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: 16 | 09 | 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: 8032789

Fecha nacimiento: 27 | 03 | 2022

Nombres: Jose Francisco **Apellidos:** Colopo Alfaro.

Presenta discapacidad? ( ) Sí (●) No

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

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

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

Seleccione la que aplique: ( ) Afrocolombiano ( ) Indígena ( ) No se autorreconoce ( ) Comunidad 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:** Rural **Barrio:** _____ **Vereda:** Risaralda

Sector: _____ **Dirección:** Finca Zambrano.

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: 32619078.

Nombres: Ruth Maris **Apellidos:** Alfaro Cubina **País de nacimiento:** Venezuela **Fecha nacimiento:** 29 | 11 | 2005.

Correo electrónico: Alfaroruth777@gmail.com **Número de celular:** 3222318853 **Número de fijo:** _____

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

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

Nombre y Firma del padre, madre y/o cuidador: Ruth Mo

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Andrea Montenegro

Observaciones: _____

2

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:
Jose Franco Gotopo Alfaro

Nº DOCUMENTO: E032789 **TIPO DOCUMENTO:** RC__ CC__ OTRO X
FECHA DE NACIMIENTO: 27-03-2022 **EDAD:** 3. A 5 M
LUGAR DE NACIMIENTO: Venezuela

NOMBRE DE LA UDS: CDI Fronteras de Paz
CODIGO UDS: E675711269772 **BARRIO/VEREDA:** V/ Risoralda
FECHA DE INGRESO: 16-09-2025 **FECHA DE RETIRO:** _____

SISBEN: A.2. **EPS:** Emssanar **RÉGIMEN (C)**__ **(S)** X
DESPLAZADO: SI___ NO X **DISCAPACIDAD:** SI___ NO X ¿CUAL? _____
GRUPO ETNICO: SI___ NO X ¿CUAL? _____
GRUPO AFROCOLOMBIANO: SI___ NO X ¿CUAL? _____
NOMBRE DE LA MADRE: Ruth Maris Alfaro Cubina
Nº CÉDULA: V.32619078 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Venezuela
NOMBRE DEL PADRE: Darvin Jose Gotopo Montes
Nº CÉDULA: V.25.128474 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Venezuela
Nº DE CELULAR: 3222318853
NOMBRE DEL ACUDIENTE: N/A
Nº CÉDULA: N/A **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** N/A
DIRECCIÓN VIVIENDA: N/A **ZONA POBLACIONAL:** (R) N/A (U) N/A
NUMERO DE CELULAR N/A

-Ruth Mo
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Andrea Montenegro.
NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO

REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN

COL

No. 8032789

GOTOPO ALFARO
APELLIDOS

JOSE FRANCISCO
NOMBRES

VEN
NACIONALIDAD

M
SEXO

2703202239
DNI Nro.

27-03-2022
FECHA DE NACIMIENTO

23-09-2024 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO



No Firma

FIRMA

E1545159

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

IPCOL8032789<<5<<<<<<<<<<<<<<<
2203274M3105308VENE1545159<<<6
GOTOPO<ALFARO<<JOSE<FRANCISCO<

4
RIV

República Bolivariana de Venezuela
Consejo Nacional Electoral
Comisión de Registro Civil y Electoral
Estado Falcon
Municipio Falcon
Parroquia Adicora

PODER ELECTORAL

040
ACTA N° 39
DIA 20
MES 09
AÑO 2023

REGISTRO DE NACIMIENTO ☒ **RECONOCIMIENTO** ☐ **INSERCION** ☐

A Datos del Nacimiento (a Ser Llenado por el Funcionario)

NOMBRES: Manuel Teodoro APELLIDOS: Cruz Chirino
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION N°: 9526767 OFICINA O UNIDAD DE REGISTRO CIVIL: Parroquia Adicora
RESOLUCION N°: 019-2023 FECHA: 09/01/2023 GACETA N°: MUNICIPAL: FECHA:

B Datos del Nacido o Nacida

NOMBRES: JOSÉ FRANCISCO
FECHA DE NACIMIENTO: DIA 27 MES 03 AÑO 2022 SEXO: MASCULINO HORA: 05:17
LUGAR DE NACIMIENTO: PAIS Venezuela ESTADO Falcon MUNICIPIO CARIRUBANA PARROQUIA Punta Cardon
DIRECCION: Punto Fijo

C Datos del Certificado Medico de Nacimiento

CERTIFICADO N°: 10743770 FECHA DE EXPEDICION: DIA 27 MES 03 AÑO 2022 NOMBRE DEL MEDICO: Desiree Coello N°MPPS: 121853
NOMBRE DEL CENTRO DE SALUD: Hospital Dr. Rafael Calles Sierra

D Hijo o Hija de (Datos de la Madre)

NOMBRES: Ruth Maris PRIMER APELLIDO: ALFARO SEGUNDO APELLIDO: Urbina
DOCUMENTO DE IDENTIDAD N°: 32.619.078 CEDULA ☒ PASAPORTE ☐ OTRO ☐ EDAD: 17 NACIONALIDAD: Venezolana.
PROFESION U OCUPACION: Oficios del Hogar COMUNIDAD O PUEBLO INDIGENA: N/A
RESIDENCIA: San Pedro, Vía Principal Parroquia Adicora. DECLARANTE:
DECLARANTE SIN DOCUMENTO DE IDENTIFICACION ☐ DOCUMENTO PUBLICO ☐ CONSTANCIA DEL CONSEJO COMUNAL ☐ DECLARACION DE TESTIGOS ☐

E Hijo o Hija de (Datos del Padre)

NOMBRES: DARVIN JOSÉ PRIMER APELLIDO: SOTOPO SEGUNDO APELLIDO: Montes
DOCUMENTO DE IDENTIDAD N°: 25.720.474 CEDULA ☒ PASAPORTE ☐ OTRO ☐ EDAD: 20 NACIONALIDAD:
PROFESION U OCUPACION: OBRERO COMUNIDAD O PUEBLO INDIGENA: N/A
RESIDENCIA: San Pedro, Vía Principal Parroquia Adicora. DECLARANTE:
DECLARANTE SIN DOCUMENTO DE IDENTIFICACION ☐ DOCUMENTO PUBLICO ☐ CONSTANCIA DEL CONSEJO COMUNAL ☐ DECLARACION DE TESTIGOS ☐

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

NOMBRES Y APELLIDOS: CARACTER CON QUE ACTUA:
DOCUMENTO DE IDENTIDAD N°: CEDULA ☐ PASAPORTE ☐ OTRO ☐ EDAD: NACIONALIDAD:
PROFESION U OCUPACION: COMUNIDAD O PUEBLO INDIGENA:
RESIDENCIA:

G Datos de los Testigos

NOMBRES Y APELLIDOS: Yasniel José Ramirez Atacho
CEDULA DE IDENTIDAD N°: 19.005.333 EDAD: 36 PROFESION U OCUPACION: OBRERO
NACIONALIDAD: Venezolano COMUNIDAD O PUEBLO INDIGENA: N/A
RESIDENCIA: Adicora, Sector Casco Central, Av. Miranda 01.

NOMBRES Y APELLIDOS: EUDDY Mar del Carmen Alvarez Bustillos.
CEDULA DE IDENTIDAD N°: 28.660.524 EDAD: 21 PROFESION U OCUPACION: Oficios del Hogar.
NACIONALIDAD: Venezolana COMUNIDAD O PUEBLO INDIGENA: N/A
RESIDENCIA: Santa Cruz, Sector La Concha, Parroquia Pueblo Nuevo

H Datos del Acta a Insertar (llenar solo en caso de inserción de Acta)

ACTA N° | FECHA DIA MES AÑO

AUTORIDAD QUE LO EXPIDE

I Inserción por Medida de Protección (llenar solo cuando exista medida de protección)

MEDIDA N° 143-2023 FECHA DIA 19 MES 09 AÑO 2023

CONSEJO DE PROTECCIÓN Municipio Falcon

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONSEJERO (A) Dayana Aguillon

J Inserción por Decisión Judicial (llenar solo en caso de sentencia judicial)

TRIBUNAL O JUZGADO SENTENCIA N°

FECHA DIA MES AÑO

NOMBRES Y APELLIDOS DEL JUEZ (A)

K Inserción Extemporánea

DATOS DE LA INSCRIPCIÓN DEL CONSEJO DE PROTECCIÓN O PROFESIONAL PARTICULAR 143-2023

AUTORIZADO POR LA VIA Por Falta de Documentacion

NOMBRES Y APELLIDOS Dayana Aguillon

H Documentos Presentados

Ev.25 Fotocopias de Cédulas de los Padres y Testigos
Informe de Declaración Extemporanea de Nacimiento

LEIDA LA PRESENTE ACTA Y CONFORME CON EL CONTENIDO DE LA MISMA, FIRMAN

FIRMA DEL DECLARANTE

NOMBRE Ruth Mabis

APELLIDO Alfonzo Ubieta

IMPRESION DACTILAR

FIRMA DEL DECLARANTE

NOMBRE Testigo

APELLIDO

IMPRESION DACTILAR

FIRMA DEL REGISTRADOR (A)

SELLO HUMEDO

FIRMA DEL TESTIGO

IMPRESION DACTILAR

FIRMA DEL TESTIGO

IMPRESION DACTILAR

N Nota Marginal

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
PODER ELECTORAL
CONSEJO NACIONAL ELECTORAL

FIRMA DEL REGISTRADOR CIVIL

EL PODER ELECTORAL

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
CONSEJO NACIONAL ELECTORAL
COMISIÓN DE REGISTRO CIVIL Y ELECTORAL
UNIDAD DE REGISTRO CIVIL PARROQUIA ADÍCORA
MUNICIPIO FALCÓN ESTADO FALCÓN

Hoy, 03 de ABRIL de 2024, en la Oficina o Unidad de Registro Civil ADÍCORA, quien suscribe, MANUEL TEODORO CRUZ CHIRINO, C.I. N° V-9.526.767 Registrador Civil, N° 015 de 2024 Fecha 08 de 01 de 2024 y de conformidad con lo establecido en el artículo 155 de la Ley Orgánica del Registro Civil, publicada en Gaceta Oficial Número 39.264 De fecha 15 de Septiembre de 2009, certifico que el contenido del presente documento es copia fiel y exacta del acta original que reposa en los archivos de este Registro Civil.

Registrador (a) Civil

Sello Húmedo

La Presente Certificación es copia fiel y exacta del libro de NACIMIENTOS, ACTA N° 39 Tomo 1 Folio 040 de fecha: 20-09-2023, Pertereciente (A): "JOSE FRANCISCO GOTOPO ALFARO" lo cual se expide a solicitud del Ciudadano (a): DARVIN GOTOPO, en Adícora, Parroquia Adícora, Municipio Falcón, Estado Falcón, a los 03 días del Mes de Abril del Año 2024.

Esta Copia certificada tiene pleno valor probatorio según lo establecido en el artículo 155 de la Ley Orgánica de Registro Civil y 118 del Reglamento N° 1 de La Ley Orgánica de Registro Civil.


REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
CEDULA DE IDENTIDAD
V 32.619.078
079
APELLIDOS ALFARO URBINA
NOMBRES RUTH MARIS
Juan Dugarte
Director
29/11/2005
F. NACIMIENTO
SOLTERA
EDO CIVIL
20/09/2017
F. EXPEDICION
09/2027
F. VENCIMIENTO
VENEZOLANO


REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

CEDULA DE IDENTIDAD

V 25.128.474

079

Gustavo Vizcaino
Director

APELLIDOS GOTOPO MONTES

NOMBRES DARVIN JOSE

FIRMA TITULAR

08/11/1995 SOLTERO
F. NACIMIENTO EDO CIVIL

08/03/2023 03/2033
F. EXPEDICION F. VENCIMIENTO

VENEZOLANO

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Departamento Nacional de Planeación

Registro válido

A2

Fecha de consulta: 24/09/2025

Ficha: 867576741052800010243

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres JOSE FRANSISCO

Apellidos GOTOPO ALFARO

Tipo de documento Permiso Por Protección Temporal

Número de documento 8032789

Municipio SAN MIGUEL

Departamento PUTUMAYO

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente 08/10/2024

Última actualización ciudadano 17/09/2025

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

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	8032789
NOMBRES	JOSE FRANCISCO
APELLIDOS	GOTOPO ALFARO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	SAN MIGUEL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EMSSANAR S.A.S.	SUBSIDIADO	24/09/2025	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	12/04/2025 17:55:55	**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

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS EMSSANAR EPS SAS
Régimen Subsidiado

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

Tipo y Número de identificación:	PT 8032789
Apellidos:	GOTOPO ALFARO
Nombres:	JOSE FRANCISCO
Tipo de discapacidad:	Ninguna
Plan de salud:	Régimen Subsidiado
Estado de servicio:	Vigente
Fecha de Afiliación:	24/09/2025
Departamento de Afiliación:	PUTUMAYO
Municipio de Afiliación:	SAN MIGUEL
Zona:	Rural - Dispersal

N - El afiliado no requiere encuesta SISBEN debido al grupo poblacional que tiene.

IPS de atención de primer nivel

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

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

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

En constancia se firma el 29 de Septiembre de 2025 a solicitud del interesado.

JEFE COMERCIAL
EMSSANAR EPS SAS

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

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...SANOS

MIS DATOS:

Nombres:

Jose Francisco

Apellidos:

Gotopo Alfaro

Fecha de nacimiento:

23 04 2024

Historia Clínica:

8032784

Barrio / Vereda:

Nueva Risaralda

Responsable del niño (a):

Ruth Alfaro

Teléfono:

3222318853

EPS:

Emssanar



Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro Cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
01-10-25	12	92	47	15	14.2	27-03-26	

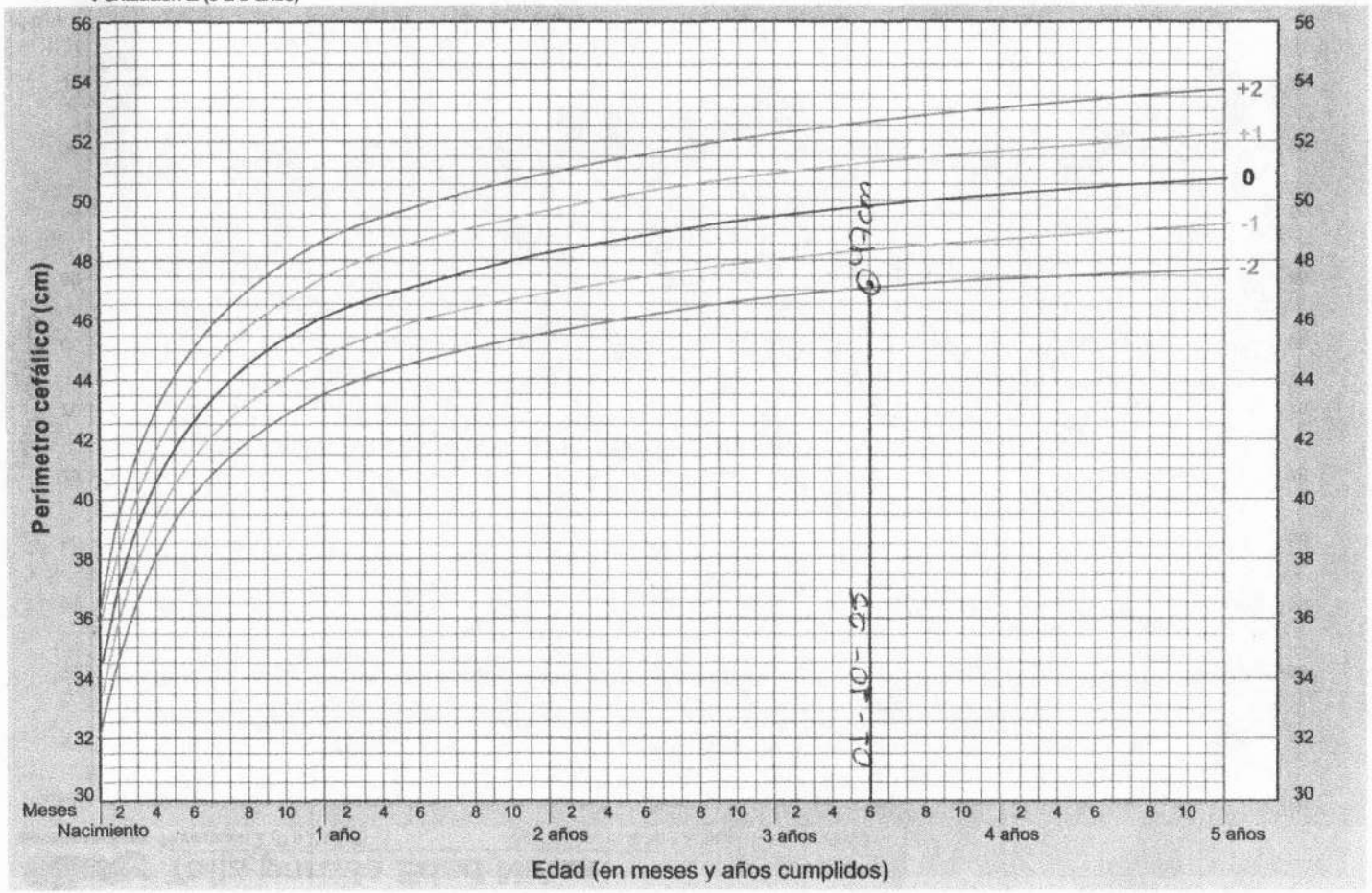
35

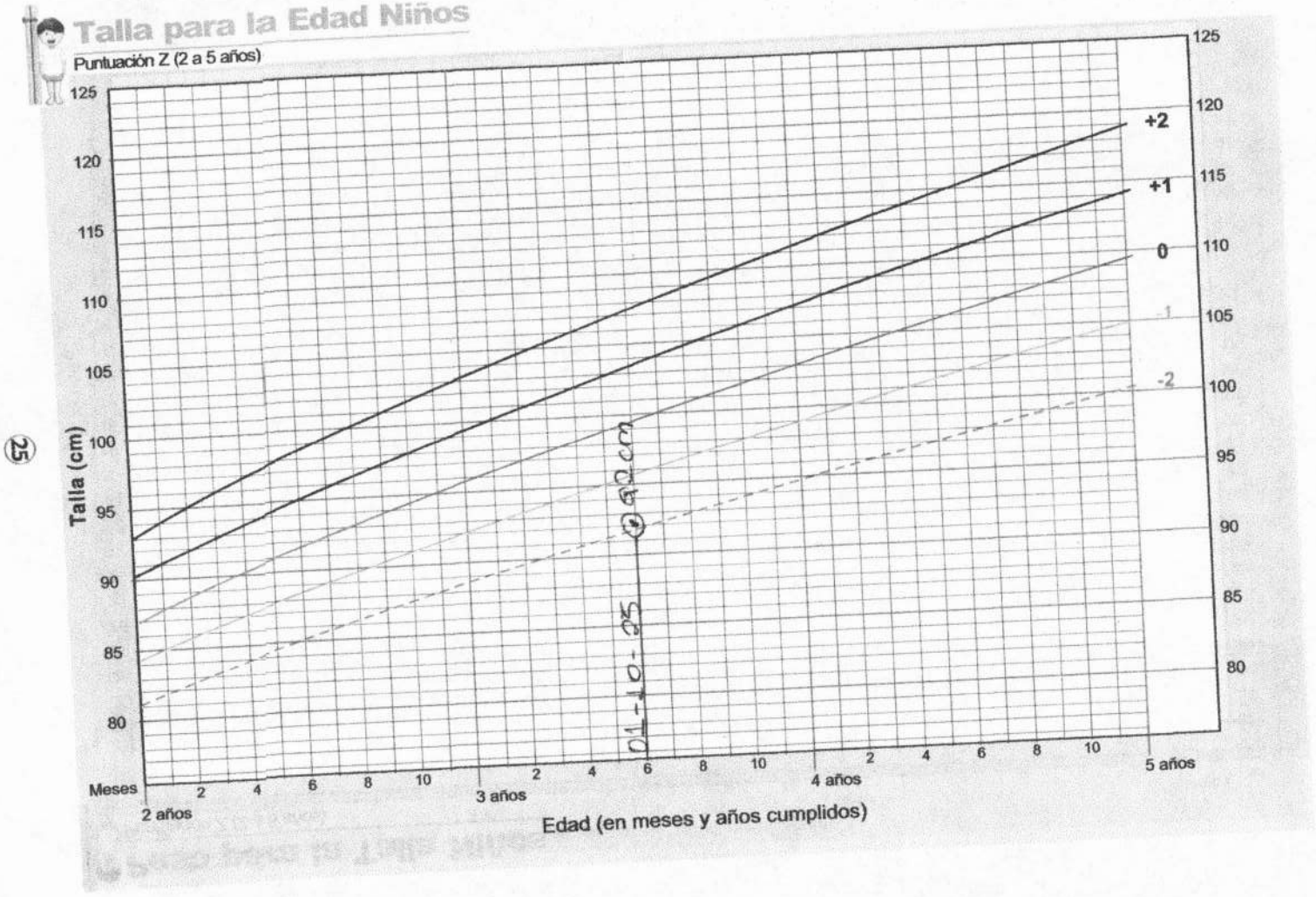
CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ	
				SI	NO
27	03	2026	Medico		

Perímetro cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)



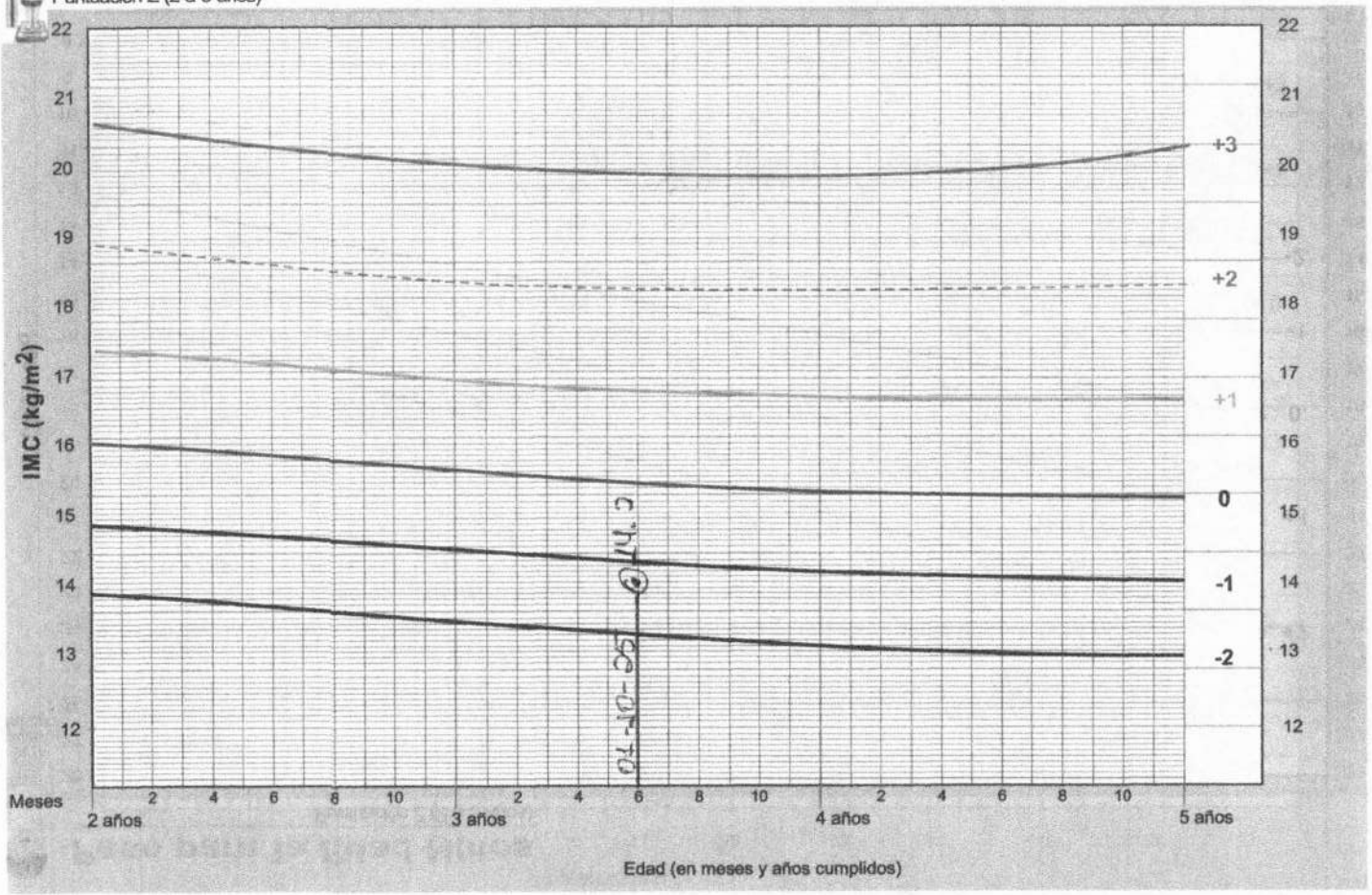

Talla para la Edad Niños
Puntuación Z (2 a 5 años)
Talla (cm)
125
120
115
110
105
100
95
90
85
80
+2
+1
0
-1
-2
Meses
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)
01-10-25

25

14

IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)

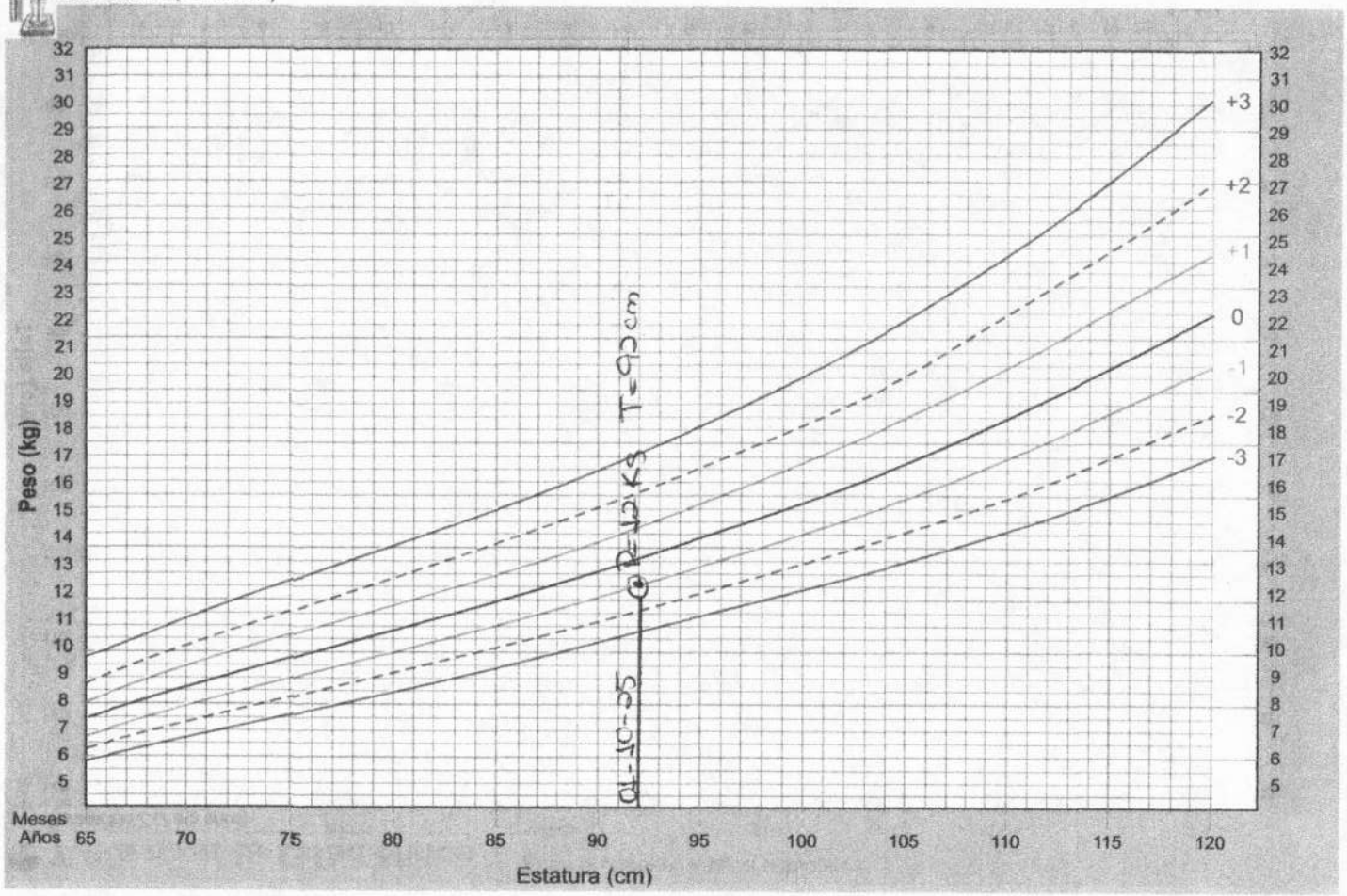


(28)

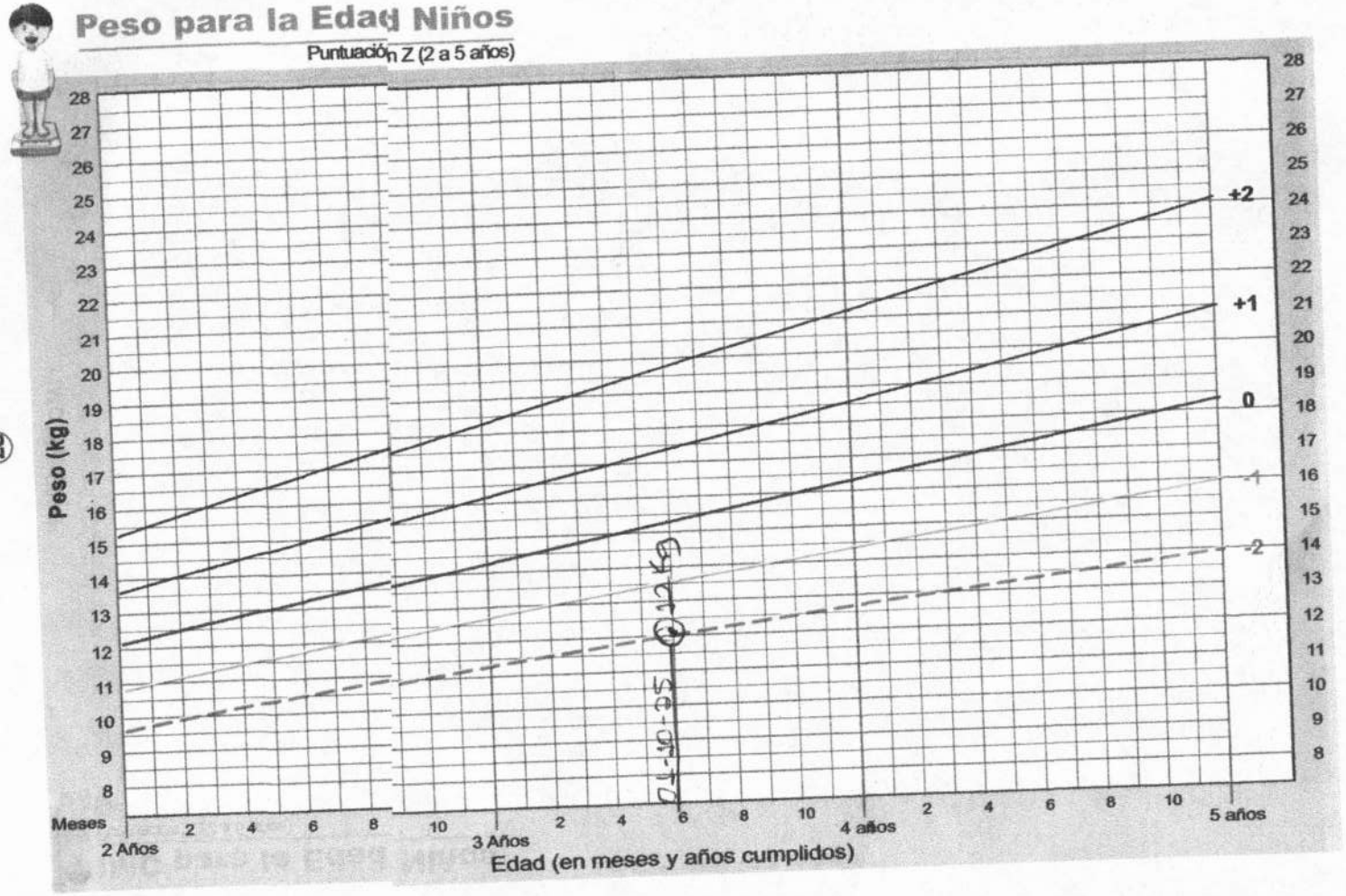
18

Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



26


Peso para la Edad Niños
Puntuación Z (2 a 5 años)
Peso (kg)
+2
+1
0
-1
-2
Meses
2 Años
3 Años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)

Carné Digital de Vacunación Colombia

Salud

Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 151c0ca2-94c0-4c44-89bc-f7818b63dbe5

Nombres y apellidos / Full name: **JOSE FRANCISCO GOTOFO ALFARO**

Tipo de identificación / ID Type: **MENOR SIN IDENTIFICACIÓN**

Número de identificación / ID Number: **3 2 6 1 8 0 7 8**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **28/03/2022**

País nacimiento / Country of birth: **VENEZUELA**

Número de contacto (móvil) / Phone number: **0000**

Correo electrónico / e-mail:

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Día / Day	Mes / Month	Año / Year				
BCG	Única	28	3	2022		03786099	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	VENEZUELA
Pentavalente PAI	Primera	23	3	2023		FWM22501	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	VENEZUELA
Antipolio Inactivo (VIP)	Primera	23	3	2023		2205003A	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	VENEZUELA
Pentavalente PAI	Segunda	28	6	2023		FWM22501	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	VENEZUELA
Antipolio Inactivo (VIP)	Segunda	28	6	2023		2205003A	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	VENEZUELA
Antipolio Inactivo (VIP)	Tercera	8	7	2023		68D220A9A	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	VENEZUELA
Pentavalente PAI	Tercera	26	1	2024		14823X005A	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	VENEZUELA
Varicela	Primera	20	4	2024	Fabricante	X027612	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	JENIFFER YULIETH CABEZAS MENESES - CC1126446069 - Activo
Hepatitis A Pediátrica	Única	24	4	2024	MERCK SHARP DOHME	W004802	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	JENIFFER YULIETH CABEZAS MENESES - CC1126446069 - Activo
Triple Viral	Primera	24	4	2024	Serum	0132N074A	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	JENIFFER YULIETH CABEZAS MENESES - CC1126446069 - Activo
Neumococo 13valente	Refuerzo	24	4	2024	PFIZER	FY9925	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	JENIFFER YULIETH CABEZAS MENESES
Fiebre Amarilla	Única	24	4	2024	Bio-Manguinhos/FIOCRUZ	231VFC003Z	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	JENIFFER YULIETH CABEZAS MENESES
DPT	Primer Refuerzo	24	4	2024	Fabricante	2822X003B	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	JENIFFER YULIETH CABEZAS MENESES
Triple Viral	Refuerzo	24	4	2024	Serum	0132N048B	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	JENIFFER YULIETH CABEZAS MENESES

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema deInformación **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

Carné Digital de Vacunación Colombia

Salud

Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 151c0ca2-94c0-4c44-89bc-f7818b63dbe5

Nombres y apellidos / Full name

JOSE FRANCISCO GOTOFO ALFARO

Tipo de identificación / ID Type

MENOR SIN IDENTIFICACIÓN

Número de identificación / ID Number

3 2 6 1 8 0 7 8

Fecha de nacimiento / Date of birth

28/03/2022

País nacimiento / Country of birth

VENEZUELA

Número de contacto (móvil) / Phone number

0000

Correo electrónico / e-mail

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Día / Day	Mes / Month	Año / Year				
Antipolio Inactivo (VIP)	Primer Refuerzo	24	4	2024	Bilthoven Biologicals BV	2233005A	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	JENIFFER YULIETH CABEZAS MENESES
INFLUENZA TRIVALENTE PEDIÁTRICA	Primera	24	7	2024	BUTANTAN	2400979-00	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	JENIFFER YULIETH CABEZAS MENESES
INFLUENZA TRIVALENTE PEDIÁTRICA	Segunda	26	8	2024		240097900	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA	JENIFFER CABEZAS

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

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

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO						D	M	A
Resultado Tamizaje Neonatal	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	D	M	A
2.ª entrega	D	M	A	D	M	A
3.ª entrega	D	M	A	D	M	A
4.ª entrega	D	M	A	D	M	A
5.ª entrega	D	M	A	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



Carne de Vacunación



Nombres y Apellidos: Jose Francisco Galano Alfaro

Tipo de Documento: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] 3261809 8

No. de Documento

Fecha de Nacimiento: 27 / 03 / 2022

Sexo: Masculino

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: Talla:

Dirección:

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Responsable: Ruth Alfaro Urbina

Municipio de residencia: San Miguel

Departamento: Putumayo

Powered by CamScanner

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

	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio		Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién Nacido	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	28	03	22	Lactancia materna exclusiva		SI ☐ No ☐					
	Hepatitis B	Recién nacido	PIERDE			POR LA EDAD.	0	3 7 8 6 0 9 9					
2 meses						Lactancia materna exclusiva		SI ☐ No ☐					
	Poliomielitis (VIP)	1ª	23	03	23		2	2 0 5 0 0 3 A					
Pentavalente	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1ª	23	03	23		7	3 M 2 2 5 0 1					
Pentavalente	Hepatitis B	1ª	23	03	23		7	3 M 2 2 5 0 1					
Pentavalente	Difteria, Tétanos, Tosferina	1ª	23	03	23		7	3 M 2 2 5 0 1					
	Diarrea por rotavirus	1ª	PIERDE			POR EDAD							
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	1ª	PIERDE	POR	EDAD								
4 meses						Lactancia materna exclusiva		SI ☐ No ☐					
	Poliomielitis (VIP)	2ª	28	06	23		2	2 0 5 0 0 3 A					
Pentavalente	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2ª	28	06	23		7	3 M 2 2 5 0 1					
Pentavalente	Hepatitis B	2ª	28	06	23		7	3 M 2 2 5 0 1					
Pentavalente	Difteria, Tétanos, Tosferina	2ª	28	06	23		7	3 M 2 2 5 0 1					
	Diarrea por rotavirus	2ª	PIERDE	POR	EDAD								
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	2ª	PIERDE	POR	EDAD								
6 meses						Lactancia materna exclusiva		SI ☐ No ☐					
	Poliomielitis (VIP)	3ª	08	07	23		6	8 B 2 2 0 A 9 A					
Pentavalente	Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3ª	26	07	24		0	1 4 8 2 1 X 0 0 $A					
Pentavalente	Hepatitis B	3ª	26	07	24		0	1 4 8 2 3 X 0 0 $A					
Pentavalente	Difteria, Tétanos, Tosferina	3ª	26	07	24		0	1 4 8 2 3 X 0 0 $A					
	Influenza estacional	1ª	26	07	24	Butantan	2	4 0 0 9 7 9 0 0	H1N1				Jeniffer C.
7 meses	Influenza estacional	2ª	26	08	24	Butantan	2	4 0 0 9 7 9 0 0	H1N1				Jeniffer C.
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1ª	24	04	24	Serum	0	1 3 2 N 0 7 4 A					Jeniffer
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	Refuerzo	24	04	24	Pfizer	7	4 9 9 2 5	ESE H1N1				Jeniffer.
	Varicela	1ª	24	04	24	MERCK	X	0 0 2 A 8 1 2					Jeniffer.
	Hepatitis A	Única	24	04	24	MSD	W	0 0 2 4 2 0 2					
	*Influenza estacional	Anual	PIERDE	POR	EDAD.								
18 meses	Poliomielitis (VIP)	1er Refuerzo	29	04	24	Biologicals	2	2 3 5 6 0 5 A	H1N1				Jeniffer C
	Difteria, Tosferina y Tétano DPT ☐ Pentavalente ☐	1er Refuerzo	24	24	24	Serum	2	8 2 2 X 0 0 3 B	H1N1				Jeniffer C
	**Fiebre Amarilla	Única	24	04	24	Biocrut	2	3 1 0 7 C 6 0 3 7	H1N1				Jeniffer C.
5 años	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2ª	24	04	24	Serum	0	1 3 2 N 0 4 8 B	H1N1	cita: 5 AÑOS.			Jeniffer C.
	Poliomielitis (VIP) ☐ (VOPb) ☐	2do Refuerzo											
	Difteria, Tétanos, Tosferina	2do Refuerzo											
	Varicela	Refuerzo											
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1ª											
		2ª											
		3ª											
Sin rango de edad	Covid-19	1ª											
		2ª											
		1er Refuerzo											
		2do Refuerzo											
Vacunas complementarias 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 part de esta edad y hasta que cumplan 2 años, se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos

Powered by CamScanner

VACUNAS	ENFERMEDAD QUE PROTEGE
B.C.G.	Tuberculosis
POLIO INACTIVA POLIO ORAL	Poliomielitis
PENTAVALENTE	Difteria Tétanos Tosferina Meningitis y neumonías por Hib Hepatitis B
ROTAVIRUS	Diarreas graves por rotavirus
NEUMOCOCO CONJUGADA	Neumonías por neumococos
HEPATITIS B	Hepatitis B
SRP	Sarampión, rubeola y parotiditis
FIEBRE AMARILLA	Fiebre amarilla
MENINGOCÓCICA BC	Meningitis meningocócica
TOXOIDE TETÁNICO DÍFTERICO	Difteria y tétanos
NEUMOCOCO POLISACÁRIDA	Enfermedad neumocócica
INFLUENZA ESTACIONAL	Complicaciones graves de la gripe estacional
13 Vacunas	16 Enfermedades

Gobierno Bolivariano de Venezuela | Ministerio del Poder Popular para la Salud

OPS
Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud Américas

Misión BARRIO ADENTRO

TARJETA DE VACUNACIÓN

Dirección de INMUNIZACIONES
Dirección General de Epidemiología

CÓDIGO DEL CENTRO DE VACUNACIÓN: _____

FECHA DE EXPEDICIÓN: 28/03/2022

ESTE DOCUMENTO SE EXPIDE A NOMBRE DE:

Josi Francisco Gotopo Alfaro

Nº DE CÉDULA: 32 619 078 (Madre)

NACIONALIDAD: Venezolana

SELLO DEL ORGANISMO QUE EXPIDE

SISPAI-01 VERSIÓN 2019

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA
Servimos con amor
DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO

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

En consecuencia, decido: **ACEPTAR:** ____ que se me aplique la vacuna. **NO ACEPTAR:** X ____ que se me aplique la vacuna.

Firma de la persona: Ruth María Arias Urbina.

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

Nombres ____ Apellidos ____

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

Firma: ____

En caso de requerirse firma a ruego:

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

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

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

de ____

Huella dactilar o plantar del Rogante

Firma del Rogado

C.C. N° ____

C.C. N° ____

Nombres y apellidos del vacunador:	Isabel Arias Erazo
Firma	Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1-004-605938

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): H.F.L.D

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.

Powered by CamScanner

E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA
NIT. 846.002.309-9

Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

Dirección: B/ el Paraiso Cra 7 # 1-36 Teléfono Conmutador: 4210533 - móvil: 3134821413

CARNET RIAS **PRIMERA INFANCIA**

E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA
Mi prioridad es tu salud



Nombres y Apellidos: Jose Francisco Gotopo

Doc. de Identidad: PPT 8032789

EPS: Emssanar

Teléfono:

Domicilio: V/ Risaralda

PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS			FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) ó AÑOS (A)													
			5 DÍAS	1 M	2-3 M	4-5 M	6-8 M	9-11M	12-17M	18-23M	24-29M	30-35M	3 A	4 A	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 por Odontología													
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor											03-10-2025		
		Profilaxis y remoción de placa											03-10-2025		
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	V	Vacunación													

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

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 Jose Francisco Gotopo Alfaro., identificado (a) con documento de identidad número E0327 89., 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, Ruth Mavis Alfaro Urbina, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 32619078., 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: Ruth Mo
Nombre: Ruth Mavis Alfaro Urbina
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3222318853
Fecha: 16 - Septiembre 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.

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 días, del mes de del año 2025.

EDITH ISABEL MENESES
Coordinadora pedagógica

MARGARITA MOSQUERA
Apoyo psicosocial

Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Agente educativa

Huella del niño/niña

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

"Generamos Desarrollo con Energía"

Vigilado Superservicios

Código de Suscripción	SM 11969-1	Pago oportuno hasta:	21/09/2025	Mes Facturado
Factura Nro	2037250141	Suspensión a partir de:	22/09/2025	AGOSTO 2025

1.Información Genera

Nombre: ARNULFO GUERRERO ESPAÑA — **Último pago** $ 15,130

Dirección: RISARALDA — Tuve servicio de energía entre: 04-JUL-2025 - 04-AGO-2025 (31)

Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Área	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Código Tarifa	División Geopolítica
SM3	S303	98	1	RESIDENCIAL	RURAL	1	.6	AEREA	EMPRESA	105	SAN MIGUEL - VEREDA RISARALDA

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	26/08/25	26-AUG-25	PAGO EN EFECTIVO	CONTADO	EEBP - 355999 0

2.Información Consumo Energía

Componentes de Costo (CU): Generación 406.84 + Transmisión 53.84 + Distribución 265.83 + Comercialización 130.94 + Pérdidas 57.02 + Restricción 14.83 = CU 929.3 ($/KwH)

2A.Información Medidor

Marca	Serial	Factor Múltiplo
HIK	19819885	1

2B.Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	3346	3325
Reactiva:		

Tipo Liquid.: PROMEDIO INDIVIDUAL
Obs. Lectura: 26

2C.Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	21		
Consumo Reactiva KVarh:	0		
Costo del consumo $	19515.3		
Tarifa (hasta 173 Kwh):	449.41		
Subsidio: %	51.64	$	-10078.31
Contribución: %	0	$	0
Sub Total $	9436.99		

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

2D.Consumo Últimos 6 Meses

	Mes	Activa	Reactiva
2025	FEBRERO	2	0
2025	MARZO	20	0
2025	ABRIL	52	0
2025	MAYO	26	0
2025	JUNIO	0	0
2025	JULIO	21	0
	PROMEDIO	**20**	**0**

2E.Información Calidad del Servicio

Tel. O.R EEBP: 01 8000 942415
Transformador: SRS155 Grupo: 32
DIUG: 95.56 FIUG: 36 Circuito: C14
Cargo D: 255.5851 Dscto %t:20
CEC: 0
DIU: 160.43 FIU: 100
HC: 0 VC: 0
Valor a Compensar: 0

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	19,515.30	.00	.00	19,515.30
SUBSIDIO	-10,078.31	.00	.00	-10,078.31
AJUSTE A SUBSIDIO	1,962.80	.00	.00	1,962.80
AJUSTE A LA DECENA	-4.79	.00	.00	-4.79

5.Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP 11,395

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	1,465	0	1,465

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*				0	0			0		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
11,395	1,465	0	0	$ 12,860

FE: a0c895183a95878a0d198bcfada526200470f0b325fa6fe39a4a6c83799af045d8da2d3bc379d74abd0fe2a494326284

(415)7709998005532(8020)100020372501417 7(3900)0000012860(96)20250921

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

34
RIV

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Jose Gotapo UNIDAD DE ATENCIÓN: Parvulos 2 AGENTE EDUCATIVO: Andrea Montenegro.

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 16-09-2025

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	el niño no asiste a la Unidad de atencion Parvulos 2.	Madre de familia informa que el niño no asistira por motivo de que debe realizar una diligencia y no cuenta con quien llevar al niño al CDI ni quien lo recoja.	Andrea Montenegro.	Dovin Gotapo

BIENESTAR FAMILIAR

SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO

24/10/25	Madre de familia informa que el niño tiene Un Poquito de gripa y como esta el clima lluvioso, decido tenerlo en casa. brindandoles los cuidados necesarios Para su Pronta recuperacion.
24/10 2025	Se realiza seguimiento para conocer el estado de salud del menor, se llama via WhapSApp a las 11:01 am, donde se saluda y presenta y se procede a preguntar por el estado de salud del menor, el padre refiere "que todavia esta con gripa" y le pregunto como sigue delos morados en la pierna del niño, la (madre) padre refiere "que todavia los tiene en la pierna y en la cabeza". Luego procedo a preguntar como le fue pos con la vacuna de la hepatitis A, el padre refiere "que hoy va ir al hospital y apenas tenga el certificado me lo hacen llegar. Agradezco por la atencion prestada y me despido.
27/10/25	el niño asiste a la Unidad de atencion y aparentemente bien de Salud. Se Procede a Tomar medidas

Dorvin Bastidas

36
RIV

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Jose Golape UNIDAD DE ATENCIÓN: Parvulos 2. AGENTE EDUCATIVO: Andrea Montenegro

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: _____

Clasificación de la Información:
CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
20-octubre-2025	el niña no asiste a la Ciudad de atencion Parvulos 2	Agent educativa realiza llamada telefonica Para Conocer el motivo de la inasistencia el cual refiere la madre de familia que el niño Presenta fiebre. Se recomienda a la madre de familia Si la fiebre Persiste llevarla al hospital	Andrea Montenegro.	Rodolfo Davinson

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
20/10 2025	Se recibe la novedad de inasistencia del menor Jose Jotapo, porque se encuentra con fiebre se procede a realizar seguimiento, se llama ala madre a las 8:52am contestan el telefono y refieren "que lo llame despues que se encuentra bañado con lamoto en la via Luego el mismo dia a las 11:44 am, se vuelve a llamar al la madre para saber del estado del menor el cual contestan y refieren que estan ocupados que ahora no los podemos atender, que luego nos devuelmen la llamada.
21/10 2025	Al momento del ingreso al COI el padre de familia trae al niño y se procede a preguntar por el estado de salud de Jose Jotapo. quien refiere "ayer en la tarde lo llevamos al hospital y nos recepturon medicamentos y una cita de control en 3dias por consulta externa." padre de familia entregó copia de orden Medica y formula medica con un diagnostico de J00X Rinofaringitis Aguda (Resfriado comun) se le recomienda seguir las instrucciones que le realizo el medico. El ni =l niño asiste a la Unidad de atencion Pautas y son Procede a Cenar novedad -Dorvin Batopo

E.S.E. Hospital Fronterizo La Dorada

codigo de habilitacion 867570002101 Nit: 846002309

Dir:Barrio El Paraiso Tel: 3134821413

ORDEN MEDICA URGENCIAS.

PACIENTE: GOTOPO ALFARO JOSE FRANCISCO **FOLIO No:** 275980 **FECHA:** 20/10/2025 10:38 a.m.
No HISTORIA: 8032789 **ADMIN No:** 1499844
IDENTIFICACION: PE8032789 **SEXO:** Masculino **TELEFONO:** 3222318853
FEC. NAC: 27/03/2022 **EDAD:** 3 Años 6 Meses **MUNICIPIO:** SAN MIGUEL LA DORADAPUT
REGIMEN: Subsidiado **DIRECCION:** vereda risaralda
EMPRESA: EMSSANAR EPS S.A.S.

DIAGNOSTICO

J00X RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)
R05X TOS

No.	CODIGO	DESCRIPCION	CANT.
1	902207	CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMOTOCRITO Y LEUCOGRAMA Observaciones: EN 48 HORAS	1
2	890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL Observaciones: CONTROL EN 3 DIAS CON RESULTADOS DE HEMOGRAMA CONSULTA EXTERNA	1

OBSERVACIONES:

SALIDA
- ACETAMINOFEN DAR 6 ML CADA 6 HORAS
- SS/ HEMOGRAMA POR CONSULTA EXTERNA
- CONTROL EN 3 DIAS POR CONSULTA EXTERNA CON RESULTADOS

- RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA; SI PRESENTA FIEBRE, VOMITO DIARREA DOLOR ABDOMINAL, SANGRADO POR MUCOSAS, BOCA, NARIZ O RECTO, NO MEJORIA O AUMENTO DE SINTOMATOLOGIA DEBE CONSULTAR INMEDIATAMENTE POR URGENCIAS, TOMAR ABUNDANTE LIQUIDOS ORALES MINIMO 2 LITROS DIARIOS, HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.

- RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA; DOLOR TORACICO, DISNEA, PALPITACIONES, MAREOS, CEFALEA, DIFICULTAD RESPIRATORIA SEVERA, DOLOR TORÁCICO INTENSO, FIEBRE ALTA PERSISTENTE), CONFUSIÓN, LABIOS O DEDOS AZULADOS, Y CUALQUIER EMPEORAMIENTO DE LOS SÍNTOMAS EXISTENTES

Miguel A. Quema Cuaspud
Médico General
R.M. 1085914763

PROFESIONAL: QUEMA CUASPUD MIGUEL ARMANDO
REG MEDICO: 1085914763
ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL
IDENTIFICACION: 1085914763

Firma Paciente:

Fecha Impresion: 20/10/2025

InfoSalud Ne

30

ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

codigo de habilitacion 867570002101 Nit: 846002309

Dir:Barrio El Paraiso Tel: 3134821413

FORMULACION MEDICAMENTOS URGENCIAS.

PACIENTE: GOTOPO ALFARO JOSE FRANCISCO
No HISTORIA: 8032789
IDENTIFICACION: PE8032789
FEC. NAC: 27/03/2022
REGIMEN: Subsidiado
EMPRESA: EMSSANAR EPS S.A.S.

SEXO: Masculino
EDAD: 3 Años 6 Meses
DIRECCION: vereda risaralda

FOLIO No: 274839 **FECHA:** 20/10/2025 10:37 a.m.
ADMIN No: 1499844
TELEFONO: 3222318853
MUNICIPIO: SAN MIGUEL LA DORADAPUT

DIAGNOSTICO

J00X RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)
R05X TOS

No.	CODIGO	DESCRIPCION	CANT.	ENTREG.	DURACION
1	19929516-08	Acetaminofen 150 mg jarabe (JARABE) Concentracion:150 mg mg/ml Dosificaion: DARA 6 ML CADA 6 HORAS Via ORAL	1-Uno		3 Dia(s)

FARMACIA - ENTREGADO
20 OCT 2025
ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

Miguel A. Quemá Cuaspud
Médico General
R.M. 1085914763

PROFESIONAL: QUEMA CUASPUD MIGUEL ARMANDO
REG MEDICO: 1085914763
ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL
IDENTIFICACION: 1085914763

Firma Paciente: Dispensador: Validacion Farmaceutica:

Fecha Impresion: 20/10/2025 InfoSalud Ne