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

Fecha de diligenciamiento: 01 | 04 | 2025

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Tipo de participante: (X) 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: (X) 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: 1139964281

Fecha nacimiento: 18 | 11 | 2022

Nombres: Emily Tatiana

Apellidos: Medina Perez.

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: Rural

Barrio: 9 de Hora

Vereda: La Cruz

Sector:

Dirección:

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

Parentesco: (X) Madre ( ) Padre ( ) Cuidador/a

Tipo documento identidad: ( ) Tarjeta identidad (X) 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: 1006509018

Nombres: Yeraldin

Apellidos: Perez Quibano

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 25 | 11 | 2002

Correo electrónico: Yeraldinperez147@gmail.com

Número de celular: 3114703526

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: William Stiven

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Alexandra Criollo

Observaciones:

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:
Emily Tatiana Medina Perez

N° DOCUMENTO: 1136964281 **TIPO DOCUMENTO:** RC X CC ___ OTRO ___
FECHA DE NACIMIENTO: 18/Novi/2022 **EDAD:** 2años 4meses
LUGAR DE NACIMIENTO: San Miguel (la Dorada)

NOMBRE DE LA UDS: CDI Fronteras de Paz
CODIGO UDS: 867571126972 **BARRIO/VEREDA:** B/ 7 Agosto.
FECHA DE INGRESO: 1- Abril-2025 **FECHA DE RETIRO:** _____

SISBEN: A5 **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: Yaraldin Perez Quibano
N° CÉDULA: 1006509018 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Miguel
NOMBRE DEL PADRE: Willian Esteban Moreno Peñaloza
N° CÉDULA: 1002605113 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Florencia
N° DE CELULAR: 3114703526
NOMBRE DEL ACUDIENTE: Yaraldin Perez Quibano
N° CÉDULA: 1006509018 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Miguel
DIRECCIÓN VIVIENDA: Vila Cruz **ZONA POBLACIONAL: (R)** X **(U)**___
NUMERO DE CELULAR 3114705526 - 3209779708

Yaraldin Esteban Madrina
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Alexandra Criollo
NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO

REPÚBLICA DE COLOMBIA

REGISTRO CIVIL
FIRMADO DIGITALMENTE

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA 30948806-3

3

63865368

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1139964281

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial **63865368**

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de	Código	D	Q	X
[X]	[ ]	[ ][ ]	[ ]	[ ]	[ ]				

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

COLOMBIA - PUTUMAYO - SAN MIGUEL (LA DORADA) SAN MIGUEL H.FONTERIZO LA DORADA *******

Datos del Inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MEDINA **********	PEREZ **********

Nombre(s)

EMILY TATIANA **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes NOV Día 18	FEMENINO	A	POSITIVO

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

COLOMBIA - PUTUMAYO - SAN MIGUEL (LA DORADA) **********

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO **********	22115310199508 ******

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

Apellidos y nombres completos

PEREZ QUIBANO YERALDIN **********

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1006509018 **********	COLOMBIA ********

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

Apellidos y nombres completos

MEDINA PERDOMO WILLIAM ESTEBAN **********

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1002605113 **********	COLOMBIA ********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MEDINA PERDOMO WILLIAM ESTEBAN **********

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1002605113 **********	William Esteban Medina

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

****

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
**********	**********

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

****

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
**********	**********

Fecha de Inscripción	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2022 Mes NOV Día 22	ROY EDISON CALLE QUIRAMA Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS



CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.006.509.018

Apellidos
PEREZ QUIBANO

Nombres
YERALDIN

Nacionalidad
COL

Estatura
1.64

Sexo
F

Fecha de nacimiento
25 NOV 2002

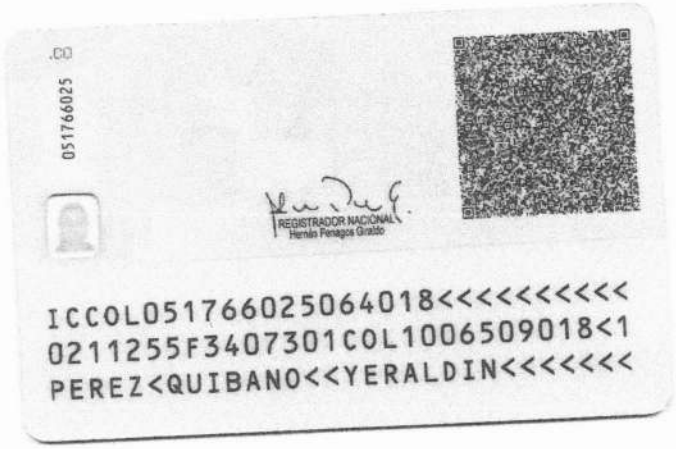
G.S.
A+

Lugar de nacimiento
FLORENCIA (CAQUETA)

Fecha y lugar de expedición
26 NOV 2020, SAN MIGUEL(LA DORADA)

Firma
yeraldin Perez.

Fecha de expiración
30 JUL 2034



.CO

05176025

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL05176025064018<<<<<<<<<<
0211255F3407301COL1006509018<1
PEREZ<QUIBANO<<YERALDIN<<<<<<<



CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.002.605.113

Apellidos
MEDINA PERDOMO

Nombres
WILLIAM ESTEBAN

Nacionalidad
COL

Estatura
1.67

Sexo
M

Fecha de nacimiento
11 NOV 1999

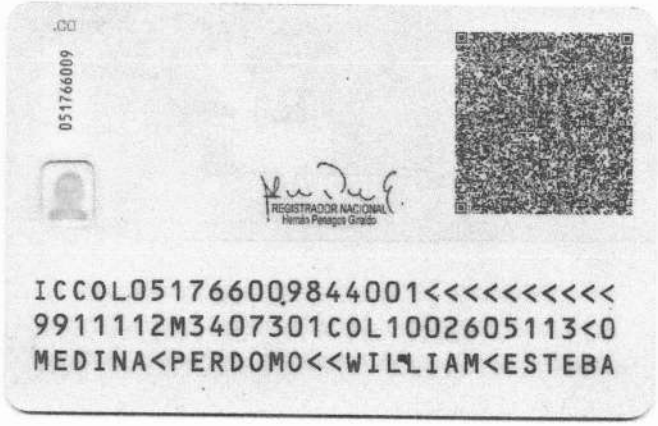
G.S.
O+

Lugar de nacimiento
QUIPAMA (BOYACA)

Fecha y lugar de expedición
27 DIC 2017, FLORENCIA

Firma

Fecha de expiración
30 JUL 2034



.CO

051766009

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL0517660098440O1<<<<<<<<<<
9911112M3407301COL1002605113<0
MEDINA<PERDOMO<<WILLIAM<ESTEBA

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

6

Registro válido

Fecha de consulta: 26/03/2025

Ficha: 86757021477900000133

A5

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: EMILY TATIANA

Apellidos: MEDINA PEREZ

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1139964281

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 25/06/2018

Última actualización ciudadano: 28/11/2022

Última actualización via registros administrativos: 25/11/2023

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARIA ZORAYDA LINARES MONTERO

Dirección: Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libertad

Teléfono: 4210537 - 3213138790

Correo Electrónico: sisben@sanmiguel-putumayo.gov.co

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEducación - Ministerio de Educación
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ICETEX

7

ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1139964281
NOMBRES	EMILY TATIANA
APELLIDOS	MEDINA PEREZ
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	18/11/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/25/2025 09:16:45	**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:	RC 1139964281
Apellidos:	MEDINA PEREZ
Nombres:	EMILY TATIANA
Ficha Sisben:	86757021477900000133
Nivel Sisben:	Nivel I
Grupo Sisben	A05
Tipo de discapacidad:	Ninguna
Plan de salud:	Régimen Subsidiado
Estado de servicio:	Vigente
Fecha de Afiliación:	18/11/2022
Departamento de Afiliación:	PUTUMAYO
Municipio de Afiliación:	SAN MIGUEL
Zona:	Rural - Dispersal

IV - Afiliado cumple con metodología IV SISBEN.

IPS de atención de primer nivel

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

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

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

En constancia se firma el 3 de Mayo 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



E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

Nombres: EMILY TATIANA	Apellidos: MEDINA PEREZ
Fecha de nacimiento: 18 DIA | 01 MES | 2022 AÑO	Historia Clínica: 1139964281
Barrio/Vereda: VI LA CRUZ.	Responsable del niño:
Teléfono:	EPS: 118

CONDICIONES DEL NIÑO(A) AL NACER

Necesidad de reanimación: SI ☐ NO ☒

APAGAR al minuto: 7 APAGAR a los 5 minutos: 10

Peso: 2 800 Talla: 48 Perímetro Cefálico: _____

Ictericia: NO Antes de 24 horas: _____ Después de 72 horas: _____

¿Estuvo en fototerapia? SI ☐ NO ☒ ¿Dónde? _____

Grupo sanguíneo: A (+)

Perímetro braquial

¿Estuvo hospitalizado? SI NO

¿Dónde? *UCI **UCE CUNA

¿Cuánto tiempo? _____

Diagnostico: _____

TSH: _____ Resultado: _____

ANTES DE SALIR DE LA CLÍNICA

¿Le aplicaron las vacunas? SI ✓ NO

¿A qué tiempo de nacimiento comenzó la lactancia materna?

Antes de la hora SI ✓ NO

Después de la hora SI NO

Antes de salir de la clínica SI NO

CITAS PROGRAMADAS

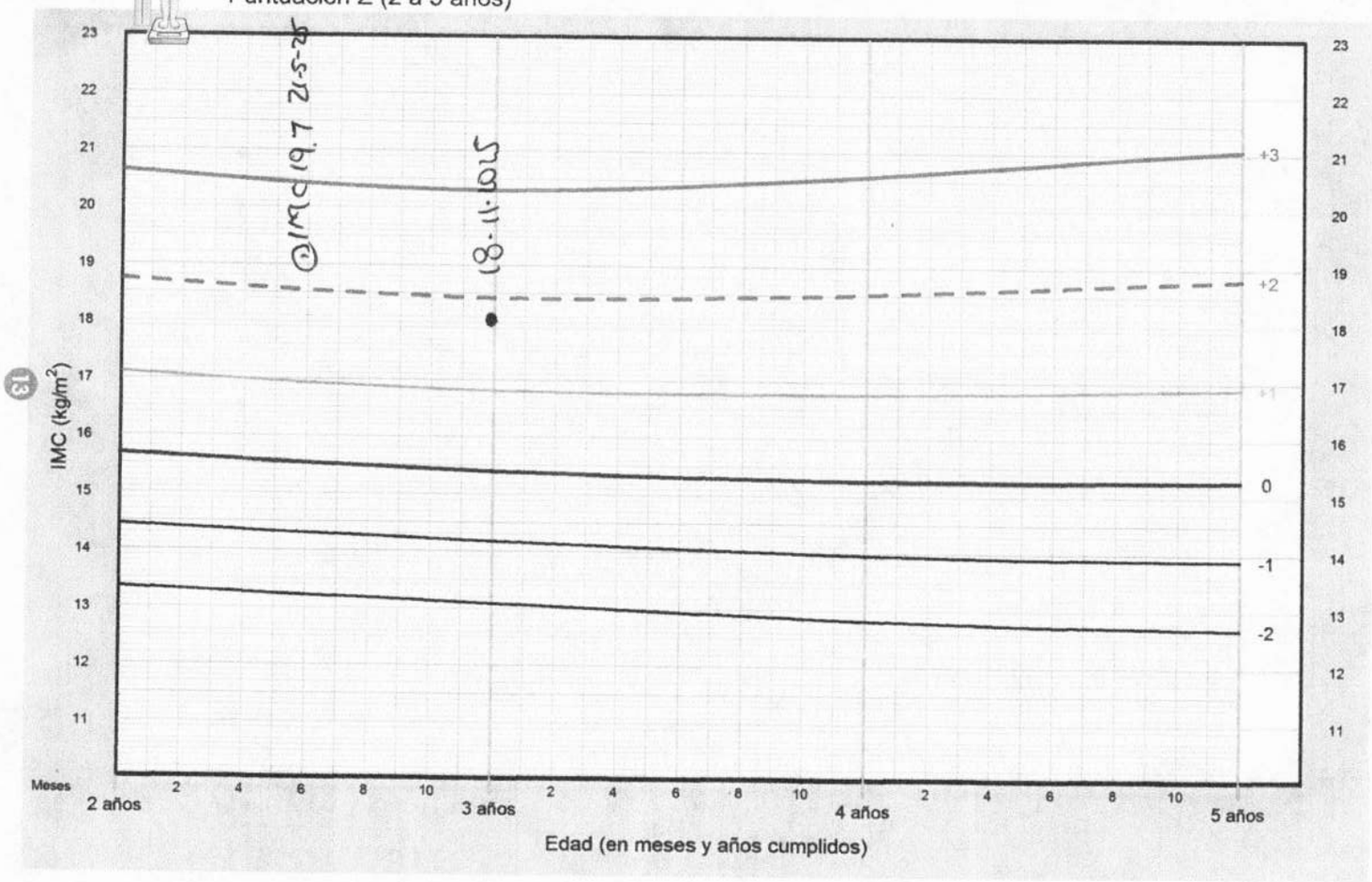
DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
19	12	22	Med	Si ✓	
18	01	23	Enf.	si ✓	
26	MARZO	2023	Medico	si ✓	
24	Mayo	2023	Enf.	Si 02-06-23	
18	09	2023	MEDICO	Si ✓	
18	11	2023	MEndico	Si ✓	
18	Mayo	2024	Enf		
05	Agosto	2024	Enf.	Si ✓	
18	Noviembre	2024	Medico.	✓	
27	Mayo	2025	Enf.	si ✓	
18	Noviem	2025	Medico	Si ✓	
18	NOVIEMBRE	2026	Enf.		

Viviana Zambrano M.
Médico General
RM. 3401-2014

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
19/12/22	4.130	55	37	13	13	18/01/22	Dra. Magaly Cabrera Médico General
26/01 23	5430	58	38	13	16.1	24 MAR 23	Victor alcalde
24-03 23	6.6 kg	61 cm	41 cm	15	17.7	24-Mayo 23	
02-06-23	7.9 kg	67 cm	42 cm	15	17.6	18-09-23	
12-09-23	8.4	70	44	17	17.1	18-11-23	
20/11/23.	9,1	74	45	18	16,6	20/11/23	
5/18/24	10,8	82	44	16	16,1	18-11-24	Sandra castañeda
21-5-2025	16,2	92	48	18,5	19,1	18-11-2025	Milena C.
18-11-2025	16.6	96	50	20	18	18-11-2026	VIVIANA A. T.

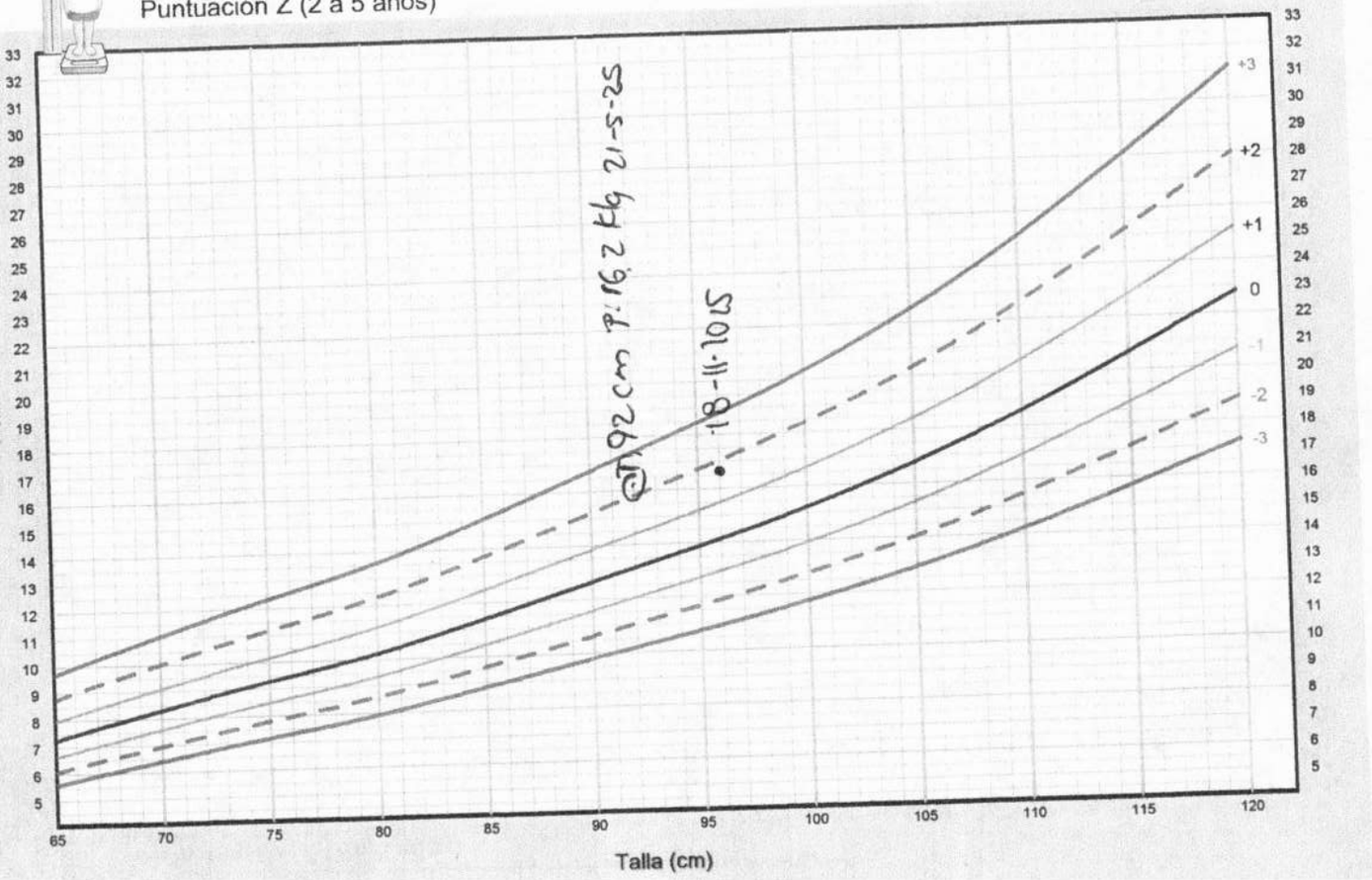
IMC para la Edad Niñas

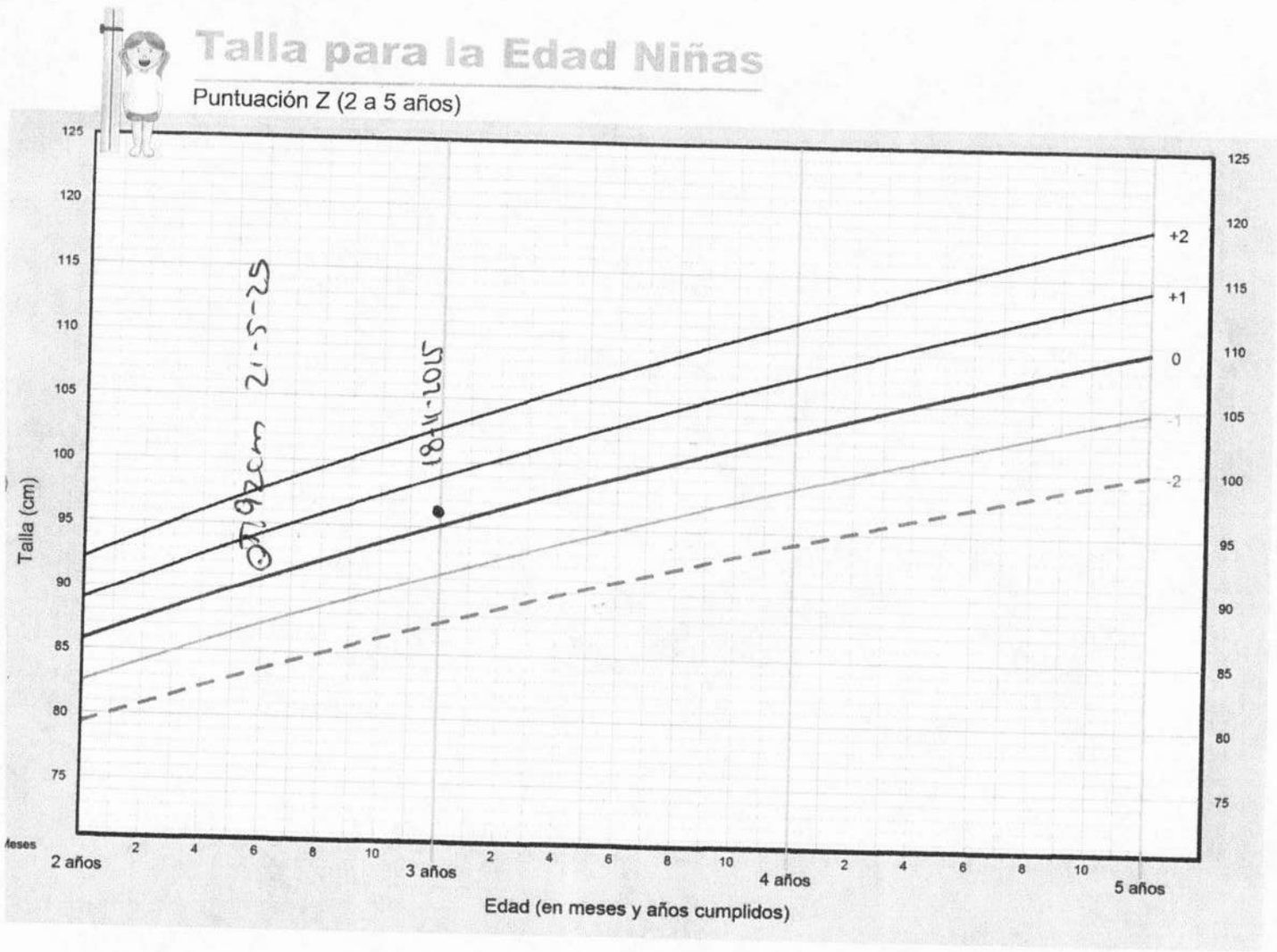
Puntuación Z (2 a 5 años)



Peso para la Talla Niñas

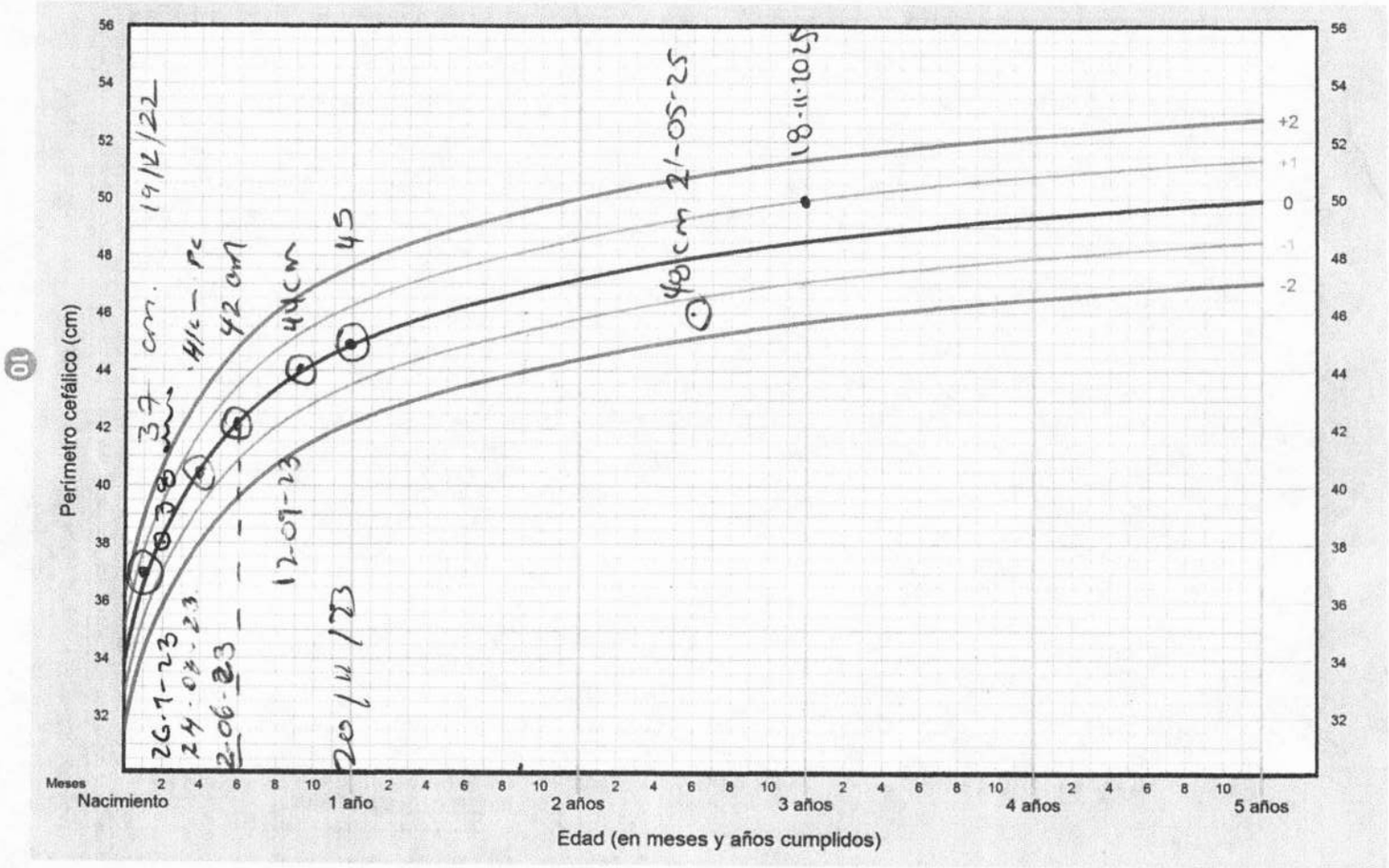
Puntuación Z (2 a 5 años)




Talla para la Edad Niñas
Puntuación Z (2 a 5 años)
Talla (cm)
125
120
115
110
105
100
95
90
85
80
75
+2
+1
0
-1
-2
0.T.92cm 21-5-25
18-11-2015
2 años
3 años
4 años
5 años
2
4
6
8
10
Edad (en meses y años cumplidos)

Perímetro Cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)



Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)

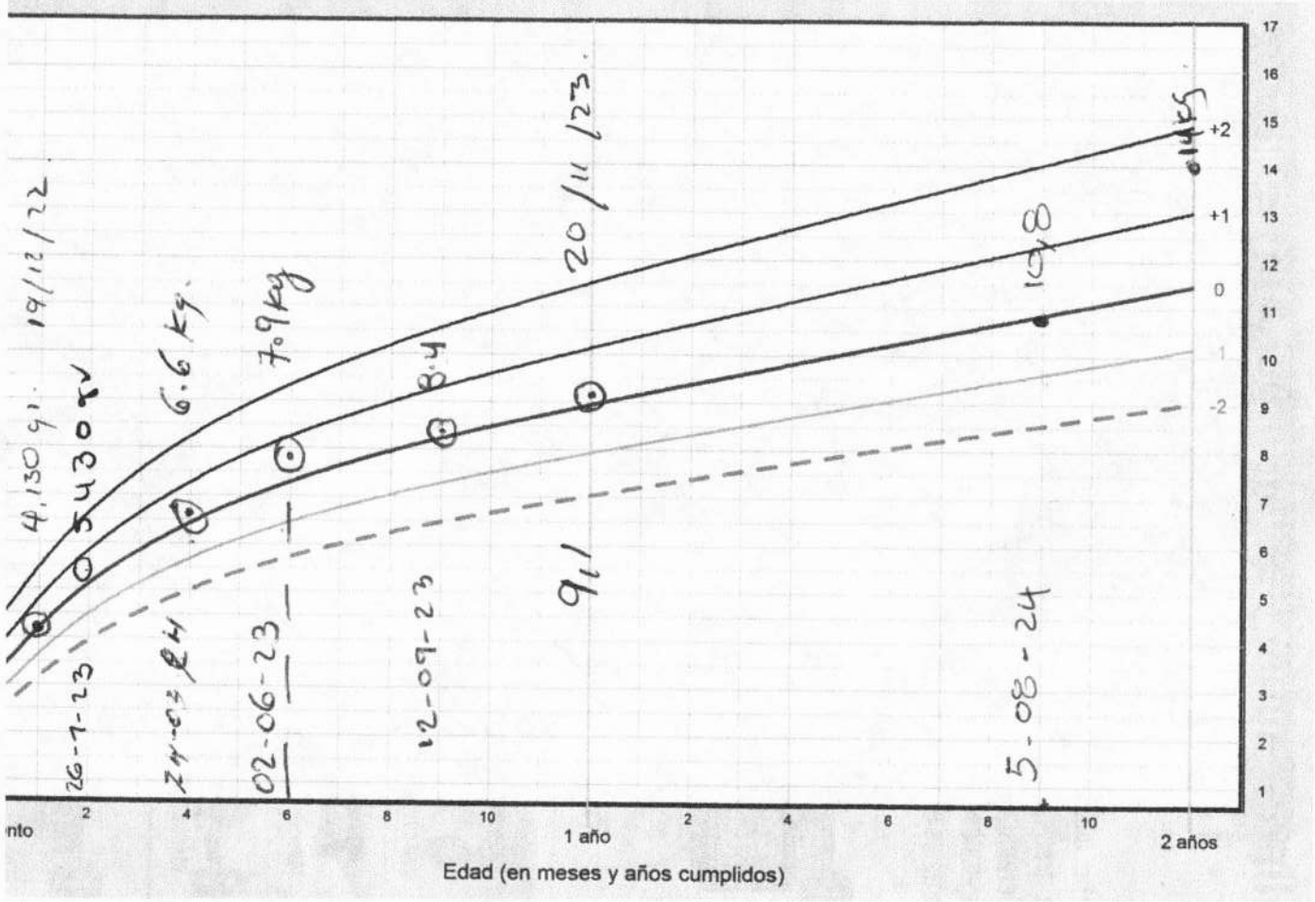
IMC para la Edad Niñas
Puntuación Z (0 a 2 años)
26-7-22
24-07-24
02-06-23
12-9-23
20/11/23
05/08/24
13 IMC
19/12/22
16.1 IMC
17.7 IMC
17.6 IMC
17.1
16,61
16.1
18.9
1 año
2 años
-2
-1
0
+1
+2
+3

Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)

Peso para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



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

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO							D	M	A
Resulado Tamizaje Neonatal	TSH neonatal	Normal		Alterado			D	M	A
	Auditivo OEA/PEAA	Normal		Alterado			D	M	A
	Cardipopatía 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

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

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	OD	OI
4 años	D	M	A	OD	OI
5 años	D	M	A	OD	OI

*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: Emily Tatiana MedinaP

Fecha de nacimiento: 18-NOV. 2022.

Nº de certificado de nacido vivo:

Registro civil: 1139964281

Sexo: Femenino.

Grupo sanguíneo: A+

Peso al nacer: 2.800kg Talla: 48cm

Dirección: Vl La Cruz

Teléfono 1: 3114703526

Teléfono 2: 3209779708

Responsable: Yeraldin Perez.

Municipio de residencia: San miguel

Departamento: Petcmayo.

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

22

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 Sí ☐ No ☐									
	Tuberculosis meníngea (BCG)	Única	18	11	22	Serum	032MQ01LB	HFLD HFCH				Tec. Aux. en Enfermería CC. No. 1007728227
	Hepatitis B	Recién nacido	18.	11	22	Serum	032760121B					
			Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐									
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1.ª	26	01	23	Biolo	2141614A		cita. 18			
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	26	01	23		2857Y022B		enero			Daniela Cruzmira
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª	26	01	23				2023			Tec. Aux. en Enf. CC. No. 1007728227
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	1.ª	26	01	23	Serum	1111111	HFCD				
	Diarrea por rotavirus	1.ª	26	01	23	GSK	ARO2D05A					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	26	01	23	pfizer	FR4897					
			Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐									
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2.ª	29	03	23	Biological	220601 2		cita 26 marzo 2023			
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	29	03	23	Sero 4	2851x040C					Dennis Narvaez
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª	29	03	23	sero N	2851x040C	HFLD				
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	2.ª	29	03	23	sero4	2851x040C					
	Diarrea por rotavirus	2.ª	29	03	23	Biological	AR05L09 1AA					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	29	03	23	pfizer	Ex8589					
			Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐									
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3.ª	2	6	23	Serum	2100608		cita: 29-Mayo 2023			
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	2	6	23	Serum	2850403 80					Kelyf.
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª	2	6	23	Serum	2850403 80	HFD				Karen A
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	3.ª	2	6	23	Serum	2850403 80					
	Influenza estacional	1.ª	2	6	23	Green	V2S0 2 3 00 1	HFD	cita 21/julio/23. Influenza 2d			Karen J.
7 meses	Influenza estacional	2.ª	07	07	23	GC	VS05 2300 1					
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	20	11	23	Serum	Q132N048B	HFD				Kelyn J.
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	20	11	23	Pfizer	FC99 25					
	Varicela	2.ª	20	11	23	merck	X0065 37					Isabel A
	Hepatitis A	Única	20	11	23	MSD	W0227 25					
	Influenza estacional	Anual	05	08	24	Butantan	2 1 0 0 0 9 7 2 1 / 0 0					Kelyn J.
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.er refuerzo	05	08	24	Serum	2852X014 B.	HFD				
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.er refuerzo	05	08	24	Serum	2 2 3 9 0 0 1					
	Fiebre amarilla	Única	20	11	23	Sanofi	W3D50	HFD	CITA: 02-Junio 2024			Isabel A.
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª	05	08	24	Serum	C132N074A	HFD.				
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.ª							cita: 5 Años Completos			
		2.ª										
		3.ª										
Vacunas complementarias y otras dosis												

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.

Busca tus vacunas gratis, hazlo de mí

CARNET RIAS

PRIMERA INFANCIA

E.S.E. Hospital Fronterizo LA DORADA

♯ Mi prioridad es tu salud



Nombres y Apellidos: Emily Tatiana Medina Perez

Doc. de Identidad: RC 1139964281

EPS: Emssanar

Teléfono: 3114703526

Domicilio: B/ 9 abril

		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
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									06-12-2024	08-11-2025	
		Profilaxis y remoción de placa									06-Mayo-2025	08-05-2026	
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)									07-Mayo-2025		
	V	Vacunación											

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

24 RV

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

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL

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 07 MES 05 AÑO 2025 HORA: 7:26

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Emily Tatiana APELLIDOS Medina Peret

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1139964281

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 18 MES: 11 AÑO: 2022 / EDAD: 2 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Emssanar

INFORMACIÓN PREVIA. La vacunación es una forma segura y eficaz de prevenir enfermedades y salvar muchas vidas. En la actualidad el país dispone de vacunas para proteger contra al menos 26 enfermedades, entre ellas, la difteria, el tétanos, la tosferina, la poliomielitis, la hepatitis, el cáncer de útero y el sarampión. 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)
Refiere que no aplica vacuna por 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 Primera dosis [ ] Segunda dosis [ ] dosis única [ ]
BENEFICIOS	Prevención de la enfermedad COVID-19, causada por el virus SARS-CoV-2. Reducción de la severidad de la enfermedad en caso de presentarse. Potencial protección del entorno familiar y los allegados.
RIESGOS	Presentación de efectos adversos a corto y mediano plazo posterior a su aplicación como: dolor en el sitio de inyección, dolor de cabeza (cefalea, articulaciones (artralgia), muscular (mialgia); fatiga (cansancio); resfriado; fiebre (pirexias); enrojecimiento e inflamación leve en el lugar de la inyección; inflamación de los ganglios (linfadenopatia); malestar general; sensación de adormecimiento en las extremidades, reacciones alérgicas leves, moderadas o severas. Estos no se presentan en todas las personas.
ALTERNATIVAS	A la fecha no se ha identificado otra medida farmacológica más eficaz que la vacunación para la prevención de la COVID-19.

INFORMACIÓN ESPECIFICA PARA GESTANTES

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

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

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

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

25

EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD

De manera voluntaria, después de haber recibido información por el personal de salud, de manera clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición, así como las explicaciones adecuadas, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la vacuna que se me ofrece. De la misma manera, se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por el laboratorio productor de la vacuna.

Entiendo que la suscripción de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad, y que NO tiene por objeto eximir de responsabilidad a las autoridades sanitarias o gubernamentales ni a las entidades que participaron en la aplicación de la vacuna contra el SARS-CoV-2/COVID-19 de brindar la atención en salud que sea necesaria por la aparición de posibles reacciones adversas no reportadas.

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

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

Firma de la persona: • Yeraldin Perez

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

Nombres Yeraldin Apellidos Perez Quibano

Tipo de Identificación: CC [X] CE ☐ OTRO ☐ Número 1006509018

Firma: • Yeraldin perez.

En caso de requerirse firma a ruego:

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

OTRO ☐ Número _____ de _____ no sabe o no puede firmar, a su ruego firma

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

de _____

Huella dactilar o
plantar del Rogante

_____
Firma del Rogado
C.C. N°

Nombres y apellidos del vacunador:

Firma Tipo de Identificación: CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS):

DEPARTAMENTO/DISTRITO: MUNICIPIO:

Nota 1: Los menores de edad a partir de 12 años deben firmar junto con uno de sus padres o su representante legal
Nota 2: Para los menores de 12 años deben firmar sus padres o su representante legal

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA	F2.P2.CE	15/07/2021
	FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN	Versión 4	Página 1 de 1

Autorización – Uso de la imagen de menor de edad:

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad Emily Tatiana Medina Perez., identificado (a) con documento de identidad número 1139961281, 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	X	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales	X

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Yeraldin. Perez Quibano., quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1006509018, 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	X	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales	X

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 Fondacion 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: _____
Nombre: William esteban medina
Calidad - Titular: _____ Representante legal: X
Teléfono de contacto: 3209779208
Fecha: 7-Abril-2025.
Municipio: Sonsón Antioquia

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

PACTO DE CONVIVENCIA MODALIDAD INSTITUCIONAL

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

DERECHOS Y DEBERES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

DERECHOS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

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

DEBERES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

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

DERECHOS Y DEBERES DE LOS PADRES DE FAMILIA

DERECHOS DE LOS PADRES DE FAMILIA

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

DEBERES DE LOS PADRES DE FAMILIA

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

(telefónico, mensajería y/o escrito).

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

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

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

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

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

PAOLA CHATES
Coordinadora pedagógica

EDDY PATRICIA LÓPEZ
Apoyo psicosocial

Geraldy Perez
Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Alexandra Criollo
Agente educativa

Huella del niño/niña

Emily Medina

"Generamos Desarrollo con Energía"

Vigilado Superservicios

Código de Suscripción	SM_50296 - 5	Pago oportuno hasta:	21-MAR-25	Mes Facturado
Factura Nro.	2037018297 - 19	Suspensión a partir de:	22-MAR-25	FEB/2025

1.Información General

Nombre:	WILLIAM ESTEBAN MEDINA PERDOMO	Cédula de ciudadanía 1002605113 1	Último pago	$ 67,660
Dirección:	VEREDA LA CRUZ	Tuve servicio de energía entre:	02-ENE-25 - 03-FEB-25 (32)	

Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Área	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Código Tarifa	División Geopolitica
SM4	S416	26	1	RESIDENCIAL	RURAL	1	.17	A	SP	105	SAN MIGUEL

Tipo de Documento	Fecha y hora de Emisión	Fecha y hora de Generación	Medio de Pago	Forma de Pago	Factura Electrónica de Venta
FACTURA DE VENTA	27-FEB-25	27/02/2025 12:00:00 AM	PAGO EN EFECTIVO	PAGO DE CONTADO	EEBP 140850

2.Información Consumo Energía

Componentes de Costo (CU)*: Generación 502.9299 + Transmisión 56.0327 + Distribución 249.0104 + Comercialización 113.8267 + Pérdidas 69.3876 + Restricción 10.4129 = CU 1001.69 ($/KwH)

2A.Información Medidor

Marca	Serial	Factor Multiplo
HIK	23618503	1

2B.Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	422	334
Reactiva:		

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

2C.Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh: 88
Consumo Reactiva KVarh:
Costo del consumo $ 88149.59
Tarifa (hasta 173 Kwh): 402.78
Subsidio: % 59.79 $ -52708.52
Contribución: % $
Sub Total $ 88149.59

Meses en deuda: 2 % Tasa Interés Moratorio: .5

2D.Consumo Últimos 6 Meses

01-ENE-25	9
01-DIC-24	38
01-NOV-24	36
01-OCT-24	77
01-SEP-24	77
01-AGO-24	3
54	

2E.Información Calidad del Servicio

Tel. O.R EEBP: 01 8000 942415
Transformador: SLC150 Grupo: 32
DIUG: 95.56 FIUG: 36 Circuito: C14
Cargo D: 257.1933 Dscto %t: 20
CEC: 82.1426
DIU: 170.9682 FIU: 73
HC: 1.2215 VC: 4
Valor a Compensar:

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
100 - ACTIVA SENCILLA MONOMIA	88149.59	24937.27	0	113086.86
200 - SUBSIDIO se 2-173 KWH 59.79%	-52708.52	0	0	-52708.52
500 - RECARGO POR MORA	124.69	0	0	124.69
520 - AJUSTE A LA DECENA	-2.76	.73	0	-2.03

5.Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP 60501

6.Información Facturación Convenio Impuesto Alumbrado Público

Sujeto Activo	Operador A.P.	Convenio No.	Dirección PQR	Valor Periodo	Saldo Ant.	Valor Total
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL	MUNICIPIO SAN MIGUEL	ACUERDO 008 31/08/2023	Cra 4 Cll 7 Esquina	5517	5032	10549

7.Información Facturación Convenio Aseo y Alcantarillado

Concepto	Empresa	Dirección PQR	USO	Valor Tarifa	Subsidio o Factor Solidario	Cargo Consumo o Variable	Valor Tasa Ambiental	Saldo Anterior	Ajustes / Otros	Valor Total
Alcantarillado						0	0		0	
Aseo*						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
60501		10549		0				71050

CUFE: 70e7f82c1b3b3cc361cb6fd925b91cb18e8253dc42c8d848a78eb9dfe913ec2411f34cb9fe0cf3c6e3d8bfa3f50d6022

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

(415)/709998005532(8020)100020370182971 5(3900)0000071050(96)20250321

Esta Factura presta mérito Ejecutivo de acuerdo a las Normas del Derecho Civil y Comercial Ley 142

Escaneado con CamScanner

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a siempre

30 RV

Ciudad La Dorada San Miguel

Nombre completo de la niña o niño Emily Tatiana Medina perez

Fecha de nacimiento 13 11 - 2022 (Día Mes Año) **N° Documento de Identidad** 1139454281

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Alexandra Criollo

Fecha de registro cualitativo 03 07 2025

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

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

Observaciones generales
La niña Emily Tatiana le gusta aplica bloque escoge Figuras lee secuencias, tambien intenta Vestirse con o sin colaboracion en rutinas de higiene como el cuando se manos manifiesta interes por comer sola utilizando cuchara partisipa activamente de la actividades propuestas por la docente

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Yurani Galindez

Fecha de registro cualitativo 01 10 025

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

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

Observaciones generales
Se logra evidenciar que la niña Emily hace parte del perfil esperado ya que es una niña que interactua. Con los Compañeros. Participa en cada actividad. Pero tambien es importante fortalecer un. Poco mas. Su independencia. a la hora de vestirce.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de resgistro cualitativo (Día Mes Año)

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

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

Observaciones generales

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

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

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Emily Tatiana Medina **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulo 1. **AGENTE EDUCATIVO:** Yurany Galindez

MUNICIPIO: San Miguel. **FECHA DE INGRESO:** _____

Clasificación de la Información:
CLASIFICADA 32 Rv

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
14 Nov. 025 18 Nov. 025	Se evidencio que durante la revision de Carpeta emily tiene pendiente Control de Crecimiento y desarrollo para el 18 de este mes.	Se le informa a la mamita dias antes Para que se acerque a la unidad del hospital. a Sacar la cita Se logra evidencia que la mamita trae el Control pendiente de la niña al dia por lo tanto se hace el cierre de la novedad.	Yurany Galindez	Yeraldin Perez

BIENESTAR FAMILIAR

33 RV

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Emily Tatiana Medina. **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulo 1. **AGENTE EDUCATIVO:** Yurany Galindez

MUNICIPIO: San Miguel. **FECHA DE INGRESO:** _____

Clasificación de la Información:
CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
5 Nov. 025. 7 Nov. 025	Se realizo revision de Carpetas y se logra evidenciar que la niña Emily Tiene Control. de Higiene Oral.	Se le informa a la mamita. del control de Higiene para el este mes de Noviembre. ya que es importante estar al dia en cuanto a los Controles y demas que tenga que ver con la Salud. ya que es un. derecho fundamental. y la mamita nos informa que ya se va acercar al hospital. a Sacarla cita. se le recuerda la cita a La Mamita. y nos. informa que ya lo. trajo a la Unidad para Cerrar novedad.	Yurany Galindez	- Geraldin Correa.

BIENESTAR FAMILIAR

34RV

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Emily Tatiana Medina **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulo 1. **AGENTE EDUCATIVO:** Yurany Galindez

MUNICIPIO: San Miguel. **FECHA DE INGRESO:** _____

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
30 oct 025	Se realiza el llamado de asistencia y se logra evidenciar que la niña no ingreso a la Unidad.	Se envia mensaje de texto a los familiares para saber el motivo de la inasistencia. y la mamita nos informa que no paso bien la noche estaba inquieta. y vomitando por lo tanto la llevaron por urgencia y. los medicos dieron. segun. la valoración. tiene neumonia. por eso el motivo de la inasistencia.		Williams Estefan

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO 35
30/10 2025	La nutricionista se comunica con la madre de familia para saber el estado de salud de la menor, la madre refiere que la niña se encuentra en hospitalización, debido a que el docta le informa que la niña tiene neumonia entonces estara bajo observación, la niña no ha tenido apetito debido a que ha estado mal, se recomenda seguir indicaciones medicas y estar pendiente de la menor a cualquier cambio de salud
04/11 2025	Se realiza seguimiento al estado de salud de Tatiana, se comunica con la madre via whatsapp a las 11:04 am, para conocer la evolución del estado de salud de la niña, se pregunta como sigue la niña, la madre refiere "que el domingo le dieron salido y hoy en la tarde termina con las nebulizaciones que le encaron y ya mañana la trae" se procede a recomendar continuar con el tratamiento en casa y las recomendaciones medicas. Estefany Blandón Linares
05 Nov 25	Se realiza el llamado de asistencia y se logra evidenciar que la niña ingreso aparentemente bien a la Unidad.

BIENESTAR FAMILIAR

36 RV

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Emily Tatiana Medina **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulo 1. **AGENTE EDUCATIVO:** Yurany Galindez

MUNICIPIO: San Miguel. **FECHA DE INGRESO:** 01-04-025

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)
21/10/25 22/10/25	La mamita se acerca a la Unida para retirar a a la niña Antes de la jornada. Para una cita medica por un. Sarpullido. Se realiza el llamado de asistencia y se logra evidenciar que la niña Si asistio a la Unidad.	Se le informa a la mamita que nos tenga al tanto de la Salud de la niña. Se hace la respectiva observacion y se logra evidenciar que. la niña ingreso aparentemente bien mas sin embargo la mamita nos informa que ya le mandaron tratamiento para el Sarpullido.	Yurany Galindez Yurany Galindez	William Esteban P

BIENESTAR FAMILIAR

37

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Emily Tatiana. UNIDAD DE ATENCIÓN: Parvio 1 AGENTE EDUCATIVO: Yurany Galindez

MUNICIPIO: San Miguel. FECHA DE INGRESO: 01 04 025

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)
16-10-025	Se realizo el llamado de asistencia y se logro evidenciar que la niña no asistio a la unidad.	Se envia un mensaje de texto y se logra evidenciar que la niña presento' Sintomas de gripa y tos. por eso el motivo de la inasistencia.	Yurany Galindez	
17-10-025		Se logra evidenciar que la niña. ingreso' a la unidad aparentemente bien.		

38 RL

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Emily Tatiana. Medina. UNIDAD DE ATENCIÓN: Parvulo . 1. AGENTE EDUCATIVO: Yurani Galindez

MUNICIPIO: San - Miguel. FECHA DE INGRESO: 01-04-025

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
03 10 025. 14 Oct 2025.	Se realiza el llamado de asistencia. y se logra evidenciar que no asistio. a la Unidad.	Se le informa a. la mamita para Saber el motivo. de la inasistencia. y nos. informa que tiene gripa y tos. que por motivo no asistio a la Unidad. Se logra evidenciar que. la niña asistio a la Unidad aparentemente bien.	Yurani Galindez Yurani Galindez	→ Yeraldin Perez → Yeraldin Perez

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
A 10025	Se logra evidenciar que la niña ingreso a la Unidad aparentemente bien.

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

Fundación Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

39RL

NOMBRE DEL USUARIO: Emily Medina **UNIDAD DE ATENCIÓN:** párvulos 1 **AGENTE EDUCATIVO:** Ana julia

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 01-04-2023

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
24-02-2023	siendo las 2:30 el Asente educativo observo a la niña decaida sin animo de consumir el refrijerio ademas se pudo notar que estaba aparentemente con fiebre.	apartir de lo anterior el Asente educativo procede a tomar la temperatura en la cual segun el termometro tiene 37,8. teniendo en cuenta lo anterior se informa a la madre de familia via telefonica.	Ana Julia	Geraldin Perez

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Emily Tatiana **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulo 1 **AGENTE EDUCATIVO:** Alexandra Cano

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 01-04-2025

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	SEGUIMIENTO	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
01-04-2025	Agente refiere informa da a la madre sobre la proxima cita. por medio de mensaje. de texto con anterioridad. sobre el control de higiene oral de laniña.	Agente, solicita a la madre. hacercarse lo mas pronto para solicitar la cita al centro de salud. ya que ella refiere haber olvidado dicha cita.	Agente solicita informar y llevarle evidencia de cita programada con fecha. y hora. para la tarde del dia de hoy mismo. ya que ella refiere ya tener la cita. para el 7-05-2025. en horas de la mañana.	Alexandra Criollo.	Yeralda Perez

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