Fecha de diligenciamiento: 1 | 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: CDI 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: 7765630

Fecha nacimiento: 12 | 08 | 2022

Nombres: Liam Gabriel **Apellidos:** Torres Hernandez

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:** Urbana **Barrio:** Metropolitano **Vereda:**

Sector: **Dirección:** Pa el Calisco, diagonal al apartamento de Color blanco donde hay Una tienda

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: V.31.290.285

Nombres: Jacklin Caroling **Apellidos:** Hernandez H **País de nacimiento:** Venezuela **Fecha nacimiento:** 3 | 05 | 2005

Correo electrónico: hernandezjacklin8@gmail.com **Número de celular:** 3132327549 **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: Jacklin Hernandez

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Andrea Montenegro

Observaciones:

Fundación Alma de Vida

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO: Liam Gabriel Tones Hernandez

N° DOCUMENTO: 7765630 **TIPO DOCUMENTO:** RC X CC ___ OTRO ___

FECHA DE NACIMIENTO: 12-08-2022 **EDAD:** 2A 7M

LUGAR DE NACIMIENTO: Venezuela

NOMBRE DE LA UDS: CDI Fronteras de Paz
CODIGO UDS: 867571126972 **BARRIO/VEREDA:** B/ metropolitano
FECHA DE INGRESO: 1-04-2025 **FECHA DE RETIRO:** _____

SISBEN: A.3 **EPS:** Mallamas **RÉGIMEN (C)** ___ **(S)** X

DESPLAZADO: SI ___ **NO** X **DISCAPACIDAD: SI** ___ **NO** X **¿CUAL?** _____

GRUPO ETNICO: SI ___ **NO** X **¿CUAL?** _____

GRUPO AFROCOLOMBIANO: SI ___ **NO** X **¿CUAL?** _____

NOMBRE DE LA MADRE: Jacklin Carolina Hernandez H.

N° CÉDULA: V. 31.290.285 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Venezuela.

NOMBRE DEL PADRE: Luis Miguel Tones Vivas

N° CÉDULA: V 30.147.179 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Venezuela

N° DE CELULAR: 3132327549

NOMBRE DEL ACUDIENTE: Jacklin Carolina Hernandez H

N° CÉDULA: V. 31.290.285 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Venezuela

DIRECCIÓN VIVIENDA: B/ metropolitano **ZONA POBLACIONAL: (R)** ___ **(U)** X

NUMERO DE CELULAR 3132327549 - 3236281557

FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Andrea Montenegro
NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO



REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

No. 7765630

TORRES HERNANDEZ
APELLIDOS

COL

LIAM GABRIEL
NOMBRES

VEN
NACIONALIDAD

M
SEXO

12082022914
DNI Nro.

12-08-2022
FECHA DE NACIMIENTO

12-09-2023 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO

VISIBLE

NO FIRMA
FIRMA



E1394991

INDICE DERECHO

El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información migratoria.

Carlos Fernando García Manosalva
Director General de Migración Colombia

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL7765630<<2<<<<<<<<<<<<<<<
2208121M3105308VENE1394991<<<4
TORRES<HERNANDEZ<<LIAM<GABRIEL

República Bolivariana de Venezuela
Consejo Nacional Electoral
Comisión de Registro Civil y Electoral
Estado Barinas
Municipio Barinas
Parroquia Ramon I M

PODER ELECTORAL

ACTA N° 914
DÍA 13
MES 08
AÑO 2022.

REGISTRO DE NACIMIENTO ☑ **RECONOCIMIENTO** ☐ **INSERCIÓN** ☐

A Datos del Registrador (a) Civil

NOMBRES	APELLIDOS
Ender Jose	Torres Soto.

DOCUMENTO DE IDENTIDAD N°	OFICINA O UNIDAD DE REGISTRO CIVIL
19.069.894	HMI Dr Samuel Daño M.

RESOLUCIÓN N°	FECHA	GACETA N°		FECHA
190-A	01/06/2024	177	☑ MUNICIPAL ☐ OFICIAL	02/06/2024

B Datos del Presentado o Presentada

NOMBRES	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
Liam Gabriel.	Torres.	Hernandez.

FECHA DE NACIMIENTO	DÍA	MES	AÑO	SEXO	HORA DE NACIMIENTO	
	12.	08	2022.	Masculino.	08:22.	☐ AM ☑ PM

LUGAR DE NACIMIENTO	PAÍS	ESTADO	MUNICIPIO	PARROQUIA
	Venezuela	Barinas	Barinas	Ramon I M.

DIRECCIÓN Urb. Francisco de Miranda Sector 17 Casa #5

C Datos del Certificado Médico de Nacimiento

CERTIFICADO N°	FECHA DE EXPEDICIÓN	DÍA	MES	AÑO	AUTORIDAD QUE LO EXPIDE	N° MPPS
J2604241		12	08	2022	Omari Torres	157471

NOMBRE DEL CENTRO DE SALUD Hospital Materno Infantil Dr Samuel Dario M.

D Hijo o Hija de (Datos de la Madre)

NOMBRES	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
Jacklin Carolina.	Hernandez	Hernandez

DOCUMENTO DE IDENTIDAD N°	CÉDULA	PASAPORTE	OTRO	EDAD	NACIONALIDAD
31-290-285	☑	☐	☐	17	Venezolano

PROFESIÓN U OCUPACIÓN	COMUNIDAD O PUEBLO INDÍGENA
Ama de Casa	No.

RESIDENCIA Urb. Francisco de Miranda Sector 17 Casa #5 — DECLARANTE ☐

DECLARANTE SIN DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	DOCUMENTO PÚBLICO	CONSTANCIA DEL CONSEJO COMUNAL	DECLARACIÓN DE TESTIGOS
	☐	☐	☐

E Hijo o Hija de (Datos del Padre)

NOMBRES	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
Luis Miguel	Torrez	Vivas

DOCUMENTO DE IDENTIDAD N°	CÉDULA	PASAPORTE	OTRO	EDAD	NACIONALIDAD
30.147.179	☑	☐	☐	19.	Venezolano

PROFESIÓN U OCUPACIÓN	COMUNIDAD O PUEBLO INDÍGENA
Comerciante	No.

RESIDENCIA Urb. Francisco de Miranda Sector 17. Casa # 5. — DECLARANTE ☑

DECLARANTE SIN DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	DOCUMENTO PÚBLICO	CONSTANCIA DEL CONSEJO COMUNAL	DECLARACIÓN DE TESTIGOS
	☐	☐	☐

F Datos del Declarante (Solo en caso de ser distinto a Padre o Madre)

NOMBRES Y APELLIDOS	CARÁCTER CON QUE ACTÚA

DOCUMENTO DE IDENTIDAD N°	CÉDULA	PASAPORTE	OTRO	EDAD	NACIONALIDAD
	☐	☐	☐		

PROFESIÓN U OCUPACIÓN	COMUNIDAD O PUEBLO INDÍGENA

RESIDENCIA

G Datos de los Testigos

NOMBRES Y APELLIDOS Liliana Vivas.

CÉDULA DE IDENTIDAD N°	EDAD	PROFESIÓN U OCUPACIÓN
16.514.280.	41	Ama de Casa

NACIONALIDAD	COMUNIDAD O PUEBLO INDÍGENA
Venezolana.	No

RESIDENCIA La Villa. Calle 11 Casa # 11.

NOMBRES Y APELLIDOS Carmen Gonzalez.

CÉDULA DE IDENTIDAD N°	EDAD	PROFESIÓN U OCUPACIÓN
12.837.937	47	Ama de Casa.

NACIONALIDAD	COMUNIDAD O PUEBLO INDÍGENA
Venezolano	No.

RESIDENCIA La Paz Sector 3. Calle 1 Casa N# 5.

AUTORIDAD QUE LO EXPIDE | FECHA

I Inscripción por Medida de Protección (llenar sólo cuando exista medida de protección)

CONSEJO DE PROTECCIÓN | MEDIDA N° | FECHA DÍA MES AÑO

NOMBRE Y APELLIDOS DEL CONSEJERO (A)

J Inscripción por Decision Judicial (llenar sólo en caso de sentencia judicial)

TRIBUNAL O JUZGADO | SENTENCIA N°

NOMBRES Y APELLIDOS DEL JUEZ (A) | FECHA DÍA MES AÑO

K Inscripción Extemporánea

DATOS DEL INFORME DEL CONSEJO DE PROTECCIÓN O PROVIDENCIA ADMINISTRATIVA N°

AUTORIDAD QUE LO EXPIDE | FECHA DÍA MES AÑO

L Circunstancias Especiales del Acto/Observaciones

M Documentos Presentados

(04) Copias del Certificado de Nacimiento y original
(04) Copias de la Cedula de ambos padres

LEÍDA LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON EL CONTENIDO DE LA MISMA, FIRMAN:

Luis
FIRMA DEL DECLARANTE
NOMBRE Luis
APELLIDO Torres
IMPRESIÓN DACTILAR

FIRMA DEL DECLARANTE
NOMBRE
APELLIDO
IMPRESIÓN DACTILAR

FIRMA DEL REGISTRADOR (A)

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA PODER ELECTORAL CONSEJO NACIONAL ELECTORAL COMISIÓN DE REGISTRO CIVIL Y ELECTORAL UNIDAD DE REGISTRO CIVIL HOSPITAL DR. SAMUEL DARIO MALDONADO MUNICIPIO BARINAS ESTADO BARINAS
SELLO HUMEDO

Liliana Vivas
FIRMA DEL TESTIGO
IMPRESIÓN DACTILAR

Gonzalez Carmen
FIRMA DEL TESTIGO
IMPRESIÓN DACTILAR

N Nota Marginal

FIRMA DEL REGISTRADOR (A) CIVIL

República Bolivariana de Venezuela.
Consejo Nacional Electoral
Comisión de Registro Civil y Electoral
Oficina de Regional Electoral
Unidad de Registro Civil del Hospital Materno Infantil
Dr. Samuel Darío Maldonado.
Parroquia Corazón de Jesús
Municipio Barinas – Estado Barinas

CERTIFICACION DE ACTA

Según la **Ley Orgánica de Registro Civil**, en su artículo 94: *"La autoridad de Registro Civil expedirá gratuitamente las certificaciones del Acta de nacimiento, las cuales no tendrán fecha de vencimiento, por lo tanto, los órganos y entes de la Administración Publica, así como las instituciones privadas, no podrán exigirlas con una fecha determinada de expedición, salvo que las mismas sean ilegibles o presenten enmiendas o tachaduras que dificulten su comprensión"*. Concatenada esta a su vez con la **Ley sobre Simplificación de Trámites Administrativos**, en su artículo 27: *"Los particulares podrán presentar la información solicitada por la Administración Publica en formularios oficiales, copia fotostática de estos o mediante cualquier documento que respete integralmente el contenido y la estructura exigidos en dichos formatos"*. Y el Articulo 29: *"no podrá exigirse para trámite alguno, la presentación de copias certificadas actualizadas de partidas de nacimiento, matrimonio o defunción, así como de cualquier otro documento público, salvo los casos expresamente establecidos por ley"*.

NOTA: Esta copia Fotostática Certificada es legal para cualquier trámite.

Nombre del Niño o Niña

Liam Gabriel

CERTIFICA: Que es copia fiel y exacta del libro llevado en esta Unidad Hospitalaria de Nacimiento Materno Infantil del municipio Barinas, inserto en los libros de Nacimiento, Acta: 914 **Tomo:** IV **Folio:** 165 **Año:** 2022

Certificación que se expide de conformidad con lo establecido en el Artículo 155 de la Ley Orgánica de Registro Civil, en la Ciudad de Barinas, el 09 del Mes Diciembre año 2022.

Abg. ENDER TORRES.
CI: 19.069.891
REGISTRADOR CIVIL HOSPITAL MATERNO INFANTIL
RESOLUCION: 220727-0055 de fecha, 27/07/2022 **GACETA OFICIAL N°** 42.441 de fecha 16/07/2022



REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

CEDULA DE IDENTIDAD

V 31.290.285

187

APELLIDOS HERNANDEZ HERNANDEZ

NOMBRES JACKLIN CAROLINA

Dante Rivas
Director

FIRMA TITULAR

03/05/2005 SOLTERA
F. NACIMIENTO EDO CIVIL

25/06/2015 06/2025
F. EXPEDICION F. VENCIMIENTO

VENEZOLANO

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

CEDULA DE IDENTIDAD

V 30.147.179

MM717

Juan Dugarte
Director

APELLIDOS TORRES VIVAS

NOMBRES LUIS MIGUEL

2 Luis Torres

FIRMA TITULAR



23-12-02 SOLTERO
F. NACIMIENTO EDO CIVIL

20-05-14 05-2024
F. EXPEDICION F. VENCIMIENTO

VENEZOLANO



Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta:	03/06/2025
Ficha:	867576741052800008995

A3

GRUPO SISBÉN IV

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres:	LIAM GABRIEL
Apellidos:	TORRES HERNANDEZ
Tipo de documento:	Permiso Por Protección Temporal
Número de documento:	7765630
Municipio:	San Miguel
Departamento:	Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:	28/08/2024
Última actualización ciudadano:	28/08/2024
Última actualización via registros administrativos:	

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

A1→A5	B1→B7	C1→C18	D1→D21
Pobreza extrema	Pobreza moderada	Vulnerabilidad	Ni pobre ni vulnerable

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:	MARIA ZORAYDA LINARES MONTERO
Dirección:	Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libertad
Teléfono:	4210537 - 3213138790
Correo Electrónico:	sisben@sanmiguel-putumayo.gov.co

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	PT
NÚMERO DE IDENTIFICACION	7765630
NOMBRES	LIAM GABRIEL
APELLIDOS	TORRES HERNANDEZ
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	SUBSIDIADO	17/08/2023	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	12/04/2025 17:45:29	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**,

GRAN TERRITORIO DE LOS PASTOS E.P.S. INDÍGENA MALLAMAS "El autocuidado en salud para un buen vivir"	CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN		CÓDIGO: AS-FR-008
			VERSIÓN: 02
			Vigencia: 22/12/2021

COORDINACION DE AFILIACIÓN Y REGISTRO

CERTIFICA :

Que el (la) señor(a):	**TORRES HERNANDEZ LIAM GABRIEL**
Identificación:	**PT: 7765630**
Municipio:	**SAN MIGUEL**
Nivel Sisben:	**1**
IPS Asignada:	**ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA - PRINCIPAL**
Estado:	**Activo**
Fecha de Afiliación:	**2023-08-17**
Regimen:	**Subsidiado**
Condición Discapacidad:	**N**
Tipo Discapacidad:	**NA**
Tipo Afiliación:	**SAT Res. 768 de 2018**
Nivel :	

Observación :

Dada el miércoles, 26 de marzo de 2025

Cordialmente

SANDRA LILIANA PANTOJA PASCAL

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
aseguramiento@mallamaseps.com

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA ...Sanos



E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

Nombres: Liam Gabriel	Apellidos: Torres Hernandez
Fecha de nacimiento: 12 DÍA | 8 MES | 2022 AÑO	Historia Clínica: 31902851
Barrio/Vereda: B/ 9 de Abril	Responsable del niño: Carolina Hernandez
Teléfono: 3125322450	EPS:

CITAS PROGRAMADAS

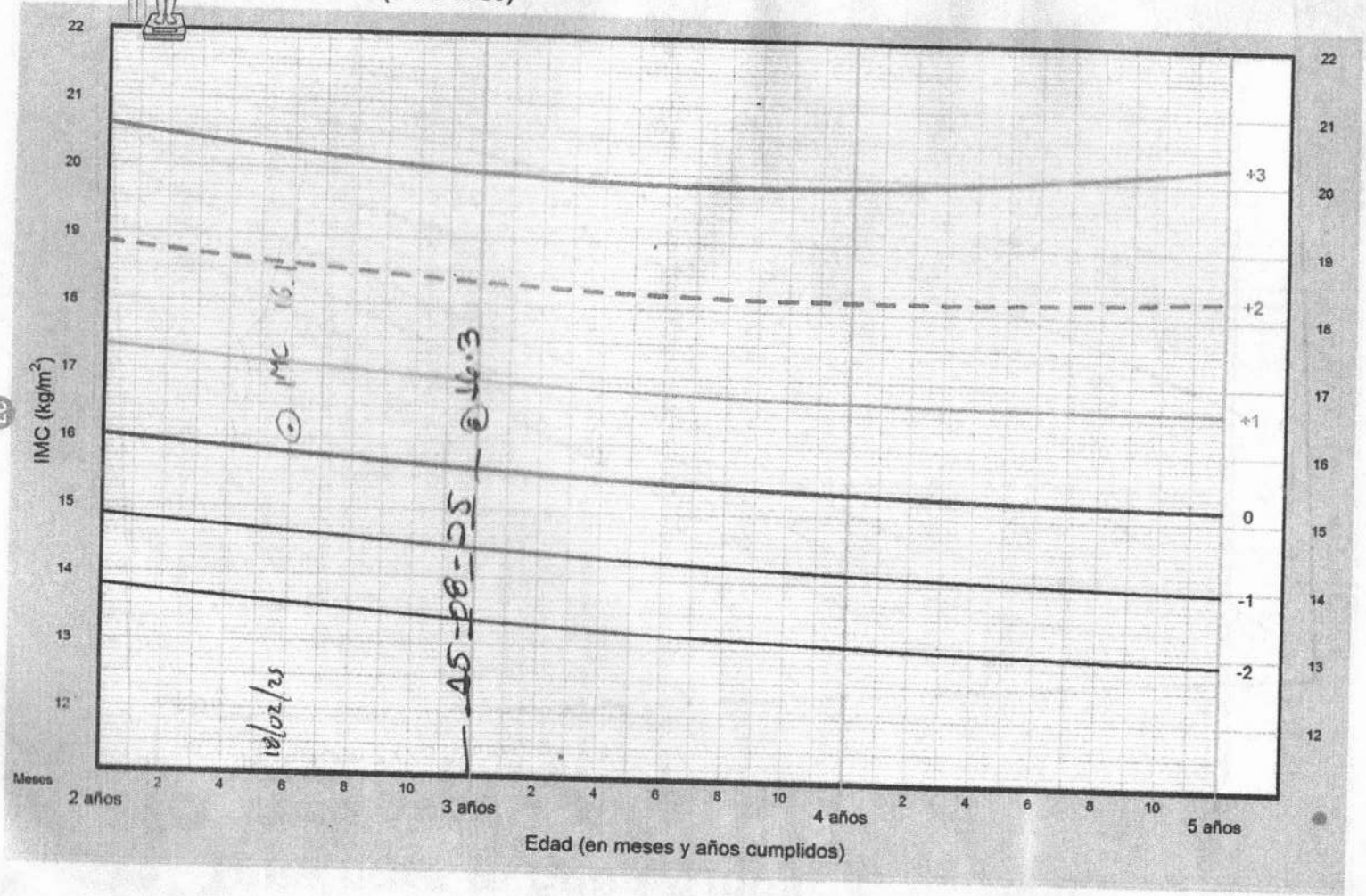
DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
12	10	2022.			
12	DICIEM	2022.	Medico	Si ✓	
12	-feb.	2023	Enf	Si ✓	
12	Mayo	2023	Gfam	Si 23-06-23	
12	AGOSTO	2023	MEDICO →	Si -25/08/23.	
25	02	2024	Medico	→ Medico 23-08-24	S.
18	Febrero	2025	Enf.	Si	P. Pe2
12	Agost.	2025	Me2	Si ✓	S.
15	~~Agosto~~	2026	Enf.		

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
19/09/2022	4.3	54	38	12	14.7	12/10/2022	
12-X-22	4950	58	38	12	14,7	12-12-22	Victor aval
12/12/22	6.300	65	PC. 43	14	15	12/02/23	
12/02/2023	7.4kg	69cm	45	15	—	12/05/2023	
23-06-23	8.2kg	72cm	46	13	15.8	12-08-23	
25-09-23	9.2	76	47	15	15.8	25-02-24	
12/2-/24	9.8	79	46	13 7	15.7	12/8 24	
23/08/24	11.6	85	49	15	16.1	12/02/25	
18/02/25	12.5	88	99	15	16.1	12/08/25	
15-08-25	13.8	92	51	17	16.3	15-08-26	

Vera Magaly Cabrera
Médico General
1027189 Univalle

IMC para la Edad Niños

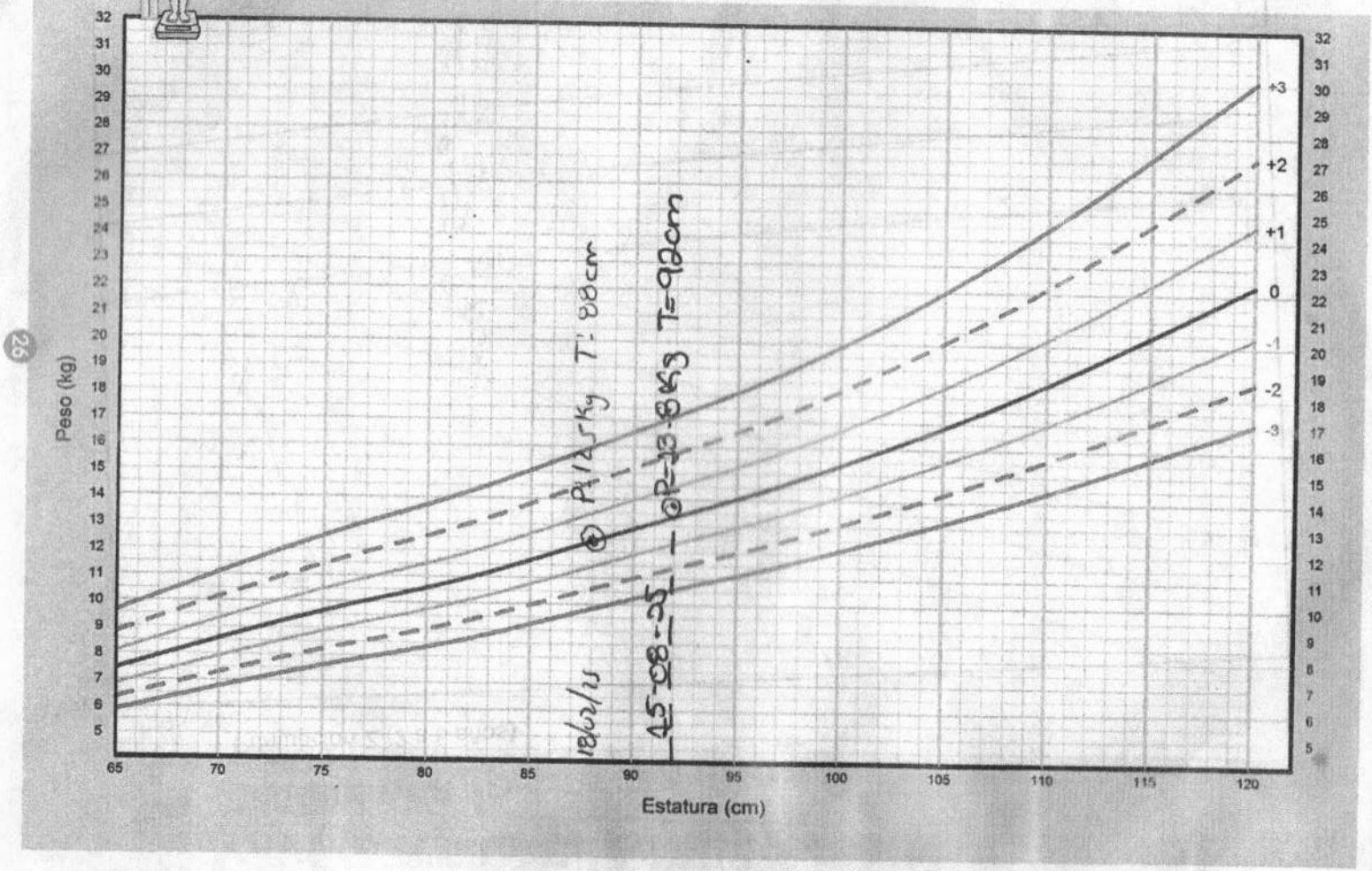
Puntuación Z (2 a 5 años)





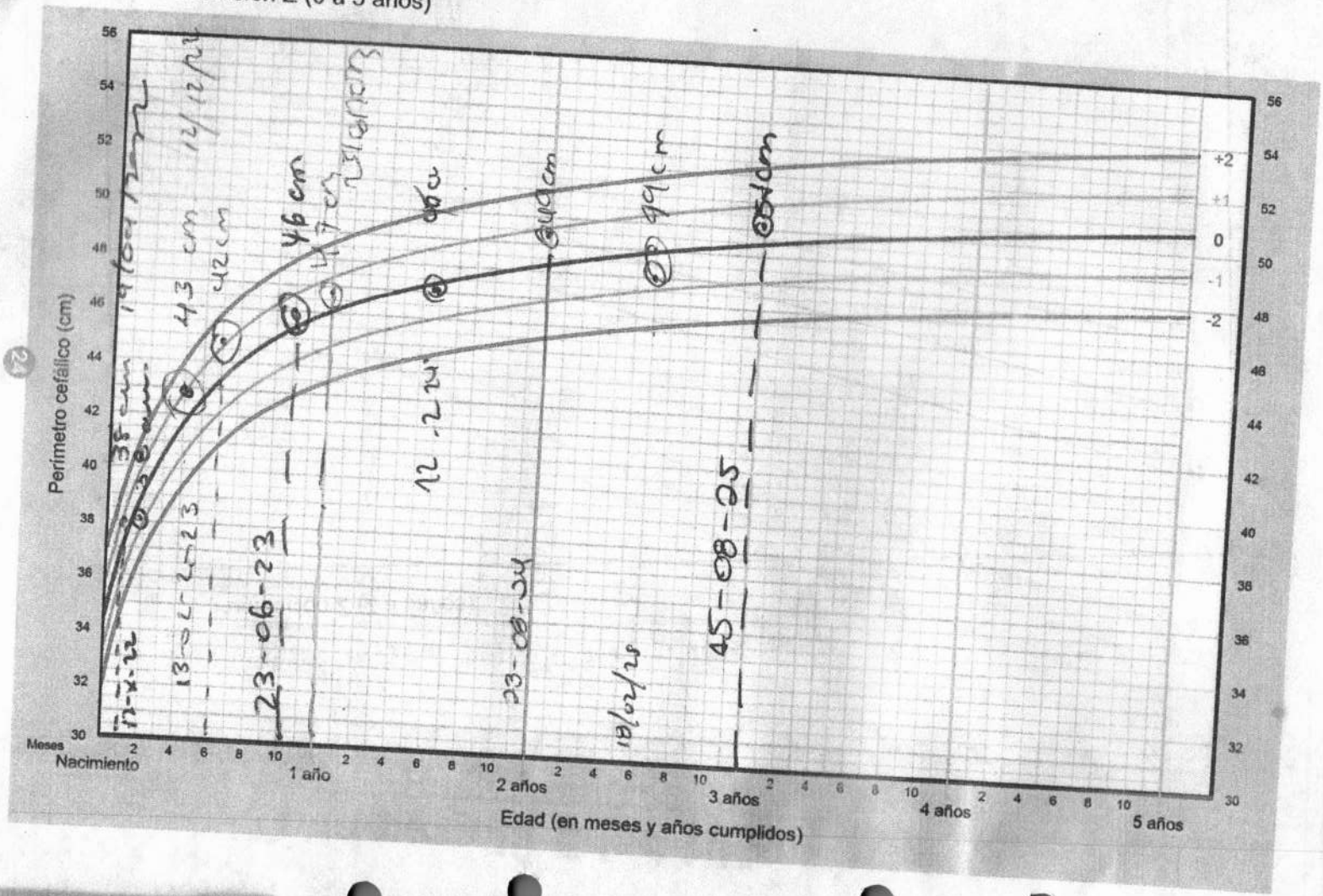
Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



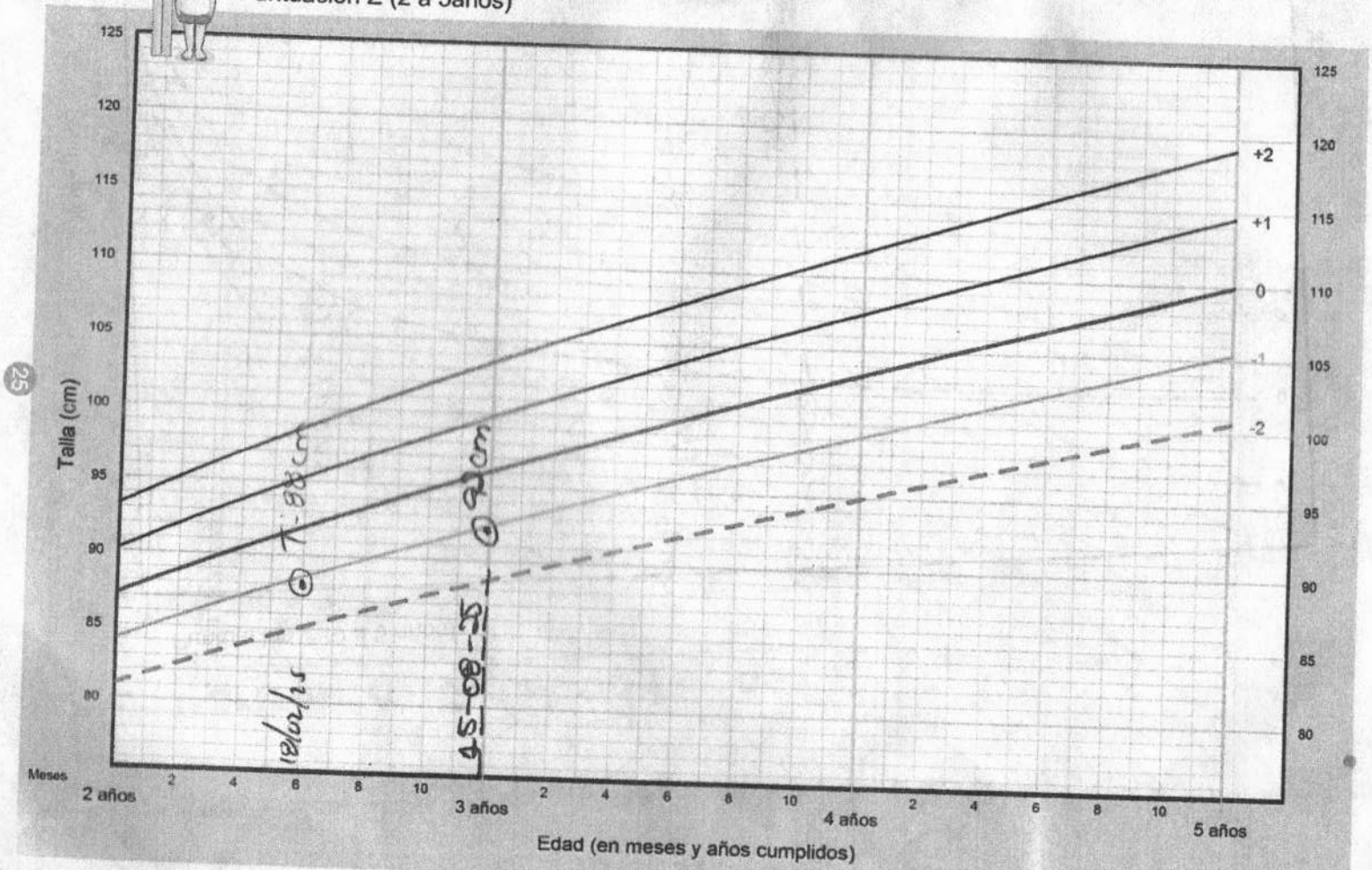
Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)



Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5años)



19
RIV

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

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO								
Resultado Tamizaje Neonatal	TSH neonatal	Normal		Alterado				
	Auditivo OEA/PEAA	Normal		Alterado				
	Cardiopopatía 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)

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			
2.ª entrega			
3.ª entrega			

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

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: Liam Torrez Hernandez

Fecha de nacimiento: 31/2/902881

Nº de certificado de nacido vivo: 12 agosto-2022

Registro civil: 1218122

Sexo: Masculino.

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: Talla:

Dirección:

Teléfono 1: 3125324250

Teléfono 2:

Responsable: Carolina Hernandez

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
Recién nacido						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Tuberculosis meníngea (BCG)	Única	25	8	22		0371602	HFID				Venezuela
	Hepatitis B	Recién nacido	25	8	22			HFID				Venezuela
2 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Poliomielitis (VIP)	1.ª	12	10	22	Serum	2 1 1 5 0 0 4	HFID				
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	12	10	22	Serum	2 8 5 0 4 0 3 8 D	HFID				
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª	12	10	22	Serum	2 8 5 0 4 0 3 8 D	HFID				
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	1.ª	12	10	22	Serum	2 8 5 0 4 0 3 8 D	HFID				
	Diarrea por rotavirus	1.ª	12	10	22	GSK	A R 0 1 C 8 9 2 A F	HFID				
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.º	12	10	22	GSK	F R 4 8 9 7	HFID				
4 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Poliomielitis (VIP)	2.º	12	12	22	Biological	2 1 1 4 1 0		cita.			
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.º	12	12	22		C 8 5 1 4 0 2 2 A		12 DIC 2022			Daniela Casanova Tec. Aux. en Enfermeria CC. No. 1007728227
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª	12	12	22							
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	2.ª	12	12	22	Serum	1 1 1 1 1 1 1 1					
	Diarrea por rotavirus	2.ª	12	12	22	GSK	A R 0 1 C 8 5 8 D	HFLD				
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	12	12	22	Pfizer	F R 4 8 9 7.					
6 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Poliomielitis (VIP)	3.ª	13	02	23	Biological	2 1 4 1 0 4		Cita 12 febrero 2023			
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	13	02	23		2 8 5 1 4 0 2 2 A					Daniela Casanova Tec. Aux. en Enfermeria CC. No. 1007728227
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª	13	02	23			HFLD				
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	3.ª	13	02	23		1 1 1 1 1 1 1 1					
	Influenza estacional	1.ª	26	05	23	GC	V 5 0 5 2 3 0 0 1	HFLD				Karla Sacuam
7 meses	Influenza estacional	2.ª	26	06	23	Gicen	V 5 0 5 2 3 0 0 1	HFID	CITA: 26-JUNIO 2023			
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	16	08	23	Serum	0 1 3 2 N 0 4 8 B	HFID				Karen A.
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	16	02	23	Pfizer	F R 4 8 9 7	HFID				
	Varicela	2.ª	02	10	208	Merck	2 C C 8 5 3 0 8	HFLD	CITA: 12- AGOSTO 2023			Karen
	Hepatitis A	Única	16	02	23	MSD	W 0 2 7 3 6	HFLD				Sacuam
	Influenza estacional	Anual	28	05	23	Butantan	2 4 0 0 9 3 9 0 4	HFLD				
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.er refuerzo	12	02	24	Serum	2 2 8 8 X C C 3 B	HFID				
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.er refuerzo	12	02	24	Bico	2 2 3 3 4 0 0 5 A	HFID				
	Fiebre amarilla	Única	16	06	23		2 2 8 V F C 0 3 9 2	HFID				
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo							CITA: 13-FEBRERO 2024			
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª	12	02	24	Serum	0 1 3 2 N C 1 8 B	HFID				Sacuam
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.ª										
		2.ª										
		3.ª										
Vacunas complementarias y otras dosis									Cita 2 AÑOS cumplio SR.			

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.

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

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL

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

La salud es de todos | Minsalud

CIUDAD San Miguel. FECHA: DÍA 21 MES 04 AÑO 2025 HORA: 8:29 AM.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Liam Gabriel APELLIDOS Torres Hernandez

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ NÚMERO: 7765630

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 12 MES: 08 AÑO: 2022 EDAD: 2 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Mallamas Tel: 3132327549

INFORMACIÓN PREVIA. La vacunación es una forma segura y eficaz de prevenir enfermedades y salvar muchas vidas. En la actualidad el país dispone de vacunas para proteger contra al menos 26 enfermedades, entre ellas, la difteria, el tétanos, la tosferina, la poliomielitis, la hepatitis, el cáncer de útero y el sarampión. En conjunto, estas vacunas salvan cada año millones de vidas en el mundo. Con la aplicación de las vacunas las personas se protegen a sí mismas y a quienes las rodean.

La vacunación contra el SARS- CoV-2/COVID-19 reducirá la posibilidad de presentar la enfermedad. En esta etapa de la emergencia, en la cual se inicia la aplicación de esta vacuna, se han reconocido beneficios y riesgos, que es importante que usted conozca antes de dar el consentimiento para su aplicación.

Esta vacuna tiene aprobación de uso de emergencia y surtió los pasos para la validación científica y sanitaria que permite su aplicación segura en humanos.

DATOS IMPORTANTES DE LA VACUNA (por favor, leer con detenimiento. Puede formular preguntas) Miedo a la reacción

¿CÓMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides).
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar Ninguna. Esquema que tiene esta vacuna: Dos dosis ☐ ó dosis única ☐
BENEFICIOS	Prevención de la enfermedad COVID-19, causada por el virus SARS-CoV-2. Reducción de la severidad de la enfermedad en caso de presentarse. Potencial protección del entorno familiar y los allegados.
RIESGOS	Presentación de efectos adversos a corto y mediano plazo posterior a su aplicación como: dolor en el sitio de inyección, dolor de cabeza (cefalea, articulaciones (artralgia), muscular (mialgia); fatiga (cansancio); resfriado; fiebre (pirexias); enrojecimiento e inflamación leve en el lugar de la inyección; inflamación de los ganglios (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: _____

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

Nombres Jacklih Carolina Apellidos Hernandez Hernandez

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 31290285

Firma: _____

En caso de requerirse firma a ruego:

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

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

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

de _____

Huella dactilar o plantar del Rogante

Firma del Rogado

C.C. N° _____

C.C. N° _____

Nombres y apellidos del vacunador: Jeniffer Yulieth Cabezas Meneses

Firma _____ Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 1126446069

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFLD

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.

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: Liam Gabriel Torres

Doc. de identidad: RC 7765630 EPS: Mallamas

Teléfono: 3105546680 Domicilio: 7 Agosto

		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								21-04-24	23-10-24					
		Promoción y apoyo de la lactancia materna							13-07-23 13-NOV-24		23-04-25					
PROTECCIÓN ESPECÍFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de fluor							21-03-24		X		26-04-2025	26-OCT-2025		
		Profilaxis y remoción de placa bacteriana							21-03-24	21-04-24	X			25-10-2025 25-04-2026		
		Aplicación de sellantes (según criterio)														
	V	Vacunación														

Liliana Maribel Córdoba
HIGIENISTA ORAL
Res. 6[illegible] de 2011

Yenny Cortes
HIGIENISTA ORAL
RS. 16-00192

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 Liam Gabriel Torres Hernandez, identificado (a) con documento de identidad número 7765630, 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, Jacklin Carolina Hernandez H, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número V.31.290.285, 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: [signature]
Nombre: Jacklin Hernandez
Calidad - Titular: ____ Representante legal: ____
Teléfono de contacto: 3132327549
Fecha: 1-04-2025
Municipio: San Miguel

¡Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

(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

Firma del Padre de Familia y/o acudiente
Liam

Andrea Montenegro
Agente educativa

Huella del niño/niña

PACTO DE CONVIVENCIA MODALIDAD INSTITUCIONAL

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

DERECHOS Y DEBERES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

DERECHOS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

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

DEBERES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

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

DERECHOS Y DEBERES DE LOS PADRES DE FAMILIA

DERECHOS DE LOS PADRES DE FAMILIA

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

DEBERES DE LOS PADRES DE FAMILIA

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

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

"Generamos Desarrollo con Energía"

Vigilado Superservicios

Código de Suscripción	SM 48304-3	Pago oportuno hasta:	06/03/2025	Mes Facturado
Factura Nro	2037006582	Suspensión a partir de:	07/03/2025	FEBRERO 2025

1.Información Genera

Nombre: MARLYN VIVIANA GILON CORDOBA — **Último pago** $ 66,180

Dirección: BR METROPOLITANO AP-1 — **Tuve servicio de energía entre:** 18-ENE-2025 - 20-FEB-2025 (33)

Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Área	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Código Tarifa	División Geopolítica
SM1	S104	119	1	RESIDENCIAL	URBANA	1	2.7	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
FACTURA DE VENTA	25/02/25	25-FEB-25	PAGO EN EFECTIVO	CONTADO	EEBP - 121894 0

2.Información Consumo Energía

Componentes de Costo (CU)*: Generación 502.93 + Transmisión 56.03 + Distribución 249.01 + Comercialización 113.93 + Pérdidas 69.39 + Restricción 10.41 = CU 1001.69 ($/KwH)

2A.Información Medidor

Marca	Serial	Factor Múltiplo
UNI	2010004143	1

2B.Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	2862	2713
Reactiva:		

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

2C.Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	149	
Consumo Reactiva KVarh:	0	
Costo del consumo $	149253.29	
Tarifa (hasta 173 Kwh):	~~402.78~~	
Subsidio: % 59.79	$	-89245.11
Contribución: % 0	$	0
Sub Total $	60008.18	

Meses en deuda: 1 — % Tasa Interés Moratorio: 0.5

2D.Consumo Últimos 6 Meses

	Mes	Activa	Reactiva
2024	AGOSTO	138	0
2024	SEPTIEMBRE	196	0
2024	OCTUBRE	178	0
2024	NOVIEMBRE	178	0
2024	DICIEMBRE	143	0
2025	ENERO	152	0
	PROMEDIO	**164**	**0**

2E.Información Calidad del Servicio

Tel. O.R EEBP: 01 8000 942415
Transformador: SLD115 Grupo: 22
DIUG: 30.24 FIUG: 19 Circuito: C14
~~Cargo D: 257.1933 Docto %t: 20~~
CEC: 152.26
DIU: 89.57 FIU: 100
HC: 0 VC: 2
Valor a Compensar: 7832.28

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	149,253.29	.00	.00	149,253.29
SUBSIDIO	-89,245.11	.00	.00	-89,245.11
AJUSTE A SUBSIDIO	2,346.55	.00	.00	2,346.55
COMPENSACION RES.CREG_015/2018	-7,832.28	.00	.00	-7,832.28
AJUSTE A LA DECENA	1.55	.00	.00	1.55

5.Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP 54,524

6.Información Facturación Convenio Impuesto Alumbrado Públi

Sujeto Activo	Operador A.P.	Convenio No.	Dirección PQR	Valor Periodo	Saldo Ant.	Valor Total
~~MUNICIPIO DE SAN MIGUEL~~	~~MUNICIPIO SAN MIGUEL~~	~~ACUERDO 008 31/08/2023~~	~~Cra 4 Cll 7 Esquina~~	~~10,226~~	~~0~~	~~10,226~~

7.Información Facturación Convenio Aseo y Alcantarillad

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
Aseo*				6,000	0			0		6,000

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

8.Información Facturación Otros Convenios

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

Total EEBP	+ Total Impuesto Alumbrado público	+ Total Aseo y/o Alcantarillado	+ Total Otros Convenios	= Debe pagar en Total
54,524	10,226	6,000	0	$ 70,750

CUFE: 753cd9fed6297a255dceadfc80e2d2c58867424debe0a08c100b807a2d45194610af6ab2a9418eded399b14c6ddf8cc3

Paga facil por **Internet** en **www.eebpsa.com.co/factur**
www.eebpsa.com.co @eebpsaesp /eebpsa

(415)7709998005532(8020)1000203700658277(3900)0000070750(96)20250306

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

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

de cero a Siempre 29 2/V

Ciudad San Miguel la Dorada

Nombre completo de la niña o niño Liam Gabriel Tenes Hernandez

Fecha de nacimiento Día 2 Mes 08 Año 2022 **N° Documento de Identidad** 7765630

Sexo Masculino ⊗ Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** Día 1 Mes 04 Año 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Andrea Montenegro

Fecha de registro cualitativo Día 25 Mes 07 Año 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

Disfruta pintar dibujos de dinosaurios, jugar con animalitos de juguetes y Participar en juegos de pelotas. Se fatalecera la autonomia mediante Propuestas de le Permitan desenvolverse Con mayor Seguridad. en la rutinas cotidianas

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Andrea Montenegro

Fecha de registro cualitativo Día 2 Mes 10 Año 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

Liam Se encuentra del rango esperado, Para su edad, mostrando avances en la comunicación Se continuará fatleciendo su independencia, la identidad Personal y de genero, bien como el manejo Corporal, a través de, experiencias que favorezcan Su desarrollo integral

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

Rango de edad 0 a 6 meses ○ 6 meses y 1 día a 12 meses ○ 1 año y 1 día a 2 años ○
2 años y 1 día a 3 años ○ 3 años y 1 día a 4 años ○ 4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días ○

Color de registro valoración cualitativa **Perfil de desarrollo** Alerta ○ Esperado ○ Avanzado ○

Observaciones generales

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

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

30
RIV

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Liam Tomas **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulo 2 **AGENTE EDUCATIVO:** Andrea Malaver.

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 1-04-2025

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
5- diciembre - 2025	el niño no asiste a la Unidad de atención Parvulo 2.	Agente educativa realiza llamada telefonica Para Conocer el motivo de la inasistencia el cual no se obtuvo respuesta, Se deja Un mensaje. Via whatsapp Solicitando información Siendo Esto am madre informa que tuvo que salir al lugar a realizar Unas diligencias y no tenia Señal. ademas informa q se encuentra bien	Andrea Malaver.	

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
9/12/23	El niña asiste a la Cmalad de atencion Dosis 2, a prertenente bien de Salud, Se Procede a Cerar novedad



BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Liam Tanes **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulo 2 **AGENTE EDUCATIVO:** Andrea Montenegro

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 1-04-2025

Clasificación de la Información:
CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
2 - diciembre - 2025	el niño no asiste a la Unidad de atencion Parvulo 2	Agente educativa realiza llamada telefonica para conocer el motivo de la inasistencia, el cual refiere que el niño se encuentra bien, que se quedaron dormidos y ya se le hizo tarde.	Andrea Montenegro	

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
3/12/25	el niño asiste a la Unidad de atencion Paula 2, aparentemente bien de Salud. Se procede a Cenar navedad.

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

34
RIV

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Liam Tones **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Pawlos 2 **AGENTE EDUCATIVO:** Adda Montoya

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 1-04-2025

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
23-octubre-2025	Agente educativa evidencia que el niño tiene la Proxima cita de higiene Oral el 26-octubre-2025	Agente educativa dialoga con la madre de familia y Se le informa que el niño tiene la Proxima Cita de higiene oral el 26-octubre-2025 Se recomienda ala madre de familia acercarse al hospital Para Saca la cita Madre de familia informa que el niño tiene Cita el dia lunes 27-octubre-2025 a las 2:45 pm	Andrea Montoya	

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	Madre de familia en horas de la tarde hace llegar la Copia de higiene Oral, Se anexa a la Carpeta del niño y Se Procede a Cenar nuevael.

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

LA DORADA	RECORDATORIO DE CITA	Versión: 001

PROGRAMA:	Higiene oral
FECHA:	Lunes 27-10
HORA:	2:45 pm.
PROFESIONAL:	Liana

- **Recuerde estar 30 minutos** antes de la hora de la cita para **FACTURAR**, de lo contrario su cita será **CANCELADA**.
- Para cancelar o reprogramar su cita comunicarse al **3174276879** (de 9:00-11:00 a.m. y de 2:00-4:00 p.m.), WhatsApp (3:00-5:00 p.m.) o de forma presencial (7:00-10:00 a.m)
- Traer el documento de identidad o copia y autorización del servicio cuando se requiera.
- **En Odontologia e Higiene Oral: menores de 13 años deben acudir con adulto responsable; de 14 a 17 años sin acompañante, solo se realizará atención de higiene oral**

Mi Prioridad Es Tu Salud

37
R16

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Liam Tanes **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulos 2 **AGENTE EDUCATIVO:** _____

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 1-04-2025

Clasificación de la Información:
CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
31 - Julio - 2025	el niño no asiste a la Unidad de atención	Agente educativa Se comunica Con la madre de familia mediante llamada telefonica Para conocer el motivo de la inasistencia el cual Solicita Permiso ya que el niño Se levanto Con Poquita Indispuesto el dia de hoy	Analiza Montenegro Agente educativa	

BIENESTAR FAMILIAR

SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO

Siendo hoy 1 de Agosto, el niño asiste a la Unidad de atencion, en buenas Condiciones de Salud, Por lo tanto Se Procede a Cerrar la novedad

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