BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE INSCRIPCIÓN FÍSICA PARA LA PRE - MATRÍCULA EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA	F2.MT1.PP	30/01/2025
		Versión 2	Página 2 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

Fecha de diligenciamiento: 01 04 2025

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Tipo de participante: (●) 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: C.D.I Fronteras 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: 1.122.344.222

Fecha nacimiento: 17 04 2023

Nombres: Aylan Bleith

Apellidos: Legarda Toro

Presenta discapacidad? ( ) Si (●) No

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

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

Indique cuales aplican: ( ) Física ( ) Visual ( ) Auditiva ( ) Intelectual ( ) Psicosocial (mental) ( ) Múltiple ( ) Sordoceguera ( ) N/A

Seleccione la que aplique: ( ) Afrocolombiano ( ) Indígena ( ) No se autorreconoce ( ) Comunidad negra ( ) Rom / Gitano ( ) Palenquero (a) ( ) Raizal

Indique cuales aplican: ( ) Migrante ( ) Campesinado ( ) Firmante de paz ( ) Víctima conflicto armado

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

Departamento residencia: Putumayo

Municipio de residencia: San Miguel

Zona: Urbano

Barrio: Metropolitano

Vereda:

Sector: N/A

Dirección: Diagonal al Coliseo

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: 1.006.998.695

Nombres: Gina Liseth

Apellidos: Toro Ramirez

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 07 04 2001

Correo electrónico: ginita19legarda@gmail.com

Número de celular: 3219480194

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: Gina Toro

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Yoleny Cano

Observaciones:

Fundación Alma de Vida

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:
Kylian Bleith Legarda Toro

N° DOCUMENTO: 1.122.344.222 **TIPO DOCUMENTO:** RC X CC ___ OTRO ___
FECHA DE NACIMIENTO: 17-Abril-2023 **EDAD:** 1 año, 11 meses
LUGAR DE NACIMIENTO: Colombia-Putumayo-Mocoa

NOMBRE DE LA UDS: C.D.I Fronteras del Paz
CODIGO UDS: 867571126972 **BARRIO/VEREDA:** 7 de Agosto
FECHA DE INGRESO: 01-Abril-2025 **FECHA DE RETIRO:** _____

SISBEN: B1 **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___ **¿CUAL?** _____
NOMBRE DE LA MADRE: Gina Liseth Toro Ramirez
N° CÉDULA: 1.006.998.695 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Miguel (La Dorada)
NOMBRE DEL PADRE: Jhon Jairo Legarda Vargas
N° CÉDULA: 1.123.333.172 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Orito
N° DE CELULAR: 3219480194
NOMBRE DEL ACUDIENTE: _____
N° CÉDULA: _____ **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** _____
DIRECCIÓN VIVIENDA: _____ **ZONA POBLACIONAL:** (R)___ (U)___
NUMERO DE CELULAR _____

Gina Toro
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Yeni Alvarez
NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO

3

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO
Número: **N** 2874879

NUIP 1.122.344.222

Tipo de certificado	Datos Esenciales ☐	Acreditar Parentesco [X]

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
LEGARDA TORO KYLIAN BLEITH

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)										Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año	2	0	2	3	Mes	A	B	R	Día	17	MASCULINO	O +

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

Fecha de Inscripción (Mes en letras)										Indicativo serial
Año	2	0	2	3	Mes	A	B	R	Día	25	0063693491

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
TORO RAMIREZ GINA LISETH

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.006.998.695	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
LEGARDA VARGAS JHON JAIRO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.123.333.172	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
TORO RAMIREZ GINA LISETH

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.006.998.695

Espacio para notas

VALIDO PARA TRAMITES LEGALES Y CIVILES

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio	Código
COLOMBIA PUTUMAYO SAN MIGUEL(LA DORADA)	X6Z

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)										
Año	2	0	2	3	Mes	A	B	R	Día	25

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
33437378-5

Nombre y firma del funcionario

ROY EDISON CALLE QUIRAMA
Registrador del Estado Civil

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.123.333.172**
LEGARDA VARGAS
APELLIDOS
JHON JAIRO
NOMBRES

JHON JAIRO LEGARDA
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **19-MAY-1997**
VILLAGARZON
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

06-JUL-2015 ORITO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-6401800-00918288-M-1123333172-20170706 **00561**73108A 2 47995655

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.006.998.695**

TORO RAMIREZ

APELLIDOS

GINA LISETH

NOMBRES

Gina Toro

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **07-ABR-2001**

VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)
(PUTUMAYO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

08-ABR-2019 SAN MIGUEL(LA DORADA)

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-6401800-01083365-F-1006998695-20190711 **00662**88222A 2 51871396

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 25/03/2025

Ficha: 867576741052800008391

B1

GRUPO SISBÉN IV
Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: KYLIAN BLEITH

Apellidos: LEGARDA TORO

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122344222

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 25/04/2024

Última actualización ciudadano: 25/04/2024

Última actualización via registros administrativos: 25/11/2023

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



Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARIA ZORAYDA LINARES MONTE

Dirección: Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libert

Teléfono: 4210537 - 32131387

Correo Electrónico: sisben@sanmiguel-putumayo.gov

¡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
- Minsalud - Ministerio de Salud
- RNEC - Registraduría Nacional del Estado Civil
- Migración Colombia
- ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
- ANT - Agencia Nacional de Tierras
- FINAGRO - Fondo para el Financiamiento del Sector Agropecuario
- ICBF - Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
- UARIV - Unidad para las Víctimas
- DNP- Departamento Nacional de Planeación

* Actualización según literal D del Artículo 4 de la Ley 1581 de 2012, y el Artículo 22 del Decreto 1377 de 2013.

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	1122344222
NOMBRES	KYLIAN BLEITH
APELLIDOS	LEGARDA TORO
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	17/04/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/11/2025 13:39:36	**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

emssanar EPS
NIT. 901.021.565-8
Registro de Cámara de Comercio
Nº 15233 Libro IX. Octubre 24 de 2016

Cuidamos de ti en cada paso

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS EMSSANAR EPS SAS
Régimen Subsidiado

EMSSANAR EPS SAS, CERTIFICA que el afiliado relacionado a continuación, presenta la siguiente información a la fecha de su expedición:

Tipo y Número de identificación:	RC 1122344222
Apellidos:	LEGARDA TORO
Nombres:	KYLIAN BLEITH
Ficha Sisben:	867576741052800008391
Nivel Sisben:	Nivel I
Grupo Sisben	B01
Tipo de discapacidad:	Ninguna
Plan de salud:	Régimen Subsidiado
Estado de servicio:	Vigente
Fecha de Afiliación:	17/04/2023
Departamento de Afiliación:	PUTUMAYO
Municipio de Afiliación:	SAN MIGUEL
Zona:	Urbana - Cabecera Municipal

IV - Afiliado cumple con metodología IV SISBEN.

IPS de atención de primer nivel

IPS	Direccion	Servicio
ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA - SAN MIGUEL (PUTUMAYO)	KR 7 # 1 - 36	MEDICINA GENERAL

Tiene derecho a recibir los servicios contemplados en el Plan de Beneficios en Salud.
Válida únicamente para comprobación de derechos de la red prestadora, en la fecha de expedición. No es válido para aclarar multiafiliación ni para traslados (Decreto 806 Artículo 55 y 56).

Señores Prestadores: Esta certificación es válida únicamente para corroborar el estado del afiliado en el momento de la prestación del servicio, de la población contratada y remitida periódicamente por la institución según normatividad. En ningún momento esta certificación puede ser empleada para reemplazar las autorizaciones necesarias para la prestación de servicios en los niveles superiores de complejidad

En constancia se firma el 28 de Marzo de 2025 a solicitud del interesado.

JEFE COMERCIAL
EMSSANAR EPS SAS

Toda certificación generada es almacenada en base de datos para su verificación, la modificación parcial o total de este documento puede incurrir en un delito.

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	1122344222
NOMBRES	KYLIAN BLEITH
APELLIDOS	LEGARDA TORO
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	17/04/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	06/04/2025 07:51:17	**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

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA ...Sanos



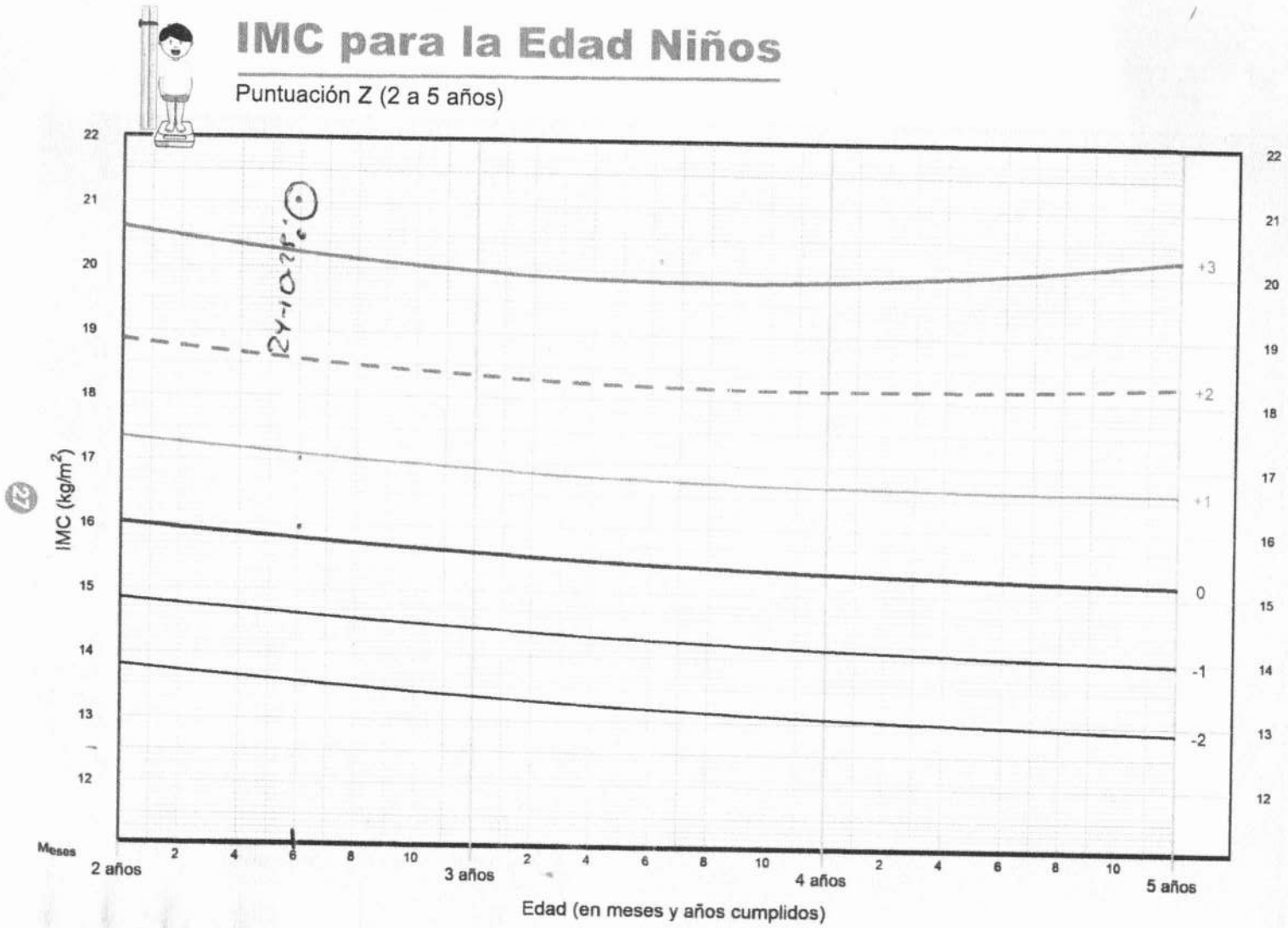
E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

Nombres: KILIAN BLEITH	Apellidos: LEGARDA TORO
Fecha de nacimiento: 17 (DIA) | 04 (MES) | 2023 (AÑO)	Historia Clínica: 1122344222
Barrio/Vereda: B/ METROPOLITANO	Responsable del niño: GINA TORO
Teléfono:	EPS: 118

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
18/08/23.	7.8	62	43	17	20.3.	18/09/23	
17/10/23	8,77	66	44.3	16	19	17/01/24	
18/01/24	9,3	71	18.4	15	18.4	17/04/24	
25/04/24	9,5	77	47	17	16	17/10/24	
18-10-2024	10,3	78	47	16	16.9	17-04-2025	Milena C.
23-04-2025	12	84	49	16	17.0	23-10-2025	
24-10-2025	29.8	87.5	49	16.4.	21.7	17-04-2026	YULI CAMEA M

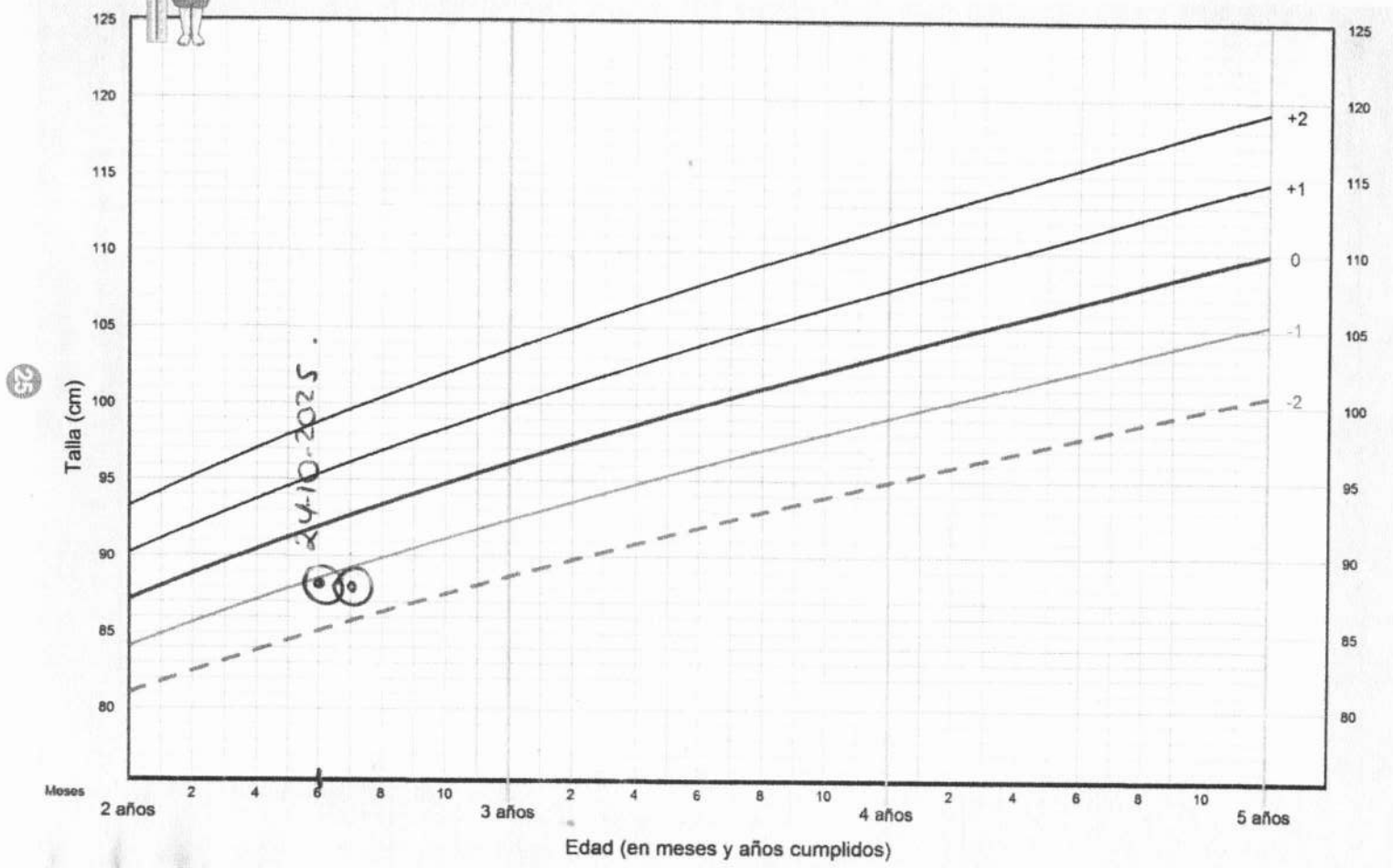
35


IMC para la Edad Niños
Puntuación Z (2 a 5 años)
IMC (kg/m²)
22
21
20
19
18
17
16
15
14
13
12
+3
+2
+1
0
-1
-2
Meses
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)

13

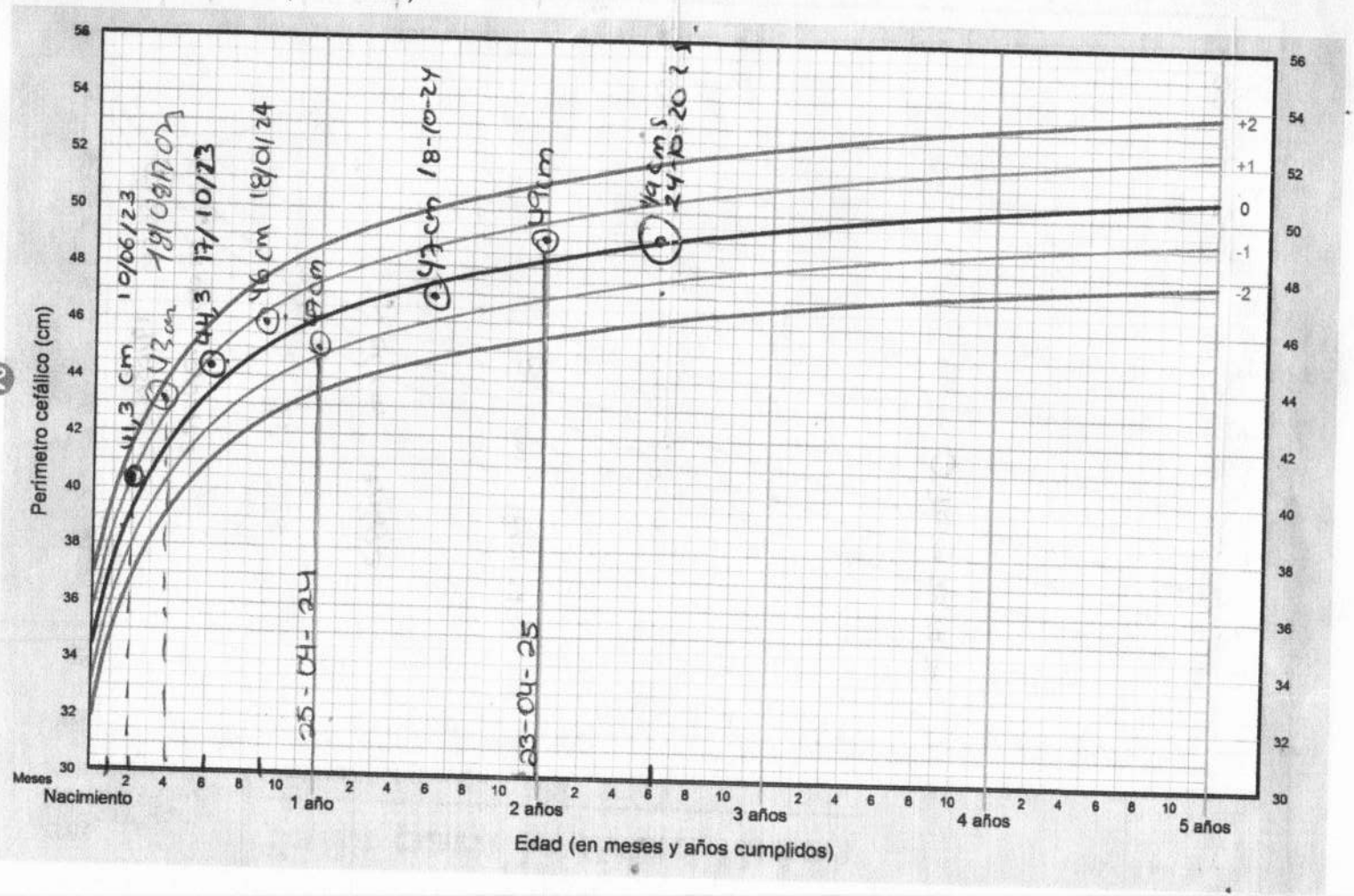
Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5años)



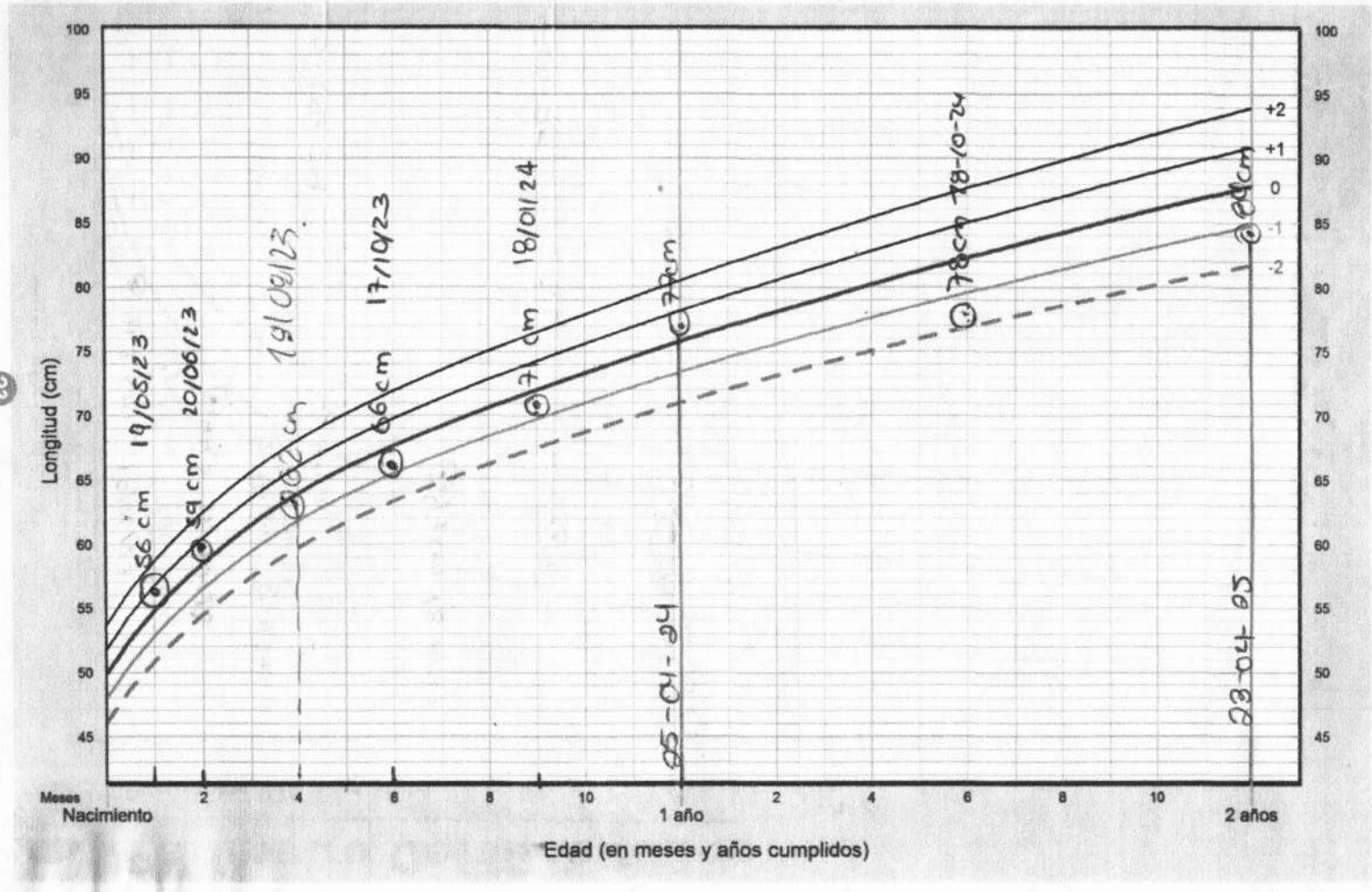
Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)



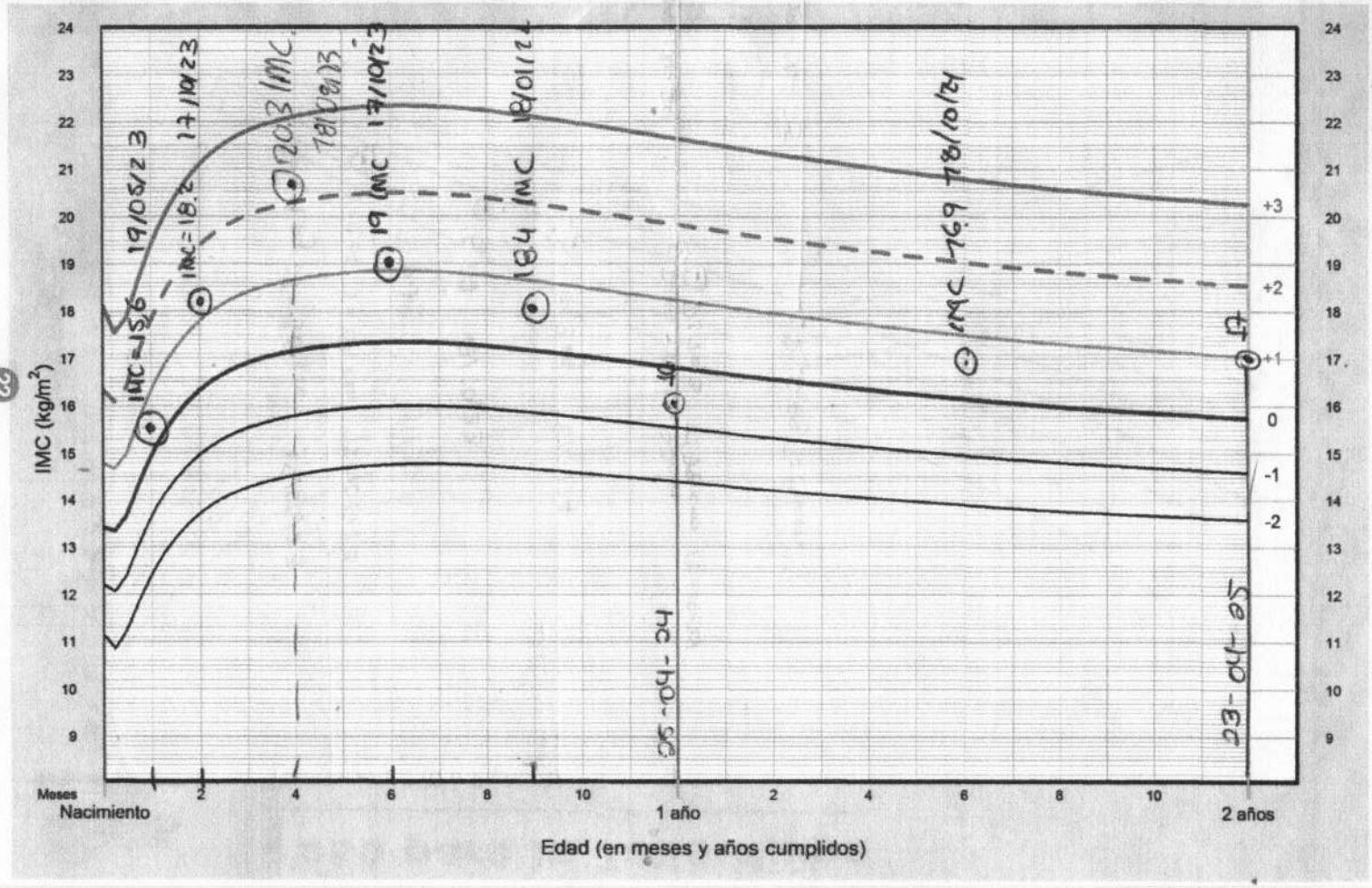
Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



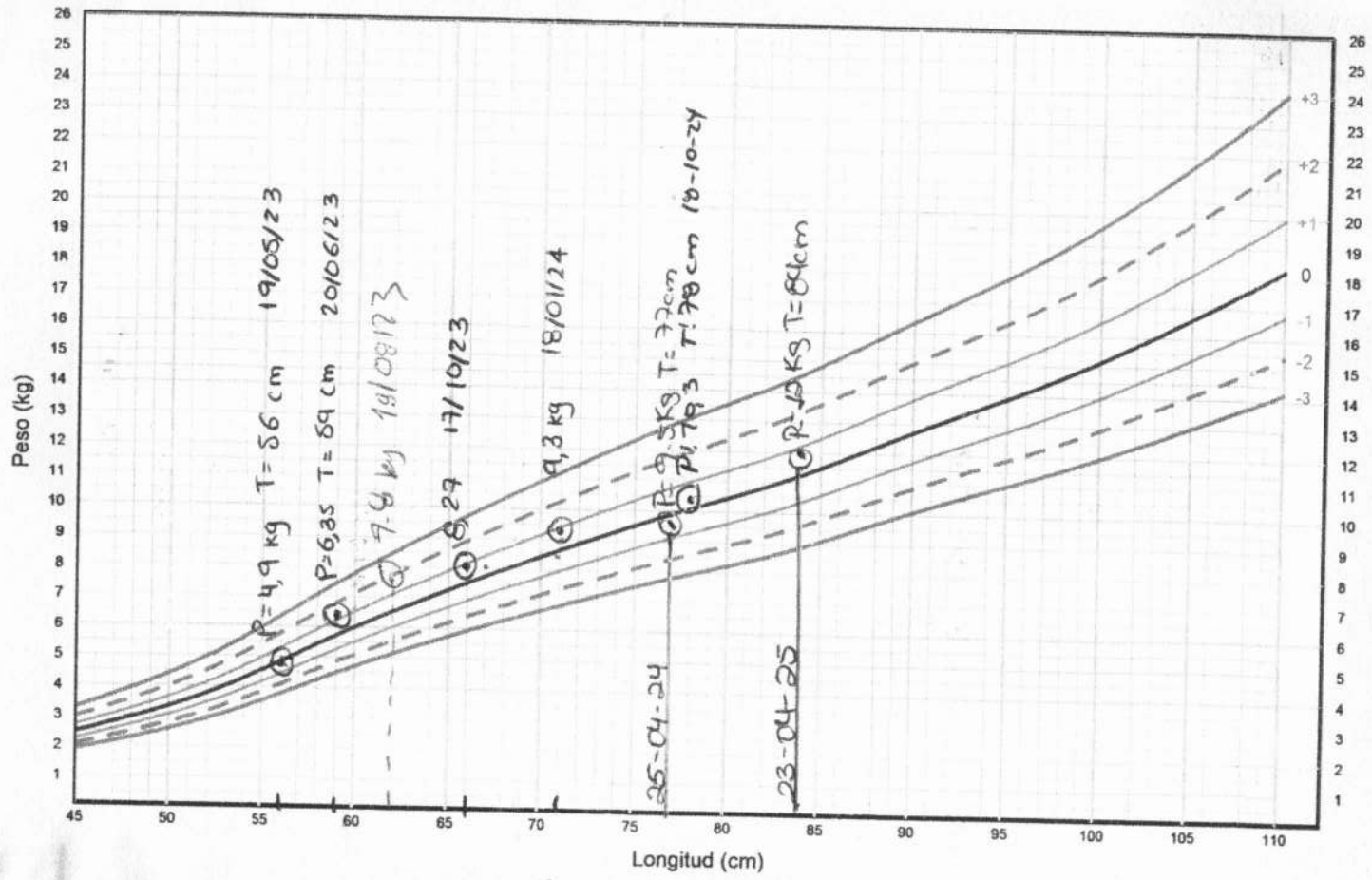
IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



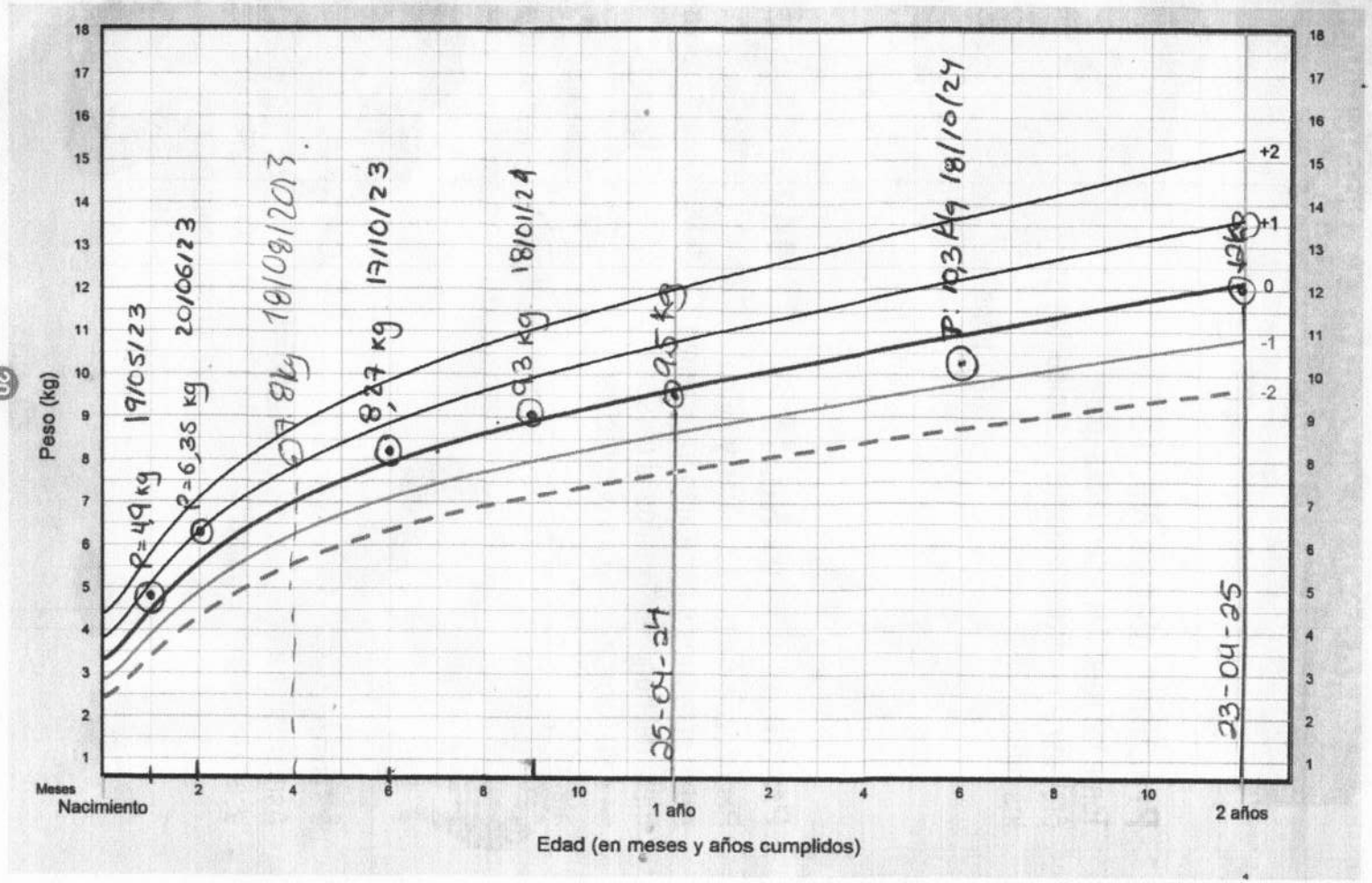
Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



Peso para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



		PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) ó AÑOS (A)												
			5 DIAS	1 M	2-3 M	4-5 M	6-8 M	9-11 M	12-17 M	18-23 M	24-29 M	30-35 M	3 A	4 A	5 A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico													
		Atención en salud por medicina general													
		Atención en salud por enfermería													
		Atención en salud bucal por odontología					4-6-8								
		Promoción y apoyo de la lactancia manterna													
PROTECCIÓN ESPECÍFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de fluor							26-05-24 28-11-24						
		Profilaxis y remoción de placa bacteriana								19-03-2025 18 sep-2025	25-09-2025 25-03-2026				
		Aplicación de sellantes (según criterio)													
	V	Vacunación													

Liliana Andrade
ODONTÓLOGA
R.C. 1.086.361.390

LILIANA MARIBEL CORDOBA
AUX. EN SALUD 945
RES. 8600493 2011

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

JINA A. BELALCAZAR FLOREZ
Gerente

CARNET RIAS PRIMERA INFANCIA

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

Servimos con amor



Nombres y apellidos: Kylian Blaith Legarda Toro

Doc. de identidad: 1122344222 EPS: NS

Teléfono: 3219480194 Domicilio: Metropolitano

20
Rev

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

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO							
TSH neonatal	Normal		Alterado				
Auditivo OEA/PEAA	Normal		Alterado				
Cardipopatía Congénita Compleja	Normal		Alterado				
Visual	Normal		Alterado				
ATENCIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA							

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

	Fecha			Valoración nutricional		Puntuación Z	Atención en salud por
	Día	Mes	Año	Peso	Talla		
...s							
...eses							
...eses							
...eses							
...eses							
...ieses							
...ieses							
...ieses							
...s							
...s							
...s							

...TIFICACIÓN CON ...CRONUTRIENTES

...ga			
...ga			
...ga			

...ÓN EN SALUD BUCAL

...e 6m			
...s			
...s			
...s			
...s			

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega						
2.ª entrega						
3.ª entrega						
4.ª entrega						
5.ª entrega						

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

3 años						
4 años						
5 años						

*Menor o igual a 20 normal

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

Tuberculosis meníngea, hepatitis B, poliomielitis, meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b, difteria, tosferina, tétanos, diarrea por rotavirus; neumonía, 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.

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



Ministerio de Salud y Protección Social

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

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Kylian Bleith Lozada
Fecha de nacimiento: 17/04/2023
Nº de certificado de nacido vivo:
Registro civil: 1122344222
Sexo: masculino
Grupo sanguíneo:
Peso al nacer: 3925 Talla:
Dirección: metropolitano
Teléfono 1: 3214480194
Teléfono 2:
Responsable: gina toro
Municipio de residencia: San miguel
Departamento: putumayo

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

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
				Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐									
Recién nacido	Tuberculosis meníngea (BCG)		Única	17	04	2023	Serum	03171MA0933	HFID				Jaira Mora
	Hepatitis B		Recién nacido	17	04	2023	Serum	03210D					
				Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐									
2 meses	Poliomielitis (VIP)		1.°	23	06	23	Serum	27080616	HFID				Eduard Iglesias
	PENTAVALENTE	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.°	23	06	23	Serum	28S1X0406C					
		Hepatitis B	1.°	23	06	23	Serum	28S1X0406C					
		Difteria , tosferina y tétano (DPT)	1.°	23	06	23	Serum	28S1X0406C					
	Diarrea por rotavirus		1.°	28	06	23	GSK	AR0LD0918AA					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo		1.°	23	06	23	Pfizer	FR4897					
				Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐									
4 meses	Poliomielitis (VIP)		2.°	23	08	23	Biological	22080165	HFID				Eduard IB
	PENTAVALENTE	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.°	23	08	23	Serum	28S1X0460C					
		Hepatitis B	2.°	23	08	23	Serum	28S1X0460C					
		Difteria , tosferina y tétano (DPT)	2.°	23	08	23	Serum	28S1X0460C					
	Diarrea por rotavirus		2.°	23	08	23	Pfizer	FR4BQ71					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo		2.°	23	08	23	GSK	ARC0D0A1AA					
				Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐									
6 meses	Poliomielitis (VIP)		3.°	23	10	23	Biological	22080165	HFID	cita			Eduard IB
	PENTAVALENTE	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.°	23	10	23	Serum	28S1Y033C		23/oct/23			
		Hepatitis B	3.°	23	10	23	Serum	28S1Y033C					
		Difteria , tosferina y tétano (DPT)	3.°	23	10	23	Serum	28S1Y033C					
	Influenza estacional		1.°	03	05	24	Butantan	2240A7A1C0	HFID				Eduard IB
7 meses	Influenza estacional		2.°	21	06	24	Butantan	2240A7A1C0	HFID	Cita			Eduard IB
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)		1.°	03	05	24	Serum	01320N0748	HFID	03/junio/24			Eduard IB
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo		Refuerzo	05	05	24	Pfizer	FY9925	HFID				Eduard IB
	Varicela		2.°	03	05	24	merck	X0191774	HFID				Eduard IB
	Hepatitis A		Única	03	05	24	MSD	WC7773604	HFID				Eduard IB
	Influenza estacional		Anual	20	05	25	Sigirut	F10079442	HFID	Cita 2025			Eduard IB
18 meses	Poliomielitis (VIP ☒ VOPb ☐)		1.er refuerzo	25	10	24	Biological S	23300909	HFID				Eduard IB
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)		1.er refuerzo	25	10	24	Serum	28S2Y0130	HFID				Eduard IB
	Fiebre amarilla		Única	03	05	24	Sanofi	C2315VFC0037Z	HFID	Cita			Eduard IB
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)		2.° refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)		2.° refuerzo							23/octubre/24			
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)		2.°	25	10	24	Serum	01320N0747A	HFID				Eduard IB
	Varicela		Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)		1.°							—			
			2.°										
			3.°							Cita			
Vacunas complementarias y otras dosis										1 Julio 25			

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.

61

CITA: 5 AÑOS CUMPLIDOS.

21
RV

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 09 MES 04 AÑO 2025 HORA: 3:30 PM

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Kiliam Bleith APELLIDOS Legarda Toro

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [x] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1.122.344.222

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 17 MES: 04 AÑO: 2023 / EDAD: 1 años Tel 3143966264

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Emssanar

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)

Está muy Pequeño para Vacunarlo

¿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: Jhon Jairo

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

Nombres Jhon Jairo Apellidos Legarda

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1123. 333. 772

Firma: Jhon Jairo

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: Kerly Jiménez Zárate

Firma Kerly.J Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1075682134

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFLO

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Putumayo

MUNICIPIO: San Miguel

Nota: Cuanto se trate de menores entre 16 y 18 años, deberá firmar el menor junto con unos de sus padres o su representante legal.

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 Kylian Bleith Legarda Toro, identificado (a) con documento de identidad número 1.122.344.222, 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, Gina Liseth Toro Ramirez, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1.006.998.695, 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: Gina Toro
Nombre: Gina Liseth Toro Ramirez
Calidad - Titular: ____ Representante legal: ____
Teléfono de contacto: 3219480194
Fecha: 04-04-2023
Municipio: San Miguel

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

PACTO DE CONVIVENCIA MODALIDAD INSTITUCIONAL

Para este año electivo 2025 el pacto de convivencia de CDI Fronteras de paz y Fronteras de Paz 1, ha sido socializado y actualizado de forma igualitaria y democrática con los integrantes de la comunidad perteneciente al programa de un acuerdo colectivo expresado en compromisos que se asumen con el objetivo de crear espacios apropiados para el desarrollo integral de las niñas y los niños que faciliten el desarrollo de relaciones entre niños y niñas, maestras administrativos padres de familia y demás personas que hacen parte de la primera infancia.

DERECHOS Y DEBERES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

DERECHOS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

- ✓ Que se le respeten y salvaguarden los derechos fundamentales (vida, salud, educación, integridad) de los niños y las niñas según las leyes que los amparan.
- ✓ Al afecto y buen trato y a que mi padre, madre o cuidador responsable atienda las llamadas de las maestras o personal del CDI en los horarios definidos.
- ✓ A una alimentación balanceada, acorde a su edad y según la minuta.
- ✓ Reconocimiento ante los demás compañeros.
- ✓ A que nos cuente que está pasando en la actualidad y nos expliquen porque este cambio en el modo de vida.

DEBERES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

- ✓ Saludar a las personas con las que me relaciono diariamente y comparto rutinas con mi familia.
- ✓ Reconozco que a veces me equivoco y pido disculpas, respetando a las personas con las que convivo.
- ✓ Cuido y recojo los materiales pedagógicos y mis pertenencias, utilizo las palabras; por favor, gracias, y hablo sin gritar.
- ✓ Atiendo cuando los demás me hablan y participó activamente en las actividades propuestas por las maestras o personal pertinente del CDI Fronteras de Paz, Fronteras de paz 1.
- ✓ Aplico normas de higiene (lavo mis manos con agua y jabón por lo menos cinco veces al día por más de 20 segundos. Me cepillo los dientes por lo menos; después de cada comida, antes de acostarme y después de levantarme) y a consumo los alimentos, especialmente las frutas y las verduras.
- ✓ Acudir de manera periódica a las UDS.

DERECHOS Y DEBERES DE LOS PADRES DE FAMILIA

DERECHOS DE LOS PADRES DE FAMILIA

- ✓ A que su hijo reciba una excelente atención; que las practicas, retos propuestos sean acordes a la edad y las necesidades de los niños y las niñas.
- ✓ A pertenecer a los comités de padres de familia.
- ✓ A que se le dé un buen trato por parte de los empleados y demás padres usuarios y a que se le escuche cuando presente sugerencias, quejas, reclamos o solicitudes.
- ✓ A recibir acompañamiento y orientación pertinente, y oportuna, que fortalezcan la práctica de cuidado y crianza de los niños y las niñas en el hogar.

DEBERES DE LOS PADRES DE FAMILIA

- ✓ En el momento de la matricula presentar los documentos solicitados y mantenerlos actualizados según corresponda.
- ✓ Informar a la agente educativa oportunamente situaciones que pongan en riesgo el bienestar de la familia especialmente el desarrollo integral de los niños y las niñas, por el medio de comunicación que considere

(telefónico, mensajería y/o escrito).

- ✓ Informar oportunamente si el niño o niña presenta alergias, asma, o enfermedades que afecten su estado de salud al agente educativo, en caso que impidan su asistencia justificarla en lo posible por escrito.
- ✓ A través del Buzón de Sugerencias manifestar sus Quejas, Peticiones, Reclamos, Sugerencias y/o felicitaciones.
- ✓ Si se toma la decisión de retirar la niña o el niño del CDI, Informar verbalmente mediante llamada o escrito por mensaje o carta de retiro voluntario escrito con el fin que a la maestra para que ella informe a coordinación.
- ✓ Asistir a las jornadas de formación a familia mensualmente y actividades de trabajo que se consideren necesarias.
- ✓ Hacer uso del uniforme cuando las condiciones económicas le permitan.
- ✓ Evitar el uso dentro del CDI de joyas de valor y el ingreso mecato dinero o juguetes
- ✓ Dar cumplimiento estricto a los horarios de ingreso y salida. CDI Fronteras de Paz (La Dorada), hora de ingreso 8:00 am (casos excepcionales los días de lluvia ingreso máximo hasta las 8:15 am) y hora de salida 4:00 pm. Puerto Colon hora de ingreso 8:00 am (casos excepcionales los días de lluvia ingreso máximo hasta las 8:15 am) hora de salida 4:00 pm.
- ✓ Se permitirá la apertura del portón de las instalaciones del CDI Fronteras de paz 1 Puerto Colon,10 minutos antes de la hora de ingreso, así como También en la hora Salida, (solo en casos excepcionales de días de Lluvia) con el fin de resguardar a los usuarios y a sus familias, según las condiciones climáticas.

CONSECUENCIAS DE COMPORTAMIENTOS INADECUADOS E INCUMPLIMIENTO DE DEBERES POR PARTE DE LOS PADRES DE FAMILIA.

1) En caso de incumplimiento de los deberes o acuerdos establecidos en el pacto de convivencia por parte de los padres, se procederá a iniciar un diálogo entre los padres de familia, la agente educativa, la coordinadora, Apoyo Psicosocial y/o Nutricionista, según corresponda. Como parte del proceso, se implementarán estrategias que pueden incluir llamados de atención, establecimiento de compromisos y actividades pedagógicas como trabajos comunitarios y mingas, de acuerdo con su pertinencia y viabilidad para garantizar el cumplimiento de los compromisos y actividades propuestas.

2) En caso de inasistencias no justificadas, agente educativa remitirá el caso a apoyo psicosocial y Nutricionista; quienes realizaran contacto y seguimiento por medio telefónico, en encuentro en el hogar o por el medio que sea necesario, constatando el estado y motivo de la inasistencia del usuario o usuaria y tomará las acciones pertinentes y pactará compromisos con las familias (diligenciamiento del formato de novedades); para dar continuidad a la atención en la UDS. Si reincide en otra falta se notificará a la coordinadora, quienes junto con la psicosocial verificaran la justificación a la inasistencia y activación de rutas ante el incumplimiento.

Para efectos de legalidad, se firma el presente documento a los 28 días, del mes de abril del año 2025.

PAOLA CHATES
Coordinadora pedagógica

EDDY PATRICIA LÓPEZ
Apoyo psicosocial

Gina Toro
Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Roxana Mendez.
Agente educativa

Huella del niño/niña

Vigilado Superservicios

"Generamos Desarrollo con Energía"

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

Código de Suscripción	SM 11020	Pago oportuno hasta:	06-MAR-2025	Mes Facturado
Factura Nro.	2037006394	Suspensión a partir de:	07-MAR-2025	FEBRERO 2025

1. Información General

Nombre:										Último pago	$
									31-ENE-2025		
Dirección:	MARCO ANTONIO TORO SOLARTE							Tuve servicio de energía entre:	16-ENE-2025 - 20-FEB-2025 (33)		25-FEB-20
	BR METROPOLITANO										

Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Área	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Tarifa	División Geopolítica
SM1	8104	128	1	RESIDENCIAL	URBANA	1	5	AEREA	EMPRESA	105	SAN MIGUEL METROPOLITANO

Tipo de Documento	Fecha y hora de Emisión	Fecha y hora de Generación	Medio de Pago	Forma de Pago	Factura Electrónica de Venta

2.Información Consumo Energía

Componentes del Costo (CU)*: Generación 502.53 + Transmisión 56.03 + Distribución 249.61 + Comercialización 113.93 + Pérdidas 69.39 + Restricción 10.4 = CU ******($/KwH)

2A.Información Medidor

Marca	Serial	Factor Multiplo
MET	111081901	

2B.Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	32206	32037
Reactiva:		

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Fs. Lectura:

2C.Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	169	
Consumo Reactiva KVarh:	0	
Costo del consumo $	169287.28	
Tarifa (hasta 173 Kwh):	402.74	
Subsidio: %	59.75 $	-101224.32
Contribución: %	0 $	0
Sub Total $	68062.96	

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

2D.Consumo Ultimos 6 Meses

Mes	Consumo
2025/Ene	169
2024/Dic	157
2024/Nov	195
2024/Oct	190
2024/Sep	211
2024/Ago	173

Promedio: 182

2E.Información Calidad del Servicio

Tel OR 11PB 01 8000 912115
Transformador: SLD115 Grupo 22
DIUG 30.24 FIUG 19 Circuito C14
Cargo D 257.19 Dcto %I 20
CEC 168.29
DIU 89.57 FIU 100.00
HC 0.00 VC 2.00
Valor a compensar 8,656.73

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	169,267.28	0	0.00		169,287
SUBSIDIO	- 101,224.32	0	0.00	-	101,224
AJUSTE A SUBSIDIO	3,698.85	0	0.00		3,699
COMPENSACION RES CREG 015/2018	- 8,656.73	0	0.00		8,657
AJUSTE A LA DECENA	.92	0	0.00		?

5.Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP

63.107

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	11,303	0	11,303

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

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
63,107		11,303		6,000		0		80,410

CUFE:

282488c40dbfa9665967 4de1292d694e8818eb690777 3c4f59e357d1685 32

(415)7709998005532(8020)1000203700639445(3900)0000080410(96)20250306

Paga fácil por Internet en: www.eebpsa.com.co

www.eebpsa.com.co @eebpsaesp /eebpsa

Fac. Electronica: EEBP 121895

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 Art. 130

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre 23 EV

Ciudad San Miguel

Nombre completo de la niña o niño Kylian Bleith Legarda Toro

Fecha de nacimiento 17 04 2023 **N° Documento de Identidad** 1122344222

Sexo Masculino ● Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** 01 04 2025

Primer Registro Cualitativo Unico

Nombre del observador Yasleni Giron

Fecha de registro cualitativo 03 07 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 Se ha observado en el niño una notable habilidad para relacionarse con los demás, lo que refleja una buena base de interacción. Sin embargo, es importante continuar fortaleciendo ciertas dimensiones y procesos de desarrollo acorde a su rango de edad. Un aspecto clave es el desarrollo de la identidad social y representación social, que se refiere a la capacidad de asociar ciertos objetos y vestimentas con profesiones.

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

Comunicación Verbal: exploración libre. y juego espontaneo (jugar a los carritos) leer cuentos ilustrados, nombrar objetos y acciones cotidianas.
Representación Social: juego simbólico disfraces de profesiones, lectura de cuentos.

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Yurani Galindez Salamanca.

Fecha de registro cualitativo 01 10 025

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

Se logra evidenciar que el niño Kyllan. Se relaciona facilmente con los compañeros por lo tanto es importante. independizarlo en cuanto a sus necesidades para que poco a poco valla dejando el pañal. Continuar fortaleciendo sus habilidades la capacidad de asociar una ronda. de saltar y la comunicacion verbal. es muy activo, participativo

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

Algunos metodos con los que podriamos fortalecer estas necesidades son por medios de juegos cooperativos, la exploracion del medio Cantos. bailes y Cuentos significativos.

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)***

oración litativa ⇨	Relación con los demás														Relación consigo mismo/a											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

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Kylian. Legarda. UNIDAD DE ATENCIÓN: Parvvio 1. AGENTE EDUCATIVO: Yuranny Galindez

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)
Dic. 2025 02 dic. 025	Se realiza el llamado de asistencia y se logra evidenciar que no asistio a la unidad.	Se envia mensaje de texto a (la familiar) para saber el motivo de la inasistencia. y. nos informa que lo desperciito porque no lo envio. Se logra evidenciar. despues de la respectiva revision. que el niño ingresa bien a la unidad aparentemente por lo tanto se hace el cierre de la navedad	Yuranny Galindez	Gina Toro 1

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Killan. Legarda **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvo N. **AGENTE EDUCATIVO:** Yurany Galindez

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)
29 Oct 025 30 Oct 025	Se realizo el llamado de asistencia y se logra evidenciar que el niño no asistio a la unidad.	Se envia mensaje de texto a los familiares para saber el motivo de la inasistencia y la mamita nos informa que. por motivo de lluvia. no asistio porque tiene Sintomas de gripa. Se logra evidenciar debido a la observacion. que el niño ingresó a la unidad aparentemente bien.	Yurany Galindez S.	Gina Toro "

28
RV

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Kilyan Legarda. UNIDAD DE ATENCIÓN: Parvio 1. AGENTE EDUCATIVO: Yurany Galindez

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)
20 Oct 025 22 Octo25	Se realizó la revision de Carpetas y se logró evidenciar que el niño tiene Control y desarrollo para el 23 de Octubre de este mes. Se evidencia que aun el niño no asistido a la cita Pendiente	Se le informa a la mamita la importancia de estar al dia en cuanto a los Controles y desarrollo del niño, y que tiene Control Para este 23. Octubre Se envia mensaje de texto para recordarle la cita Pendiente. y la mamita nos manifiesta que le dieron la cita para el dia (lun) Viernes	Yurany Galindez Yurany Galindez	Gina Toro

24. Oct. 025.

Se le recuerda a la mañana la cita pendiente y nos informa que ya lo llevo que mas tarde. nos trae la documentacion. Por lo tanto se cierra Novedad.

Fundación Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Kilyam. Legarda. UNIDAD DE ATENCIÓN: Parvulo 1. AGENTE EDUCATIVO: Yurany Galindez

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)
20 oct 025	Se realizo el llamado de asistencia y se logró evidenciar que el niño no asistio a la unidad.	Se le envia mensaje de voz a los familiares y la mamita manifiesta que no asistio el niño a la unidad porque se sentia malito del estomago Se le informa que nos tenga informados del estado de salud del niño	Yurany Galindez	Gina Toro
21 oct. 025	Se realizo el llamado de asistencia y se logro evidenciar que el niño asistio a la unidad.	Se hace el respectivo observacion en el momento de ingresar a la unidad donde. se observa que. se encuentra aparentemente bien para cerrar Novedad.		

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