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: 24 NOV 025

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: 1.122344288

Fecha nacimiento: 03 07 2023.

Nombres: Alan Jerik.

Apellidos: Perez Colimba.

¿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 neg ( ) 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: Urbana

Barrio: Los Pradis

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: 1.122341274.

Nombres: Dery Jaqueline

Apellidos: Colimba Nitu.

País de nacimiento: Colombia.

Fecha nacimiento: 02 05 1.995

.eo electrónico:

Número de celular: .3142302181.

Número de fijo:

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

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

Nombre y Firma del padre, madre y/o cuidador: Dery Colimba.

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Yurany Galindez S

Observaciones:

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:

Alan Jerik Perez Colimba.

Nº DOCUMENTO: 1.122344288 **TIPO DOCUMENTO:** RC X CC__ OTRO ___

FECHA DE NACIMIENTO: 03 Julio 2023 **EDAD:** 2 años 4 meses

LUGAR DE NACIMIENTO: Puerto Asis. Putumayo

NOMBRE DE LA UDS: CDI Fronteras de Paz.

CODIGO UDS: 867571126972 **BARRIO/VEREDA:** 7 Agosto

FECHA DE INGRESO: 24 NOV 2025 **FECHA DE RETIRO:** _____

SISBEN: _____ **EPS:** Mallamas. **RÉGIMEN (C)**__ **(S)**__

DESPLAZADO: SI___ NO___ **DISCAPACIDAD:** SI___ NO___ ¿CUAL? _____

GRUPO ETNICO: SI X NO___ ¿CUAL? Indigena Awa.

GRUPO AFROCOLOMBIANO: SI___ NO X ¿CUAL? _____

NÒMBRE DE LA MADRE: Deny Jaqueline Colimba Mitis

Nº CÉDULA: 1.122341274 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Miguel.

NOMBRE DEL PADRE: Jhon. Jaider Perez Morales.

Nº CÉDULA: 1007282438 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Miguel.

Nº DE CELULAR: _____

NOMBRE DEL ACUDIENTE: Deny Jaqueline Colimba Mitis.

Nº CÉDULA: 1.122341274. **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Miguel.

DIRECCIÓN VIVIENDA: B/ los prados **ZONA POBLACIONAL:** (R)__ (U) X.

NUMERO DE CELULAR 3142302181.

Deny Colimba
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Yurany Galindez
NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO

34377613-B

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

ESTA REPRODUCCION FOTOMECÁNICA ES FIEL COPIA DE LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURÍA

NUIP 1.122.344.288

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 61322664

61322664

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** X C Z

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
PEREZ	COLIMBA

Nombre(s)

ALAN JERIK

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2023 Mes JUL Día 03	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA PUTUMAYO PUERTO ASIS

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	23079010541817

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

COLIMBA MITIS DENY JAQUELINE

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.122.341.274	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

PEREZ MORALES JHON HAIDER

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.007.282.438	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

COLIMBA MITIS DENY JAQUELINE

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.122.341.274	

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 2023 Mes JUL Día 27	ROY EDISON CALLE QUIRAMA - REGIST
	Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Jhon Haider Perez	
Firma	Nombre y firma

27 JUL 2023 - LIBRO DE VARIOS ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

San Miguel (La Dorada) - Putumayo, 05 de septiembre de 2023
VALIDO TRAMITES LEGALES Y CIVILES.

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

ROY EDISON CALLE QUIRAMA
Registrador Municipal del Estado Civil



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.122.341.274
COLIMBA MITIS
APELLIDOS
DENY JAQUELINE
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 02-MAY-1995
CUMBAL
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.47 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
13-SEP-2013 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-6401800-01683213-F-1122341274-20190711 0056270329A 2 9909094308

Interior

EL(LA) SUSCRITO(A) DIRECTOR(A) DE LA DIRECCION DE ASUNTOS INDIGENAS, ROM Y MINORIAS DEL MINISTERIO DEL INTERIOR

HACE CONSTAR

Que consultado el sistema de información indígena de Colombia (SIIC), se registra la Comunidad Indígena AWA LA UNION LA DORADA en las bases de datos de esta Dirección.

Que consultado el auto-censo sistematizado y aportado por la Comunidad Indígena AWA LA UNION LA DORADA, se registra el Señor (a): ALAN JERIK PEREZ COLIMBA, identificado (a) con RC y número de documento: 1122344288, en el(los) censo(s) del(los) año(s) 2024, 2025.

Se expide en Bogotá D.C., al(os) 21 día(s) del mes 11 del año 2025.

La presente información se emite conforme a los registros que al día de hoy reposan en el Sistema de Información Indígena de Colombia

Roquelina Sabis Blanco Moscarella
Director de Asuntos Indígenas, Rom y Minorías

Url Verificación

Este Certificado Consta De 01 Hoja(s), y su generación es totalmente gratuito.

GRAN TERRITORIO DE LOS PASTOS E.P.S. INDÍGENA MALLAMAS	CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN	CÓDIGO: AS-FR-008
		VERSIÓN: 02
		Vigencia: 22/12/2021

COORDINACION DE AFILIACIÓN Y REGISTRO

CERTIFICA :

Que el (la) señor(a):	**PEREZ COLIMBA ALAN JERIK**
Identificación:	**RC: 1122344288**
Tipo Afiliado:	**Beneficiario**
Municipio:	**SAN MIGUEL**
IPS Asignada:	**ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA - PRINCIPAL**
Estado:	**Activo**
Fecha de Afiliación:	**2023-07-03**
Regimen:	**Contributivo**
Condición Discapacidad:	**N**
Tipo Discapacidad:	**NA**
Tipo Afiliación:	**SAT Res. 768 de 2018**
Nivel :	**A**

Observación :

Dada el viernes, 21 de noviembre de 2025

Cordialmente

GLORIA ADRIANA CERDA GREFA

Certficación Válida 7 Días únicamente para Servicios de Salud
E.P.S INDIGENA MALLAMAS
Carrrera 1N 4-56 Av Panamericana Ipiales - Colombia
PBX: 7731757 - 7738725 - 7738726
contibutivo@mallamaseps.com

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	1122344288
NOMBRES	ALAN JERIK
APELLIDOS	PEREZ COLIMBA
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	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD MALLAMAS EPSI -CM	CONTRIBUTIVO	04/07/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	11/21/2025 08:22:10	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

Servimos con amor

Barrio el Paraiso
La Dorada - San Miguel
Putumayo

hfronterizop@yahoo.es

313-4821413

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA ...Sanos



E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

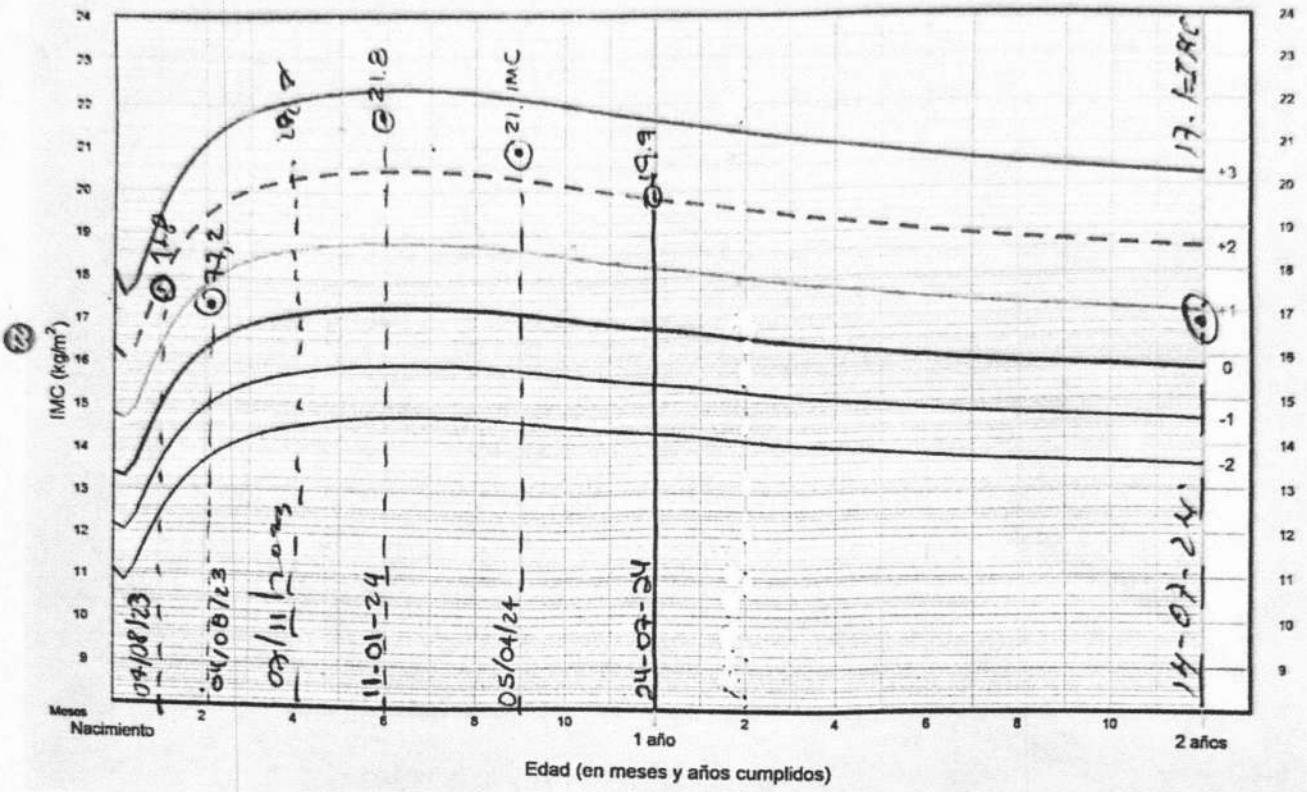
MIS DATOS

Nombres: ALAN JERIK	Apellidos: PEREZ COLIMBA
Fecha de nacimiento: 07 (DIA) | 07 (MES) | 2023 (AÑO)	Historia Clínica: 1122342288
Barrio/Vereda: B/ CENTRAL	Responsable del niño: OENY COLIMBA
Teléfono:	EPS: ALS

Powered by CamScanner

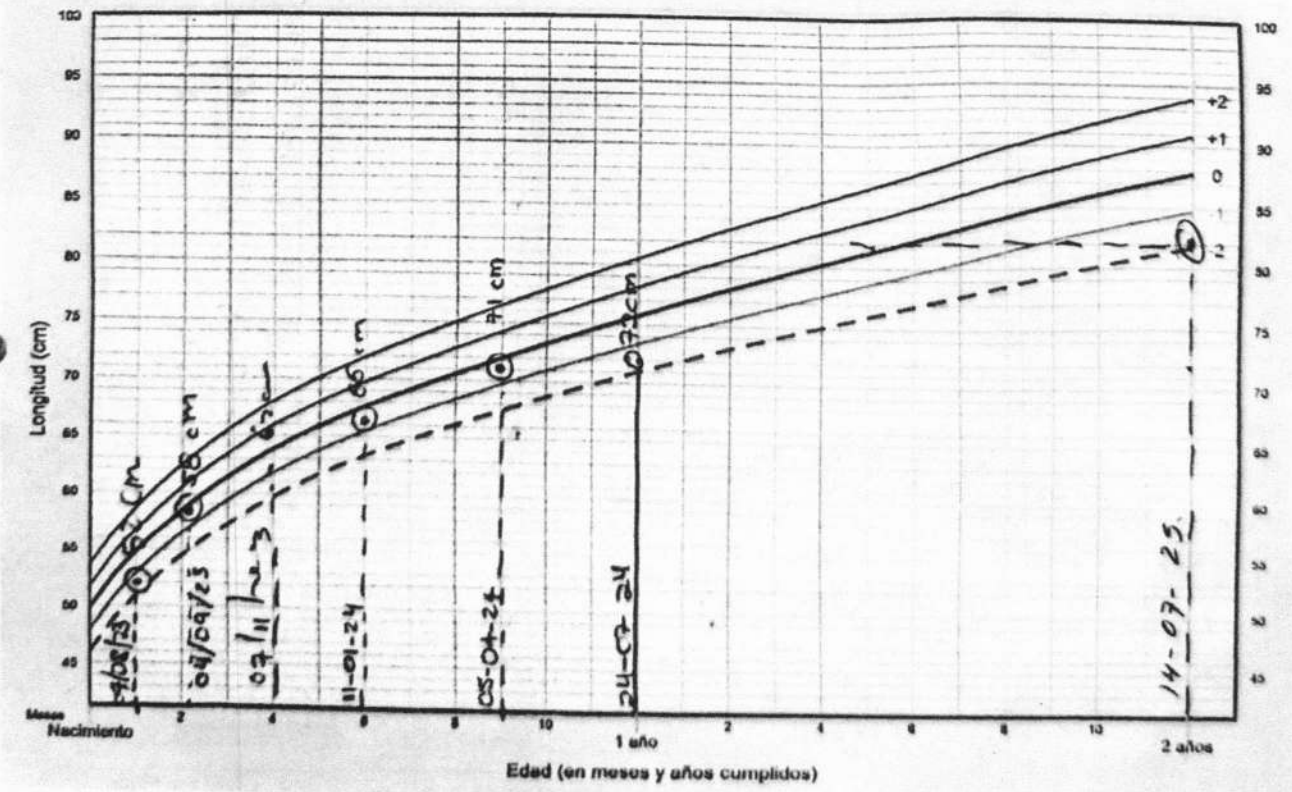
IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



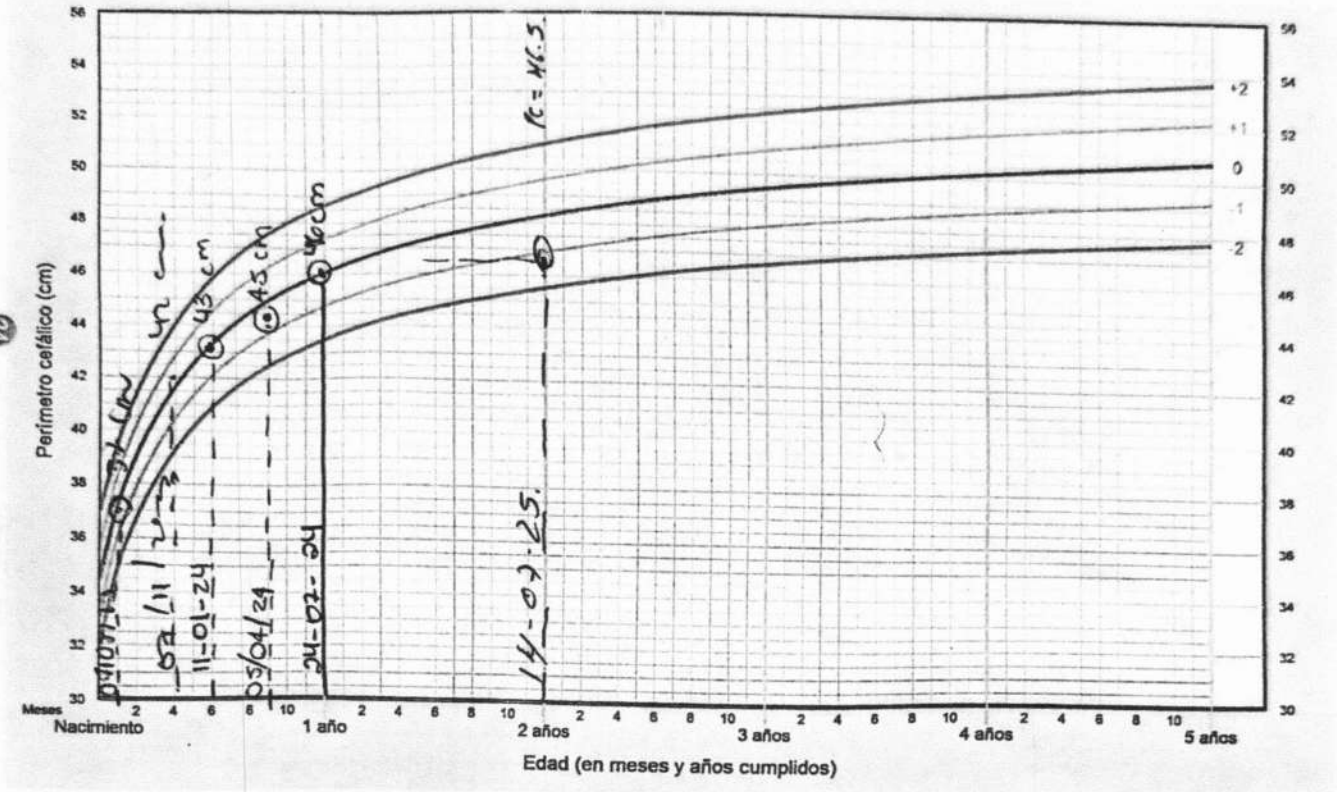
Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



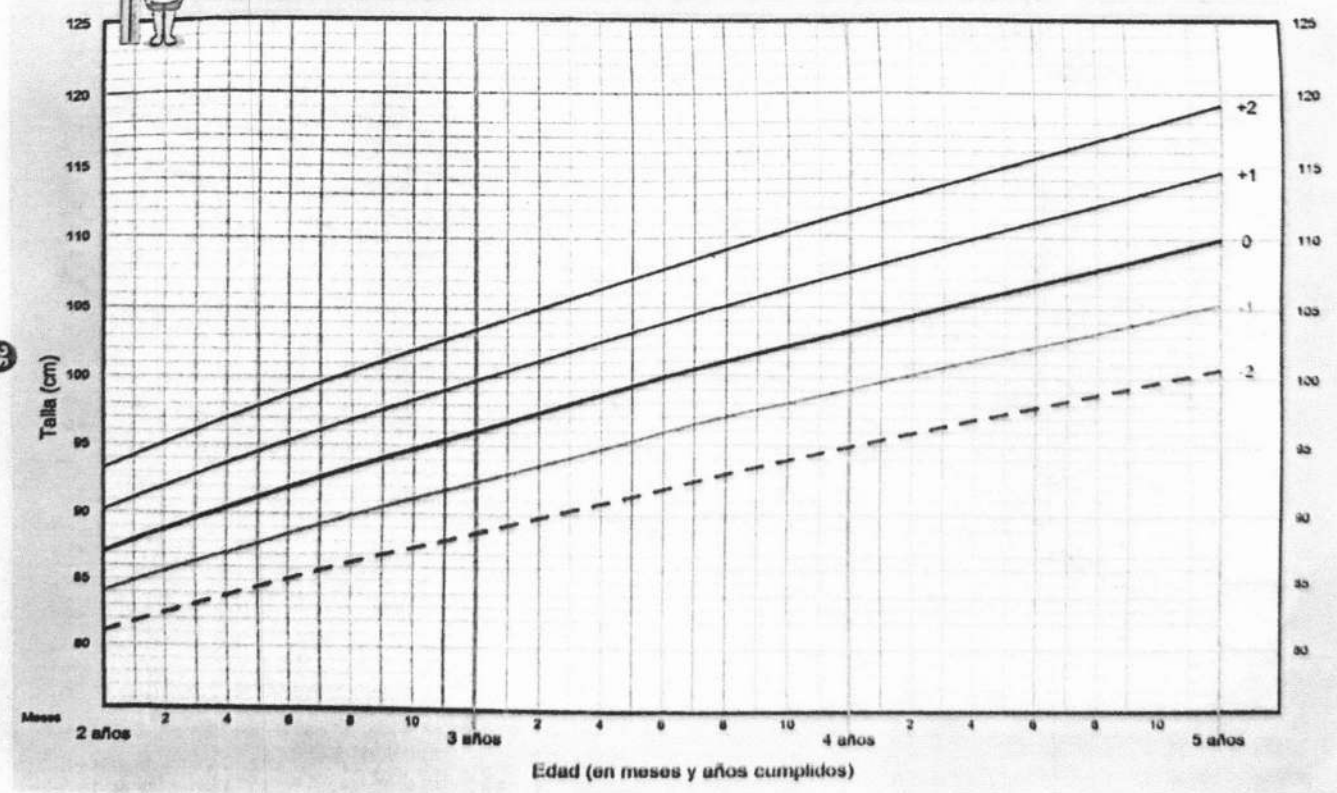
Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)

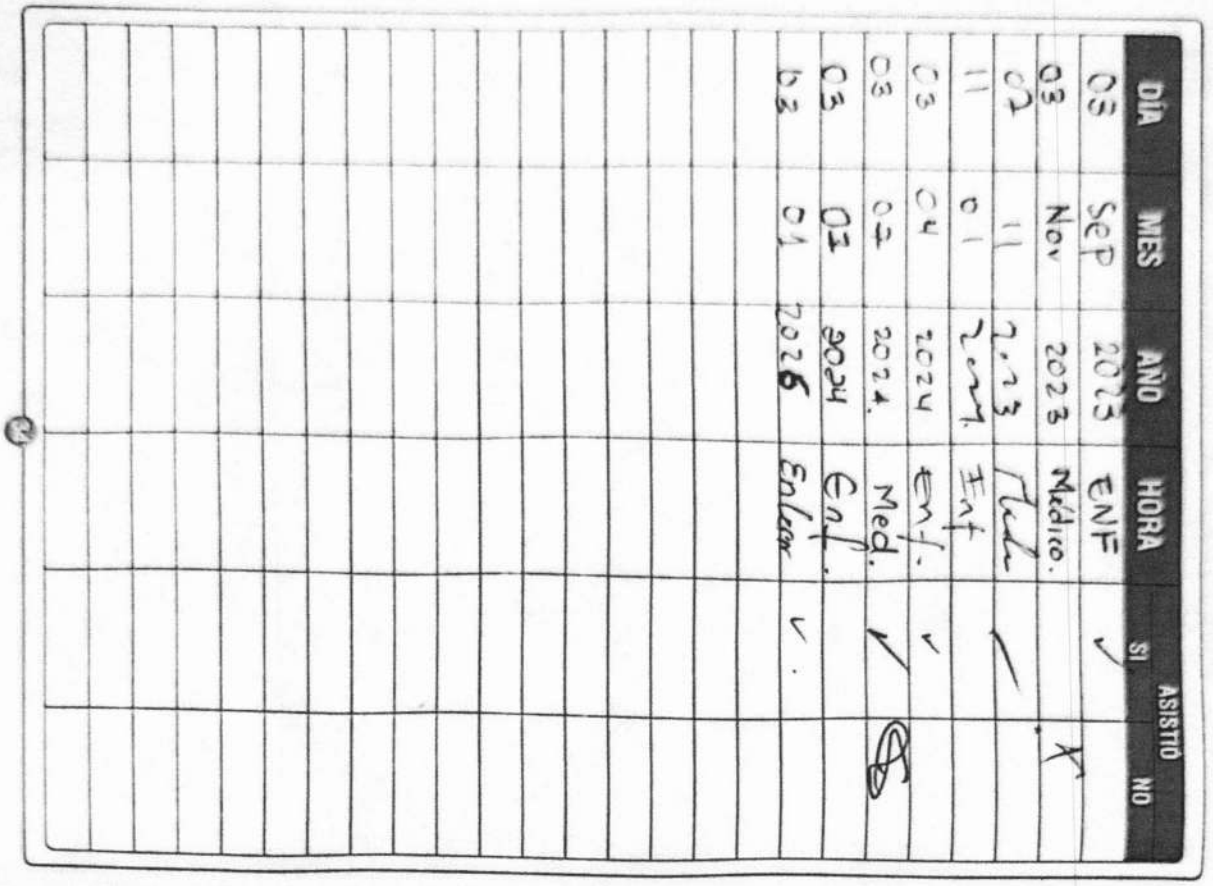


Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5años)



CITAS PROGRAMADAS



DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
05	Sep	2023	ENF	✓	
03	Nov	2023	Médico.		X
02	11	2023	Médico	✓	
11	01	2024	Enf		
03	04	2024	enf.	✓	
03	02	2024.	Med.	✓	
03	03	2024	Enf.		
03	01	2025	Enfer	✓	

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
04/08/23	4.8 kg	52cm	37	13	17.8	03/09/2023	
04/09/23	5.77kg	58cm	39	14,5	17,2	03/01/2023	
07/11/23	8	62	42.	16.	20,8	11/01/2024	
11/01/24	9.5	66	43	16	21.8	03/04/24	
05/04/24	10.3	70	45	17	21	03/07/24	
24/07/24	10.3	72	46	17	19.9	08/02/25	
14/07/25	11.5	82	46.5	17	17.1	03/01/26.	

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

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

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

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

*Menor o igual a 20 normal

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

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

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

Carné de Vacunación

Nombres y Apellidos: Alan Jerik Perez Colimba

Tipo de Documento: [Y] [ ] [ ]

No. de Documento: 1122344288

Fecha de Nacimiento: 3 07 2023

Sexo: Masculino

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: 3555 Talla: 51

Dirección:

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Responsable: Dany Jaqueline Colimba

Municipio de residencia: San Miguel

Departamento: Putumayo

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
			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
Recién Nacido	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	3	07	23	Serum	03 2 7 1 MA 0 9 3	H.A.C.P	3	09	23	Carolina O
	Hepatitis B	Recién nacido	3	07	23	Serum	03 2 2 Y 0 0 9 A	H.A.C.P				
			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1ª	04	09	23	BicIG	2 2 0 80 16 A					
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib) (Pentavalente)	1ª	04	09	23		2 8 5 1 Y0 33 D		cita. 04			
	Hepatitis B (Pentavalente)	1ª	04	09	23	Serum	1 1 1 1 1 1 1		NOV			
	Difteria, Tétanos, Tosferina (Pentavalente)	1ª	04	09	23		A R 0 2 60 93 A	HFLO.	2024			
	Diarrea por rotavirus	1ª	04	09	23							
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	1ª	04	09	23	GSK Pfizer	F R 48 95					
			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2ª	07	11	23	Biologicals.	2 2 3 4 0 0 1					
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib) (Pentavalente)	2ª	07	11	23	Serum	2 8 5 1 4 0 3 3 C					
	Hepatitis B (Pentavalente)	2ª	07	11	23	Serum	2 8 5 1 4 0 3 3 C					
	Difteria, Tétanos, Tosferina (Pentavalente)	2ª	07	11	23	Serum	2 8 5 1 4 0 3 3 C	HFD				Yenifer C.
	Diarrea por rotavirus	2ª	07	11	23	GSK	A 12 0 2 0 4 6 6 A					
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	2ª	07	11	23	Pfizer	F 4 9 9 2 5					
			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3ª	11	01	24	Biológica	2 2. 3 4 0 0 1		Cita			
	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib) (Pentavalente)	3ª	11	01	24	Serum	2 8 5 1 4 0 3 3 C		07-ENERO			
	Hepatitis B (Pentavalente)	3ª	11	01	24	Serum	2 8 5 1 4 0 3 3 C		2024.			Kerly
	Difteria, Tétanos, Tosferina (Pentavalente)	3ª	11	01	24	Serum	2 8 5 1 4 0 3 3 C	HFD				Jiménez.
	Influenza estacional	1ª	29	04	24	Butantan	2 4 0 0 0 9 7 9 / 00					
7 meses	Influenza estacional	2ª	06	06	24	Butantan	2 4 0 0 0 9 7 9 / 00	HFLO				Jeniffer. C
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1ª	24	07	24	Serum	0 1 3 2 N 0 7 4 A					
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	Refuerzo	24	07	24	Pfizer	F 4 9 9 2 5		CITAS			
	Varicela	1ª	24	07	24	Merck	X 0 1 9 1 7 7	HFLO	03-JULIO			Kerly
	Hepatitis A	Única	24	07	24	HSO	W 0 2 7 7 3 6		2024			Jiménez
	*Influenza estacional	Anual										
18 meses	Poliomielitis (VIP)	1er Refuerzo	28	02	25	Biologicals	2 3 1 8 0 0 6	HFLO	CITA:			Jeniffer C
	Difteria, Tosferina y Tetano DPT ☐ Pentavalente ☐	1er Refuerzo	28	02	25	Serum	2 8 5 3 X 0 2 0 B	HFLO	11-ENERO-24			Jeniffer C
	**Fiebre Amarilla	Única	24	07	24	Sanofi	X 3 A 8 7	HFLO				Kerly
5 años	Sarampion, rubeola y parotiditis (SRP)	2ª	28	02	25	Serum	0 1 3 2 N 0 7 4 A	HFLO	cita:			Jeniffer C
	Poliomielitis (VIP) ☐ (VOPb) ☐	2do Refuerzo							5 años			
	Difteria, Tetanos, Tosferina	2do Refuerzo							cumplidos			
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1ª										
		2ª										
		3ª										
Sin rango de edad	Covid-19	1ª										
		2ª										
		1er Refuerzo										
		2do Refuerzo										
Vacunas controvertidas 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

		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	9-11 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					11-09-24									
		Promoción y apoyo de la lactancia manterna							22-08-24 22-02-25							
PROTECCIÓN ESPECÍFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de fluor									05-06-2025 05-DIC-2025					
		Profilaxis y remoción de placa bacteriana														
		Aplicación de sellantes (según criterio)														
	V	Vacunación														

Tania Villacorte
ODONTÓLOGA
Res.: 81 - 801

Berónica Cordoba
NIT: 1124312296
HIGIENISTA ORAL

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

JINA A. BELALCAZAR FLOREZ
Gerente

Servimos con amor

CARNET RIAS **PRIMERA INFANCIA**

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

Servimos con amor



Nombres y apellidos: Alan Jerik Perez Colimba

Doc. de Identidad: 1122344288 EPS: 115.

Teléfono: 3142302181 Domicilio: B/ Central.

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

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

16 RV

CIUDAD San Miguel FECHA: DÍA 14 MES 07 AÑO 25 HORA: 2:20 PM

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Alan Jerik APELLIDOS Perez Colimba

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [A] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1.122.344.298.

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 03 MES: 07 AÑO: 23 / EDAD: 2 años tel: 3142302131

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Mallamas.

INFORMACIÓN PREVIA. La vacunacion es una forma segura y eficaz de prevenir enfermedades y salvar muchas vidas. En la actualidad el pais 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. 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)

Madre refiere que el menor aun está muy Pequeño

¿COMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides).
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar Ninguna Primera dosis [ ] Segunda dosis [ ] 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.

INFORMACIÓN ESPECIFICA PARA GESTANTES

La vacuna tiene aprobado el uso en mujeres gestantes desde la semana doce (12) y durante los 40 dias postparto, siempre que los posibles beneficios superen los posibles riesgos con base en la evaluación clinica realizada en conjunto por el médico tratante y la gestante, lo cual deberá presentar al momento de la vacunación certificación que acredite tal evaluación.

La vacuna que se le está administrando es eficaz para evitar complicaciones severas y muerte en la gestante y el feto por SARS CoV-2 COVID-19

A la fecha no hay pruebas que la vacuna cause efectos adversos importantes para la mujer embarazada, el feto o la placenta, además de los ya observados para la población general

A nivel poblacional son muchos mayores los beneficios de administrar el biológico, sobre los riesgos de llegar a padecer COVID-19 durante la gestación, por el impacto que sobre la salud materna y perinatal produce la infección por SARS-Co-2 y ante el alto riesgo de complicaciones severas, ingreso a UCI, y morbilidad y mortabilidad materna y fetal asociada a esta enfermedad.

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.

Soy mujer con más de 12 semanas de gestación o durante los 40 días postparto: SI ☐ NO ☐ y en caso afirmativo aporto certificación del médico tratante que acredita evaluación clínica para que obre adjunto a este consentimiento, requisito indispensable para recibir la vacuna.

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

Firma de la persona: Deny Colimba Mejis

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

Nombres Deny Jaqueline Apellidos Colimba

Tipo de Identificación: CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1.122.341.274

Firma: Deny Colimba Mejis

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

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

de _____

Huella dactilar o plantar del Rogante

Firma del Rogado
C.C. N°

Nombres y apellidos del vacunador: Kelly Jimenez Zárate

Firma Kelly Jzy Tipo de Identificación: CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 1075652134.

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFLD

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Putumayo MUNICIPIO: San Miguel

Nota 1: Los menores de edad a partir de 12 años deben firmar junto con uno de sus padres o su representante legal
Nota 2: Para los menores de 12 años deben firmar 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 Alan Jeriel Perez Colimba., identificado (a) con documento de identidad número 1.122344288 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, Deny Jaqueline Colimba Mitis., quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número _____, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	✓	Audios	✓	Videos	✓	Otros datos personales	✓

La autorización comprende:

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

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

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

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

Suscriben:

Firma: Deny Colimba.
Nombre: Deny Yaqueline Colimba Mitis.
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3142302181
Fecha: 24 NOV. 025.
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.

19 RV

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

Deny Colimba.
Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Yurany Galindez S.
Agente educativa

Huella del niño/niña

21 RV

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 41883	Pago oportuno hasta:	07-NOV-2025	Mes Facturado
Factura Nro.	2037342407	Suspensión a partir de:	08-NOV-2025	OCTUBRE 2025

1. Información General

Nombre:	MARIA MERCEDES MITIS ALPALA		07-OCT-2025	Último pago	$ 211,538
Dirección:	BR CENTRAL	Tuve servicio de energía entre:	17-SEP-2025 - 17-OCT-2025 (30)		27-OCT-20

Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Área	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Tarifa	División Geopolítica
SM1	S102	224	2	RESIDENCIAL	URBANA	1	2.5	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	27/10/2025	27/10/2025	PAGO EN EFECTIVO	CONTADO	EEBP 447555

2. Información Consumo Energía

Componentes del Costo (CU)	Generación	+ Transmisión	+ Distribución	+ Comercialización	+ Pérdidas	+ Restricción	= CU	($/KwH)
	411.70	51.66	259.40	142.55	50.46	37.23	971.00	

2A. Información Medidor

Marca	Serial	Factor Múltiplo
HIK	18261250	

2B. Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	11045	10707
Reactiva:		

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

2C. Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	338
Consumo Reactiva KVarh:	0
Costo del consumo $	328198
Tarifa (hasta 173 Kwh):	564.3
Subsidio: % 41.884	70359.01
Contribución: % 0	0
Sub Total $	257838.99

Meses en deuda: 1 % Tasa Interés Moratorio: 5

2D. Consumo Ultimos 6 Meses

Mes	Consumo
2025/Sep	274
2025/Ago	324
2025/Jul	258
2025/Jun	265
2025/May	242
2025/Abr	219

Promedio: 265

2E. Información Calidad del Servicio

Tel O R EEPA 01 8000 942415
Transformador SLD102 Carga 27
DIUG 30.24 FIUG 19 Circuito C
Carga D 269.71 Pérdi 30.20
CEC 276.16
DIU 72.10 FIU 37.00
IIC 0.00 VC 7.06

Valor a cancelar 18.693,00

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	328.198,00		0	0.00	328.19
SUBSIDIO	70.359,01		0	0.00	70.35
AJUSTE A SUBSIDIO	2.992,99		0	0.00	2.99
COMPENSACION RES CREG 015/2018	14.896,96		0	0.00	14.89
AJUSTE A LA DECENA	2,08		0	0.00	

5. Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP

245.93

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 006 31/08/2023	Cra 4 Cll 7 Esquina	18.693	0	18,6

7. Información Facturación Convenio Aseo y Alcantarillado

Concepto	Empresa	Dirección PQR	USO	Valor Tarifa	Subsidio o Factor Solidario	Cargo Consumo o Variable	Valor Tasa Ambiental	Saldo Anterior	Ajustes/Otros	Valor Total
Alcantarillado				0	0	0	0	0	0	
Aseo*	Alcaldia San Mi	Cra 4 Cll 7 Esq Bda Libertad		12,000	0	0	0	0	0	12,0

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

8. Información Facturación Otros Convenios

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

Total EEBP	+	Total Impuesto Alumbrado público	+	Total Aseo y/o Alcantarillado	+	Total Otros Convenios	=	Debo pagar en Total
245,937		18,693		12,000		0		276,630

CUFE:

de5aad0b6d173d2b3966d1e37fccaf9d8b565267e2e9a0bf9d9c4de3027344(
7201274241514fcab1e5348d011de7c1

(415)7709998505532(8020)1000203734240758(3900)0000276630(96)20251107

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

www.eebpsa.com.co @eebpsaesp /eebpsa

Fac. Electronica: EEBP 447555

Resolución de facturación electrónica DIAN No 18764083711961
de fecha 08/11/2024 desde No 1 hasta No 100000
vence el 08/11/2026

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Alan Jenk Perez 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)
02 dic 025 03 dic 025.	Se realiza la respectiva revision de Carpeta y se logra evidenciar que el niño tiene Control de higiene Oral para el dia 5 dic 025.	Se le informa a la mamita para que saque la cita. para esa fecha. ya que es importante ester al dia. en cuanto a la Salud y bienestar de los niños. - Se le recuerda a la mamita Sacar la cita Pendiente de higiene Oral. y la mamita nos manifiesta que le han dicho que hay que ir el mismo dia.	Yurany Galindez	Deny Colimba.

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Alan. Jerik. **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)
09 12 025 10 12 025	Se realizo el llamado de asistencia y se logra evidenciar que el niño no ingreso a la unidad	Se informa a los familiares para saber el motivo de la inasistencia y la mamita manifiesta que esta en tratamiento que por eso no asistio a la unidad. → Se logra evidenciar que el niño ingreso a la unidad aparentemente bien	Yurany Galindez	Deny Colimba

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Alan Perez. UNIDAD DE ATENCIÓN: Parvulo 1. AGENTE EDUCATIVO: Yrary 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)
24 Nov. 025 25 Nov. 025	Se logra evidenciar que como el niño es nuevo aun no se acostumbra a la Unidad y estuvo un poco inquieto.	Se le informa a la mamita que mientras se Acostumbra debe retirarlo a las 12 del medio dia. mientras Se adapta Se logra evidenciar que el niño ingreso a la Unidad aparentemente bien.	Yrary Galindez	Deni Colimba.