B					
	Influenza estacional	1ª	16	09	2025	Sequirus	P	1 0 0 9 9 2 7 9 4	HFD				
7 meses	Influenza estacional	2ª	04	NOV	25	Seqirus	P	1 0 0 9 9 2 7 9 4	HFD	CITA:			Jeniffer C.
12 meses	Sarampion, rubéola y parotiditis (SRP)	1ª	28	04	25	SERUM	Z	1 3 2 N 0 7 4 A		28 - ABRIL 2025			
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 PCV 13	Refuerzo	28	CA	25	PFIZER	H	J 5 2 7 7	H.H.C				Jeniffer C.
	Varicela	1ª	28	04	25	MERCK	L	U 1 8 5 9 0					
	Hepatitis A	Única	28	CA	25	MSD	Z	0 2 2 0 4 0 7 5					
	*Influenza estacional	Anual											
18 meses	Poliomielitis (VIP)	1er Refuerzo	04	NOV	25	Biological	2	4 2 9 0 0 6	HAPHD				
	Difteria, Tosferina y Tetano DPT Pentavalente	1er Refuerzo	04	NOV	25	Serum	2	8 5 4 X 0 1 3 E	HPHD				Jeniffer C.
	**Fiebre Amarilla	Única	28	04	25	Pfizer	2	3 F 0 3 1 5	HPHD	CITA:			JENIFFER C.
5 años	Sarampion, rubéola y parotiditis (SRP)	2ª	04	NOV	25	Serum.	6	1 3 3 N 1 7 9 B	HPHD	05-NOVIEMBRE 2025			Jeniffer C
	Poliomielitis (VIP) (VOPb)	2do Refuerzo											
	Difteria, Tétanos, Tosferina	2do Refuerzo											
	Varicela	Refuerzo											
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1ª								cita: 5 Años Cumplidos			
		2ª											
		3ª											
Sin rango de edad	Covid-19	1ª											
		2ª											
		1er Refuerzo											
		2do Refuerzo											
Vacunas no incluidas en el esquema y otras dosis													

*De acuerdo al antecedente de primovacunación **A los 12 meses en municipios priorizados de acuerdo a la normatividad vigente

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

Powered by CamScanner

San Miguel (La dorada Putumayo) 29 octubre 2025

Señora:

EDITH ISABEL MENESES

Coordinadora local del Centro de Desarrollo Infantil Frontera de Paz

Cordial saludo:

Yo Fabiola Delgado Hoyos. Identificada CC 1058967830

madre del niño(a) Daphne Stefania M Identificado con RC 1122344429

Por medio del presente, manifiesto que mi hija no cuenta en su esquema de vacunación con el biológico de **influenza estacional correspondiente a los 12 meses**, debido a que las dosis de influenza de los **6 y 7 meses** le fueron aplicadas este mismo año.
De acuerdo con el esquema establecido para este biológico, el refuerzo de **1 año** deberá aplicarse en el **año 2026**, ya que corresponde como refuerzo de las dos dosis previamente aplicadas

Atentamente: .Fabiola delgado

Nombre: Fabiola Delgado Hoyos
C.C: 1058967830
Celular: 3115397775.

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

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL

La salud es de todos — Minsalud

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

15

CIUDAD San Miguel. FECHA: DÍA 20 MES 08 AÑO 2025 HORA: 11:56 AM.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Daphne Stefania. APELLIDOS Muñoz Delgado.

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1.122.344.429.

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 28 MES: 04 AÑO: 2024 / EDAD: 1 años 3meses.

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Nueva EPS Tel: 311 539.7775

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) No disponibilidad del biologico.

¿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 (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:** X que se me aplique la vacuna.

Firma de la persona: Fabiola delgado

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

Nombres Fabiola Apellidos Delgado

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 1.058.967.830

Firma: Fabiola delgado

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: Jeniffer Yulieth Cabezas Meneses

Firma Jeniffer Cabezas Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1126446064

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFLD

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Putomayo 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
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							26-06-25 28-12-25					
		Profilaxis y remoción de placa												
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)												
	V	Vacunación												

LILIANA MARIBEL CORDOBA
AUX. EN SALUD ORAL
RES. 8600493-2011

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 INFAN

E.S.E. Hospital Fronterizo LA DORADA

Mi prioridad es tu salud



Nombres y Apellidos: Daphne Stefania Munoz

Doc. de Identidad: RC 1122344429

EPS: Nueva EP

Teléfono: 3153977775

Domicilio: B/ Libertad

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre 17

Ciudad

Nombre completo de la niña o niño Daphne Stefania Muñoz Delgado.

Fecha de nacimiento 28 Abril 2024 **N° Documento de Identidad** 1122344429.

Sexo Masculino ○ Femenino ● **Fecha de 1er día de atención en el año** 17 08 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Maritza Siagama Certiga

Fecha de registro cualitativo 17 11 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

Daphne Stefania se encuentra dentro de lo esperado teniendo encuenta que ha cumplido con los items correspondiente a su etapa de edad, se continuara con el programa pedagogico como se ha venido trabajando.

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

●

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de registro 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)***

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)***

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

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

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 Daphne Stefania Muñoz Delgada, identificado (a) con documento de identidad número 1122344429, 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, Fabiola Delgado Hoyos, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1058967830, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	✓	Audios	✓	Videos	✓	Otros datos personales	✓

La autorización comprende:

1. Captar, tomar, almacenar y editar imágenes personales o fotografías, realizar videos y audios del menor de edad y/o del adulto mencionado (s) anteriormente según corresponda.
2. Divulgar y publicar las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción de derechos de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, y en el respeto de sus derechos fundamentales.

Manifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la recolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informado de los derechos con que cuenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales presenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 91 80 80.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra persona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

Los productos autorizados son originados por Fundación Alma de Vida, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa Institucional.

Suscriben:

Firma: Fabiola Delgado
Nombre: Fabiola Delgado Hoyos
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3115397775
Fecha: 12-8-2025
Municipio: San Miguel

¡Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!
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.

CLASIFICADA

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

Fabiola delgado
Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Maritza S.C
Agente educativa

Huella del niño/niña

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

"Generamos Desarrollo con Energía"

Vigilado Superservicios

Código de Suscripción	SM 10653	Pago oportuno hasta:	07-AGO-2025	Mes Facturado
Factura Nro.	2037201612	Suspensión a partir de:	08-AGO-2025	JULIO 2025

1. Información General

Nombre:	MARIA EMERITA IRUA ROSERO		07-JUL-2025	Último pago	$ 28,760
Dirección:	CENTRAL	Tuve servicio de energía entre:	17-JUN-2025 - 17-JUL-2025 (30)		25-JUL-2025

Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Área	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Tarifa	División Geopolítica
SM1	S102	91	1	RESIDENCIAL	URBANA	1	.6	AEREA	EMPRESA	105	SAN MIGUEL - CENTRAL

Tipo de Documento	Fecha y hora de Emisión	Fecha y hora de Generación	Medio de Pago	Forma de Pago	Factura Electrónica de Venta
FACTURA DE VENTA	25\07\0025	25\07\0025	PAGO EN EFECTIVO	CONTADO	EEBP 315358

2.Información Consumo Energía

Componentes del Costo (CU)	Generación	+ Transmisión	+ Distribución	+ Comercialización	+ Pérdidas	+ Restricción	= CU
	407.99	54.69	255.59	135.99	57.21	85.34	996.80 ($/KwH)

2A.Información Medidor

Marca	Serial	Factor Múltiplo
HK	15255899	

2B.Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	4378	4342
Reactiva:		

Tipo Liquid.: PROMEDIO INDIVIDUAL
Obs. Lectura: CAJILLA NO LEGIBLE CON

2C.Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	36	
Consumo Reactiva KVarh:	0	
Costo del consumo $	35884.8	
Tarifa (hasta 173 Kwh):	448.9	
Subsidio: %	54.96	$ -19724.4
Contribución: %		$ 0
Sub Total $	16160.4	

Meses en deuda: 1 % Tasa Interés Moratorio: 5

2D.Consumo Ultimos 6 Meses

Mes	Consumo
2025/Jun	43
2025/May	39
2025/Abr	31
2025/Mar	35
2025/Feb	33
2025/Ene	31

Promedio: 35

2E.Información Calidad del Servicio

Tel. O.R. EEPB 01 8000 942415
Transformador SLD110 Grupo 22
DIUG 30.24 FIUG 19 Circuito C14
Cargo D 262.47 Dscto %t 20
CEC 43.21
DIU 67.85 FIU 95.00
HC 0.00 VC 2.00
Valor a compensar 2,268.12

3.Información de Créditos EEBP

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

Gerente General

4.Detalle Conceptos del Servicio de Energía

Conceptos EEBP	Valor Liquidado	Saldo Anterior	Saldo a Favor o Anticipado		TOTAL
ACTIVA SENCILLA MONOMIA	35,884.80	0	0	0.00	35,885
SUBSIDIO	19,724.40	0	0	0.00	19,724
AJUSTE A SUBSIDIO	871.54	0	0	0.00	872
COMPENSACION RES.CREG. 015/2018	2,268.12	0	0	0.00	2,268
AJUSTE A LA DECENA	4.82	0	0	0.00	5

5.Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP 14,759

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	2,931	0	2,931

7.Información Facturación Convenio Aseo y Alcantarillado

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

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

8.Información Facturación Otros Convenios

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

Total EEBP	+ Total Impuesto Alumbrado público	+ Total Aseo y/o Alcantarillado	+ Total Otros Convenios	= Debo pagar en Total
14,759	2,931	6,000	0	23,690

CUFE:

(415)7099980055320(8020)10002037201612800(3900)0000023690(96)20250807

879180281d4eb642f79308fdc0ea31835191c24fecb476237fb97d0e82441
4a07140ab5e67154822c2629f9c0707018

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

www.eebpsa.com.co @eebpsaesp /eebpsa

Fac. Electronica: EEBP 315358

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

21
E1Y

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Daphne Stefania M. UNIDAD DE ATENCIÓN: Caminadores AGENTE EDUCATIVO: Mariza

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 12-08-2025

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)
01-12-2025	Durante el diligenciamiento del formato RAM y llamado a asistencia se evidencia la inasistencia del niño usuario.	La agente educativa se comunica con la madre de familia para saber por la cual el niño usuario, no asistió, la madre de familia manifiesta que la niña amaneció con mucha tos por tal razón no lo trajo.	Mariza S.J.	Fabiola

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
02-12-2025	El niño usuario ingresa con total normalidad a la unidad

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Daphe Stefania UNIDAD DE ATENCIÓN: Caminadores AGENTE EDUCATIVO: Maritza

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 12-08-2025

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)
10-11-2025	La madre de familia trae a la niña con sarpullido en el cuello, para el ingreso de la niña usuaria.	La agente educativa observa a la niña y ve que la niña necesita cuidados en casa y se le recomienda llevarlo a casa para su cuidado. A la madre de familia se le recomienda llevarla al medico y se ha revisada para saber que es lo que tiene.	Maritza. S. V.	fabiola delgado

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
11-11-2025	La agente educativa se comunica con la madre de familia para conocer que le dijeron los medicos, la madre manifiesta que era una infección en la piel por lo tanto la nica esta en cuidado en casa Este caso se remite a salud y nutrocción.
11-11-2025	La nutricionista se comunica con la madre de familia para saber sobre el estado de salud de la menor, la madre refiere que la niña esta con irritación en la piel, la llevo a urgencias y le dieron medicamentos y cremas para el área afectada, el medicamento no habia y se lo entregan el viernes, el medico le dijo que la debe tener en cuarenteria debido a su alergia cutanea. Se le recomienda seguir las sugerencias del medico para un mejor alivio y pronto.
12/11/2025	La nutricionista se comunica con la madre de familia, refiere que la niña sigue con más brotes, ya se expandieron y pica mucho, el medicamento aun no llega, esta con la crema suministrada, se le recomienda estar dendiente del medicamento para cuando llegue lo pueda ir a recojer y la niña se someta al tratamento
13/11/2025	la nutricionista se comunica con la madre, ella refiere que aun no le dan respuesta sobre el medicamento, la niña esta un poco irritante por el brote pero un poco mejor que ayer. esta a la espera del medicamento

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
14-11/25	La nutricionista se comunica con la madre de familia, la madre refiere que esta mejor, ya los brotes disminuyeron, e igual la picazon que tenia, el medicamento ya llego, ahora ya la va a someter al tratamiento con el medicamento y la crema para que la niña ya se cure por completo. Se le recomienda estar juiciosa con todo el tratamiento. Dietta Uw
18/11/25	La nutricionista se comunica con la madre de familia para valorar y saber sobre el estado de salud de la menor, la madre refiere que la niña la iba a traer el dia de hoy pero le salieron otros granos en el area de la cara entonce prefiere no traerla para no contagiar a los otros niños, pero del brote que tenia ya ha mejorado. Dietta Uw
19/11/25	Se hace llamado a la madre para saber sobre estado de salud, la madre refiere que la niña va mejorando, secondle los nuevos brotes que tene.
20/11/25	Se hace llamado por via telefonica a la madre para saber sobre el estado de salud, la madre refiere que la niña ya esta mejor gracias a los medicamentos y cremas recetadas

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
21/11/2025	se hace comunicado con la madre de familia para saber la evolucion de la niña, la madre refiere que ya solo le queda 1 de los brotes, espera el Lunes traerla al CDI.
24/11/25	la nutricionista se comunica con la madre de familia, la madre refiere que la niña esta bien pero ha tenido gripa y hoy la llevo el papa a la casa tarde, le esta dando medicamentos para que mejore, se compromete mañana traerla al CDI. Dayana V.
25/11/2025	la nutricionista se comunica con la madre de familia y dice que hoy ya traera a la niña. Siendo las 8:10am se evidencia que la menor ya asiste al CDI, se ve mejor ya sin gripa y con el brote curado. se tendra en vigilancia de cualquier suceso. Dayana V.

ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

codigo de habilitacion 867570002101 Nit: 846002309

Dir:Barrio El Paraiso Tel: 3134821413

FORMULACION MEDICAMENTOS URGENCIAS.

PACIENTE: MUÑOZ DELGADO DAPHNE STEFANIA
No HISTORIA: 1122344429
IDENTIFICACION: RC1122344429
FEC. NAC: 28/04/2024
REGIMEN: Subsidiado
EMPRESA: NUEVA EPS

SEXO: Femenino
EDAD: 1 Año 6 Meses
DIRECCION: BARRIO LA LIBRTAD

FOLIO No: 277674 **FECHA:** 10/11/2025 9:26 a.m.
ADMIN No: 1509233
TELEFONO: 3115397775
MUNICIPIO: SAN MIGUEL LA DORADAPUT

DIAGNOSTICO

L080 PIODERMA

No.	CODIGO	DESCRIPCION	CANT.	ENTREG.	DURACION
1	210465-02	Cefalexina suspension 250 mg/5ML (SUSPENSION) Concentracion:250MG 5ML mg/ml Dosificacion: TOMAR 2,5 CC ADA 6 HRS PRO 7 DIAS Via ORAL	1-Uno	Pf	7 Dia(s)
2	11691-01	acido fusidico crema (CREMA) Concentracion:2 mg Dosificacion: APLICAR CADA 8 HRS PR 5 DIAS Via TOPICA	1-Uno		5 Dia(s)

PROFESIONAL: VILLALBA CANAR AMANDO
REG MEDICO: 131578
ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL
IDENTIFICACION: 12746349

Firma Paciente

Dispensado:

Fecha Impresion: 10/11/2025

Validacion Farmaceutica

Intusalud Net

ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA
10 NOV 2025
FARMACIA - ENTREGADO

Pagina No 1

Scanned with CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Daphne stefania M. UNIDAD DE ATENCIÓN: Caminadores AGENTE EDUCATIVO: Maritza

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 12-08-2025

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)
04-11-2025	Daphe, Durante el diligenciamiento del formato RAM y llamado a lista se puede evidenciar la inasistencia de la niña usuaria	La agente educativa se comunica con la madre de familia, para conocer el motivo de la inasistencia, la madre manifiesta que por cuestión de viaje no pudo traer a la niña usuaria.	Maritza S.V.	· Fabiola delgado

BIENESTAR FAMILIAR

SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO

05-11-2025 La niña usuaria ingresa con un colpe en la cara y en la parte nariz esto golpes se observa siendo 9:31 am, la agente educativa se comunica con la madre de familia para que lleve al medico y la puedan revisar para que no tenga alguna fractura y por el bienestar, la madre manifiesta que la niña usuaria se callo ayer en la casa por tal razon tiene esos moretones. y se compromete llevarla.
La niña ingresa 8:00 am y se retira 9:37 am. Fabiola delgado

06-11-2025 La madre de familia manifiesta que a la niña usuaria la lleva al hospital y la revisaran y la encontraran con perfecta condicion de salud.

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Daphne Stefania UNIDAD DE ATENCIÓN: Caminadores AGENTE EDUCATIVO: Maritza

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 12-8-2025

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)
24-10-2025	Durante el diligenciamiento del formato RAM y llamado asistencia se evidencia la inasistencia del niño usuario.	La agente educativa se comunica con la madre de familia para conocer el motivo, la madre manifiesta que por la lluvia y la niña esta agripada por tal razón no podra asistir.	Mantza.	Fabioladelgado

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	27-10-2025 La niña usuaria ingresa con total normalidad a la Sala.

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

Fundación Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

27
12/V

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Daphne Stefania **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Caminadores **AGENTE EDUCATIVO:** Maritza

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 12-08-2025

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)
03-10-2025	Durante el diligenciamiento del formato RAM se evidencia la inasistencia del niño usuario.	La agente educativa se comunica con la madre de familia para preguntar el motivo de la inasistencia la madre manifiesta por el motivo que esta llueviendo y la niña tiene gripe. por tal razon NO la trajo.	Maritza.	Fabiolaolalgado

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
06-10-2025	La niña se encuentra bien de salud desde casa.

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

28
2/4

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Daphne stefania UNIDAD DE ATENCIÓN: Caminadores AGENTE EDUCATIVO: Maritza

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 12-08-2025

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)
14-8-2025	Durante el diligenciamiento del tamato RAM y llamado a lista se obserua la masistencia del niño usuario	La agente educatiua se comunica con la madre de familia, y ella manifiesta que el dia esta fio por tal razon no la pudo traer, la niña se encuentra bien.	Maritza	Fabiola delgado

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	15-10-2025 La niña usuaria ingresa a la Sala Caminadores con total normalidad.

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Daphne Stefania UNIDAD DE ATENCIÓN: Caminadores AGENTE EDUCATIVO: Maritza

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 12-08-2025

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)
30-09-2025	Durante el diligenciamiento del formato RAM y llamado a lista se observa la inasistencia del niño usuario.	La agente educativa se comunica con la madre de familia para conocer el motivo de la masistencia, la madre manifiesta que la niña amaneció con gripe por tal razón no la pudo traer y el día estaba frio.	Maritza.S.CF.Abiología	

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	2-10-2025 La niña usuaria ingresa con total normalidad a la sala caminadores.

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

3115397775
3133792969

30
RIV

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Daphne Stefania M **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Sala cuna **AGENTE EDUCATIVO:** Maritza.

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 07-07-2025.

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)
05-09-25	Durante el diligenciamiento del formato RAM se puede evidenciar la inasistencia de la niña usuaria el día de hoy.	La agente educativa se comunica con la madre de familia para saber el motivo de la inasistencia, la madre manifiesta que la usuaria amaneció con aparente malestar y fiebre.	Maritza SC	Fabiola delgado

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	6-07-2025 La niña amanecio muy bien, siendo 9:00 am.
	8-07-2025 La madre de familia informa a la agente educativa que la niña no podra asistir, por el motivo que se encuentra indispuesta aparentemente de vómito. Se remite a salud y nutricion
8/07/25	Se establece comunicación con la madre de familia y conocer el estado de salud de la menor. La madre menciona que la niña presenta fiebre por motivo de que le estan saliendo los dientes y tambien presenta vómito. Ella dijo que durante este día la va a tratar con medicina tradicional. Sin embargo se recalca la importancia de acudir al medico por una valoracion y se informa que estaremos pendientes de la evolucion de la niña
9/07/25	La madre ingresa al COI con la menor, sin embargo se evidencia que la niña se encuentra con la piel palida y decaida. Por lo cual se recomienda a la madre en llevar a la menor a revisión médica y que se continuara con el seguimiento al estado de salud. Ante esta recomendacion la madre se lleva a la niña por servicio de urgencias En la jornada de la tarde se establece comunicación con la madre, quien informa que la niña se encuentra hospitalizada con diagnostico de infeccion urinaria y anemia. Por lo tanto se menciona a la madre que estaremos alerta a cualquier novedad y el tramite a seguir. Tambien se menciono que el seguimiento se realizará vía telefonica.

Nutricionista

Fundación Alma de Vida
Fortaleciendo caminos de esperanza
Salud mental, pedagogía y desarrollo social

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
10/09/25	Se realiza llamada telefónica a la madre para conocer la evolución de la menor, Ella informa que a las 4:00 am fueron remitidas al Hospital de Puerto Asis para la toma de examenes y seguimiento a los dos diagnósticos (Anemia y la infección urinaria) Por ende se informa a la madre que se continuara realizando el seguimiento para conocer el proceso a seguir.
11/09/25	Se realiza llamado telefonica a madre de familia, comenta que la niña se encuentra recibiendo atención medica y recibiendo medicamentos (antibioticos). Se recomienda Seguir informando cualquier novedad frente a la Salud del niña.
12/09/25.	Apoyo psicosocial realiza llamada telefonica a madre de familia con el fin de indagar estado de Salud de la niña manifestando que la niña se encuentra en la clinica con notoria mejoria al estado de Salud. Comenta que el Profesionales de la salud informaron que posiblemente el dia de hoy se da salida a la niña de la clinica siguiendo recomendaciones de salud desde casa y continua con medicamento por 3 meses. Se realizan recomendaciones desde el apoyo Psicosocial y se informa que se realizara Visita para Verifica el estado de Salud de la niña. MMartinelli. Apoyo Psicosocial.
15-09-25	La niña usuaria ingresa a la unidad de atencia en completo normalidad.

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Daphne Stefania M **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Sala Cuna **AGENTE EDUCATIVO:** Maritza

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 02-8-2025

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
2-10-2025	Durante el diligenciamiento del formato RAM y llamado a lista se observa la inasistencia de la niña usuaria.	La agente educativa llama a la madre de familia para preguntar por la inasistencia, la madre manifiesta por motivos personales no asistira la niña el día de hoy.	Maritza	

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	03-09-2025 La niña ingresa nuevamente a la unidad con total normalidad.

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Daphne Stefania UNIDAD DE ATENCIÓN: Sala cuna AGENTE EDUCATIVO: Maritza

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 19-8-2025

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)
26-08-2025	El día de hoy la niña usuaria ingresa con total normalidad y recibe los alimentos durante la mañana, en las hora de la tarde 2:20 pm la niña presenta aparentemente una fiebre.	La agente educativa llama a la madre de familia para informarle que tiene fiebre aparentemente para que lo lleve al hospital.	Maritza.	Fabiola delgado

BIENESTAR FAMILIAR

SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO

27-8-2025 La agente educativa observa durante el diligenciamiento del formato RAM y llamado a lista observa la inasistencia y llama a la madre de familia para conocer la inasistencia, la madre manifiesta que la niña amaneció con fiebre aparentemente, la agente educativa le realiza la recomendación para que lo lleve al hospital.

Siendo 3:00 pm la madre manifiesta a la agente educativa que la niña se encuentra bien, no le ha dado fiebre.

28-8-2025. La agente educativa se comunica con la madre de familia, para preguntarle como sigue la niña, ella manifiesta que llevara a la niña al hospital.
El caso se remite a salud y nutrición.

28/08/25

- Desde el componente de salud y nutrición se realizó comunicación por llamada con la madre, quien manifestó que se encuentra en urgencias del hospital de la dorada esperando atención, Por lo cual se informó que se realizará una nueva llamada en la jornada de la tarde para conocer el estado de salud de la niña.

En la tarde se logra comunicación con la madre, quien manifiesta que la fiebre es por causa de que le estan saliendo los dientes a la menor, Por lo cual le dan de alta sin necesidad de hospitalización.

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	01-09-2025 La niña usuaria ingresa nuevamente a la unidad de atención en total normalidad.

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

Fundación Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

R1V

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Daphne Stefania M. **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Salacuna **AGENTE EDUCATIVO:** Maritza

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 12-8-2025

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
12-AGO	Durante el ingreso de la niña usuaria se identifico que le hace falta algunos documentos requeridos como es: control crecimiento y desarrollo, Certificado sisben, Certificado Eps, Adres, diseñ-timiento covid, Servicio Publico copia.	la agente educativa habla con la madre de la importancia de traer los documentos, y se le hace el compromiso con esta noveda para el día Viernes 15 de Agosto.	Maritza S	Fabiola delgado

SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO

11-8-2025 la madre de familia entrega algunos documentos y manifiesta que se le olvido los otros.

18-8-2025 La agente educativa le recuerda a la madre de familia de forma verbal.

22-8-2025 La agente educativa le recuerda a la madre los documentos faltantes, ya que es importante y la madre manifiesta que las esta sallcitando.

BIENESTAR FAMILIAR

RIV

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Daphne Stefania M. **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Sala cuna **AGENTE EDUCATIVO:** Mari

MUNICIPIO: San Miguel. **FECHA DE INGRESO:** 12-08-2025.

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)
8-8-2025	Durante el diligenciamiento del formato RAM y llamado a asistencia se evidencia la inasistencia de la niña usuaria el día de hoy siendo 8:00am	La agente educativa se comunica con la Madre de familia para preguntarle el motivo de la inasistencia, la Madre manifiesta que la niña amaneció con gripa y malestar por tal razon no asistira.	Maritza.	Fabiola delgado

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	20-8-2025 El dia de hoy ingresa la niña totalmente contenta y con total normalidad.

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Daphne Stefania M. **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Salacunar **AGENTE EDUCATIVO:** Maritza

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 12-08-2025

Clasificación de la Información:
CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
12-08-2025	La niña usuaria ingresa por primera vez a la unda de atenaón, la cual es importante tener encuenta los 5 dias de adaptación.	La agente educativa dialoga con la madre de familia, siendo 8:10 am, sobre el proceso de adaptación en los usuarios, ya que es importante tener en cuenta este proceso con respecto y amor, tanto el acompañamiento con las familias.	Maritza	Fabiola delgado