Fecha de diligenciamiento: 1 | 04 | 2025

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Tipo de participante: ○ Niño/a entre 0 y menor de 5 años ○ Persona Gestante

Tipo de vinculación: ○ Participante de nuevo ingreso ● Participante de continuidad

Unidad de Servicio sugerida: CDI Fronteras de Paz

Tipo documento identidad: ● Registro Civil ○ Tarjeta de identidad ○ Cédula de ciudadanía ○ Pasaporte ○ Permiso especial permanencia ○ Partida o Acta de nacimiento ○ Visa ○ Tarjeta movilidad fronteriza ○ Permiso de protección temporal ○ Cédula extranjería ○ Sin documento **Nacionalidad:**

Número de documento: 1.126.461.133

Fecha nacimiento: 16 | 07 | 2022

Nombres: Emiliano

Apellidos: Salazar Correa

Presenta discapacidad? ○ Si ● No

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

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

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

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

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

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

Departamento residencia: Putumayo

Municipio de residencia: San Miguel

Zona: Urbana

Barrio: Amistad

Vereda:

Sector:

Dirección: Vía a la vereda agua clara, Voltea por las Piscinas a mano izquierda, Casa de Primer Piso de color blanca y roja.

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

Parentesco: ● Madre ○ Padre ○ Cuidador/a

Tipo documento identidad: ○ Tarjeta identidad ● Cédula de ciudadanía ○ Cédula de extranjería ○ Pasaporte ○ Permiso especial permanencia ○ Partida o Acta de nacimiento ○ Visa ○ Tarjeta movilidad fronteriza ○ Permiso de protección temporal ○ Sin documento **Nacionalidad:**

Número de documento: 1.094.929.731

Nombres: Yuly Vanessa

Apellidos: Correa Rodriguez

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 12 | 08 | 1992

Correo electrónico: yavanc848@hotmail.com

Número de celular: 3205774705

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: Yuli Vanessa Correa R

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Andrea Montenegro

Observaciones:

Fundación Alma de Vida

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:
Emiliano Salazar Correa

Nº DOCUMENTO: 1.126.461.133 **TIPO DOCUMENTO: RC** X **CC** __ **OTRO** __
FECHA DE NACIMIENTO: 16-07-2022 **EDAD:** 2. A 8. M
LUGAR DE NACIMIENTO: Macoa

NOMBRE DE LA UDS: CDI Fronteras de Paz
CODIGO UDS: 867571126977 **BARRIO/VEREDA:** B/ 7 de Agosto
FECHA DE INGRESO: 1-04-2025 **FECHA DE RETIRO:** _____

SISBEN: C.5 **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: Yuly Vanessa Correa Rodriguez
Nº CÉDULA: 1.094.929.731 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Armenia
NOMBRE DEL PADRE: Edward Danilo Salazar Cadena
Nº CÉDULA: 1.126.451.776 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Valle del Guamuez
Nº DE CELULAR: 3205774705
NOMBRE DEL ACUDIENTE: Yuly Vanessa Correa Rodriguez
Nº CÉDULA: 1094.929.731 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Armenia
DIRECCIÓN VIVIENDA: B/ la Amistad **ZONA POBLACIONAL: (R)** __ **(U)** X
NUMERO DE CELULAR 3205774705

- Yuli Vanessa Correa R. — **FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE**

Andrea Montenegro — **NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO**

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil
32904335-4

61323810

NUIP 1.126.461.133

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 61323810

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código Y 7 A

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

REGISTRADURIA DE VALLE DEL GUAMUEZ - COLOMBIA - PUTUMAYO - VALLE DE

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
SALAZAR	CORREA

Nombre(s)

EMILIANO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor Rh
Año 2022 Mes JUL Día 16	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA PUTUMAYO MOCOA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	172043666

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

Apellidos y nombres completos

CORREA RODRIGUEZ YULY VANESSA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.094.929.731	COLOMBIA

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

Apellidos y nombres completos

SALAZAR CADENA EDWARD DANILO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.126.451.776	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

SALAZAR CADENA EDWARD DANILO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.126.451.776	

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 JUL Día 28	CARMEN PATRICIA CASANOVA YANDI Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

ENTREGADO 11 NOV 2022

ESTA REPRODUCCION FOTOMECANICA ES FIEL COPIA DE LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURIA

CARMEN PATRICIA CASANOVA Y.
Registradora del Estado Civil

dispapeles 76313

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.094.929.731**

CORREA RODRIGUEZ

APELLIDOS

YULY VANESSA

NOMBRES

-Yuli Vanessa Correa R.

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **12-AGO-1992**

TULUA
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.57	**A+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

03-SEP-2010 ARMENIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-2600100-00262878-F-1094929731-20101028 **0024**587803A 1 30516819

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.126.451.776
SALAZAR CADENA
APELLIDOS
EDWARD DANILO
NOMBRES





FECHA DE NACIMIENTO 13-NOV-1990
VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)
VALLE DEL GUAMUEZ (PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.66 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

14-ENE-2009 VALLE DEL GUAMUEZ
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL

P-6402800-00175147-M-1126451776-20090904 0015704939A 1 25685065

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

C5

Fecha de consulta: 25/03/2025

Ficha: 768345721160800009683

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres: EMILIANO

Apellidos: SALAZAR CORREA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1126461133

Municipio: Tuluá

Departamento: Valle del Cauca

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 21/04/2023

Última actualización ciudadano: 21/04/2023

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: JOSE LUIS PEÑA GALVEZ

Dirección: Calle 28 No 19 - 38

Teléfono: 6022339300

Correo Electrónico: sisben@tulua.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	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1126461133
NOMBRES	EMILIANO
APELLIDOS	SALAZAR CORREA
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	07/08/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	12/04/2025 17:37:40	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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

emssanar EPS
NIT. 901.021.565-8
Registro de Cámara de Comercio
Nº 15233 Libro IX. Octubre 24 de 2016
Cuidamos de ti en cada paso

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS EMSSANAR EPS SAS
Régimen Subsidiado

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

Tipo y Número de identificación:	RC 1126461133
Apellidos:	SALAZAR CORREA
Nombres:	EMILIANO
Ficha Sisben:	867576741052800013408
Nivel Sisben:	Nivel I
Grupo Sisben	B02
Tipo de discapacidad:	Ninguna
Plan de salud:	Régimen Subsidiado
Estado de servicio:	Vigente
Fecha de Afiliación:	16/02/2024
Departamento de Afiliación:	PUTUMAYO
Municipio de Afiliación:	SAN MIGUEL
Zona:	Urbana - Cabecera Municipal

IV - Afiliado cumple con metodología IV SISBEN.

IPS de atención de primer nivel

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

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

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

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO

LA DORADA

Mi prioridad es tu salud...

Dirección: B/ el Paraíso Cra 7 # 1-36
Teléfono Conmutador: 4210533 - móvil: 3134821413
Correo institucional: gerencia@esehospitalfronterizoladorada.com.co

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...SANOS

MIS DATOS:

Nombres:
Emiliano Salazar Correa

Apellidos:

Fecha de nacimiento:
16 07 2022

Historia Clínica:
1126461133

Barrio / Vereda:
Barrio La amistad

Responsable del niño (a):
Yuly Vanessa Correa Rodriguez

Teléfono:
3205774705

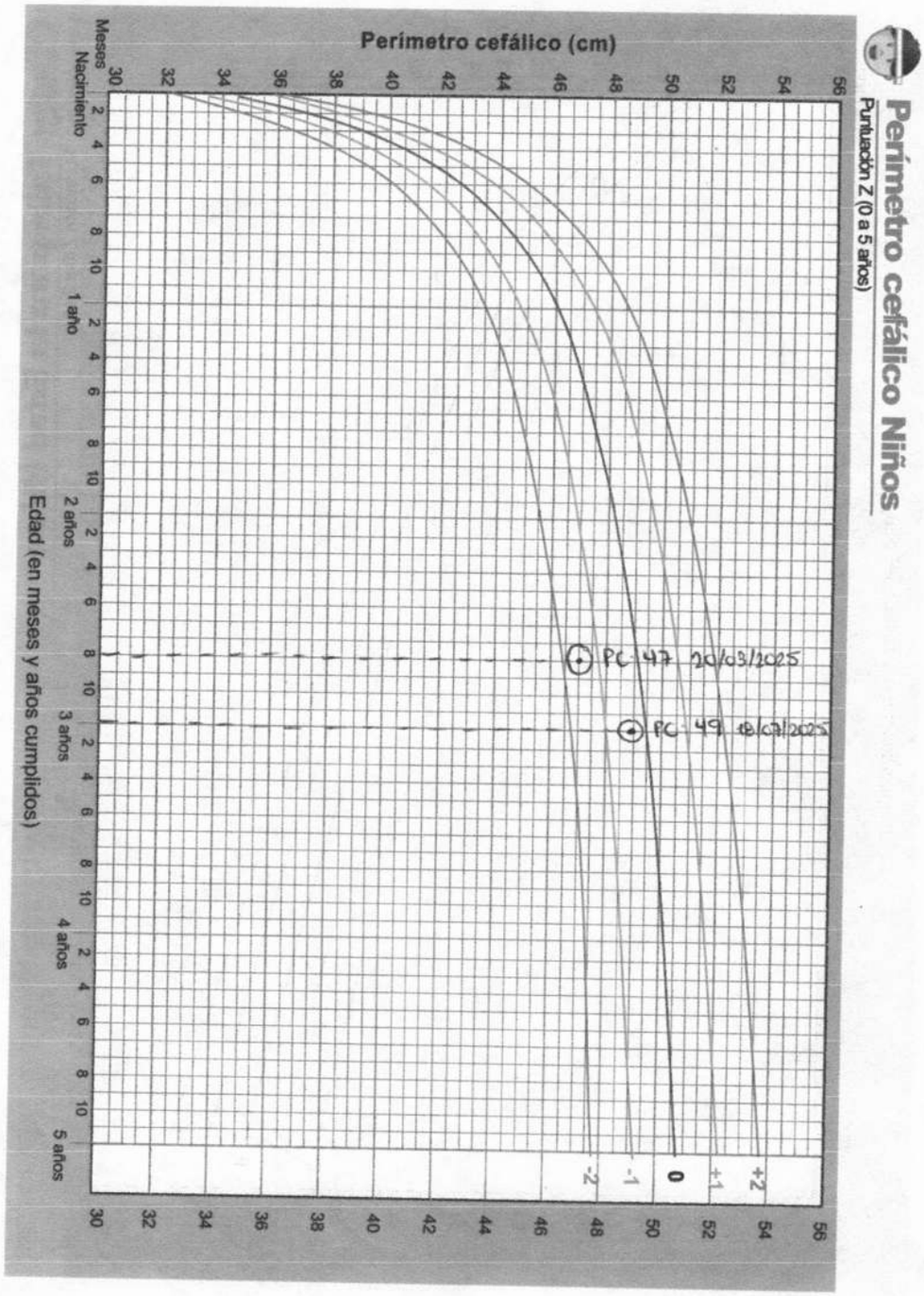
EPS:
Emssanar

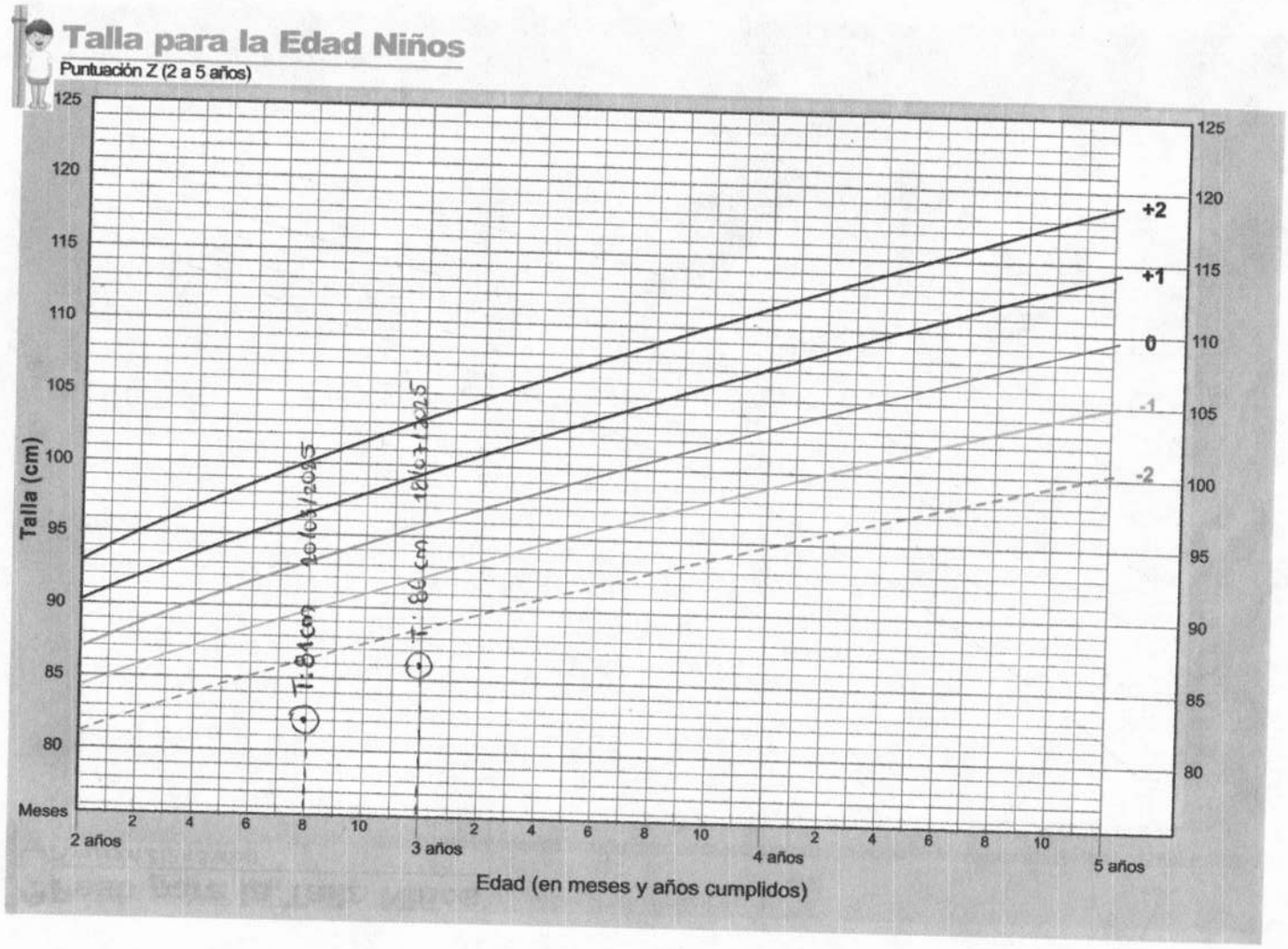


CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ	
				SI	NO
20	03	2025	Enf	✓	
18	07	2025	Med.	✓	
16	07	2026	Enf		

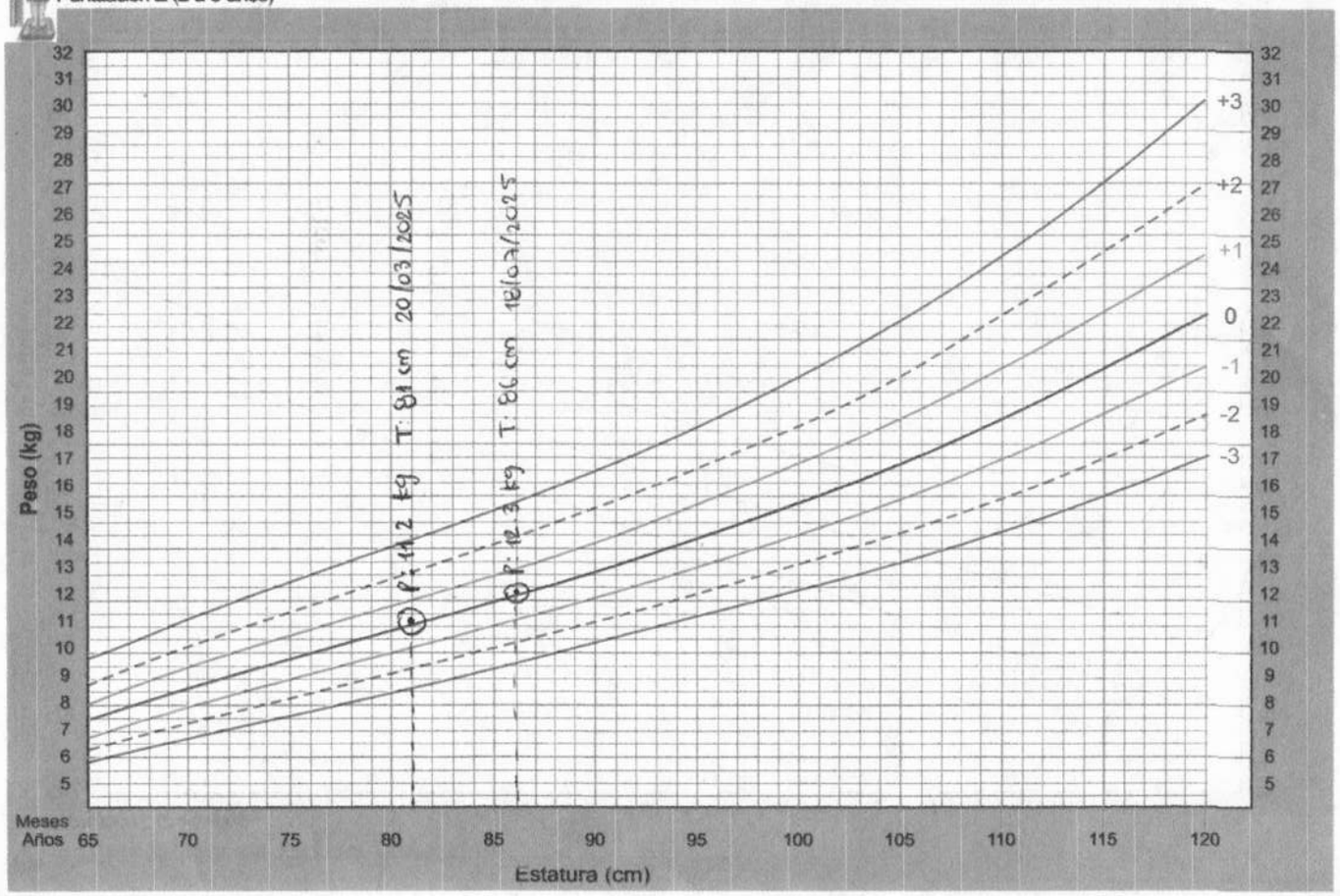
Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro Cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del [illegible]
20/03/2025	11.2 kg	81 cm	47	15	17.1	16-07-2025	Sandra [illegible] Castro Enfermera
18/07/2025	12.3 kg	86 cm	49	15	16.6	16-07-2026	[illegible] 59314160


Perímetro cefálico Niños
Puntuación Z (0 a 5 años)
Perímetro cefálico (cm)
Meses
Nacimiento
1 año
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)
PC 47 20/03/2025
PC 49 e/c/2025
+2
+1
0
-1
-2

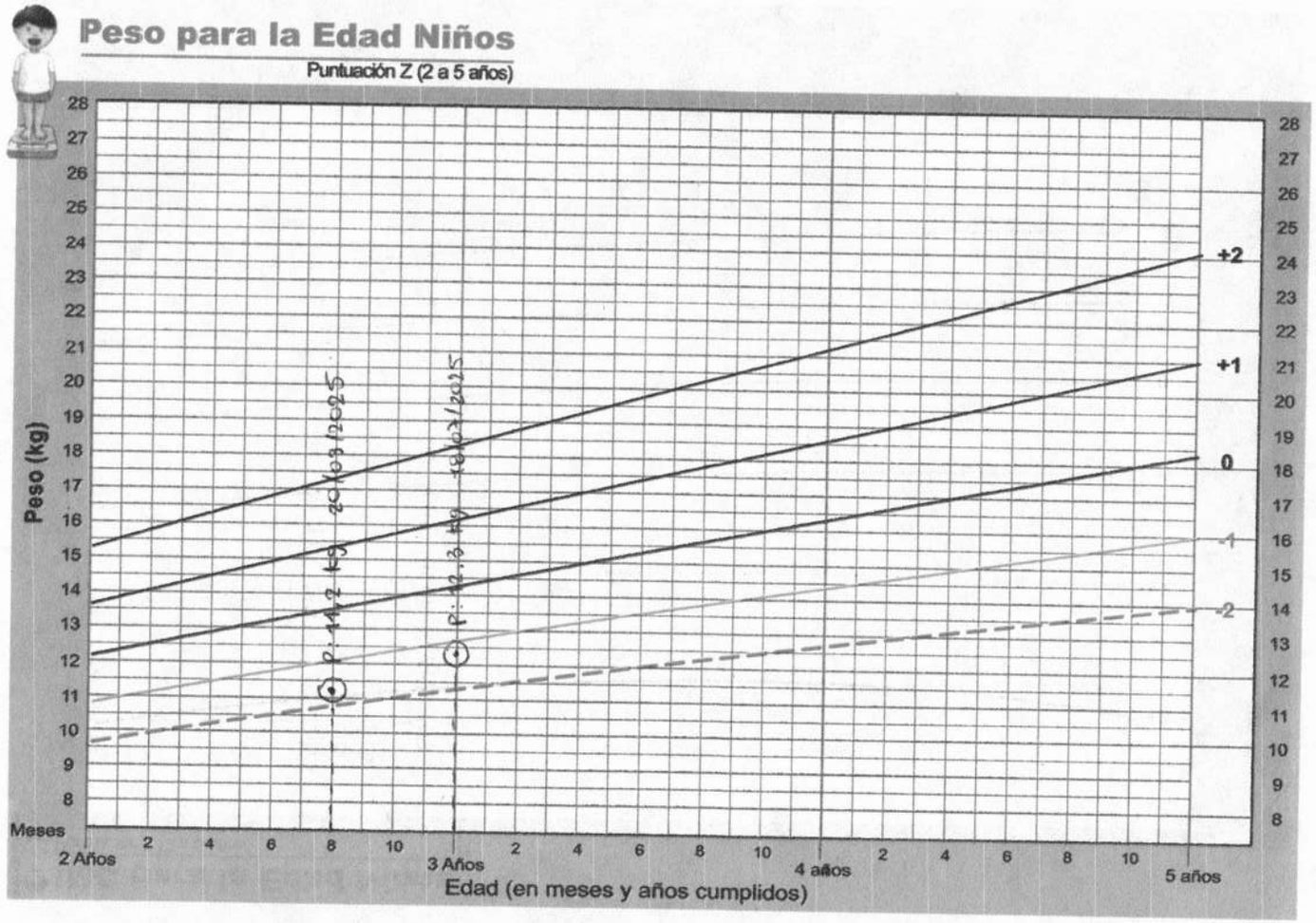

Talla para la Edad Niños
Puntuación Z (2 a 5 años)
Talla (cm)
125
120
115
110
105
100
95
90
85
80
+2
+1
0
-1
-2
T: 84cm 10/03/2025
T: 86 cm 10/07/2025
Meses
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)

Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)

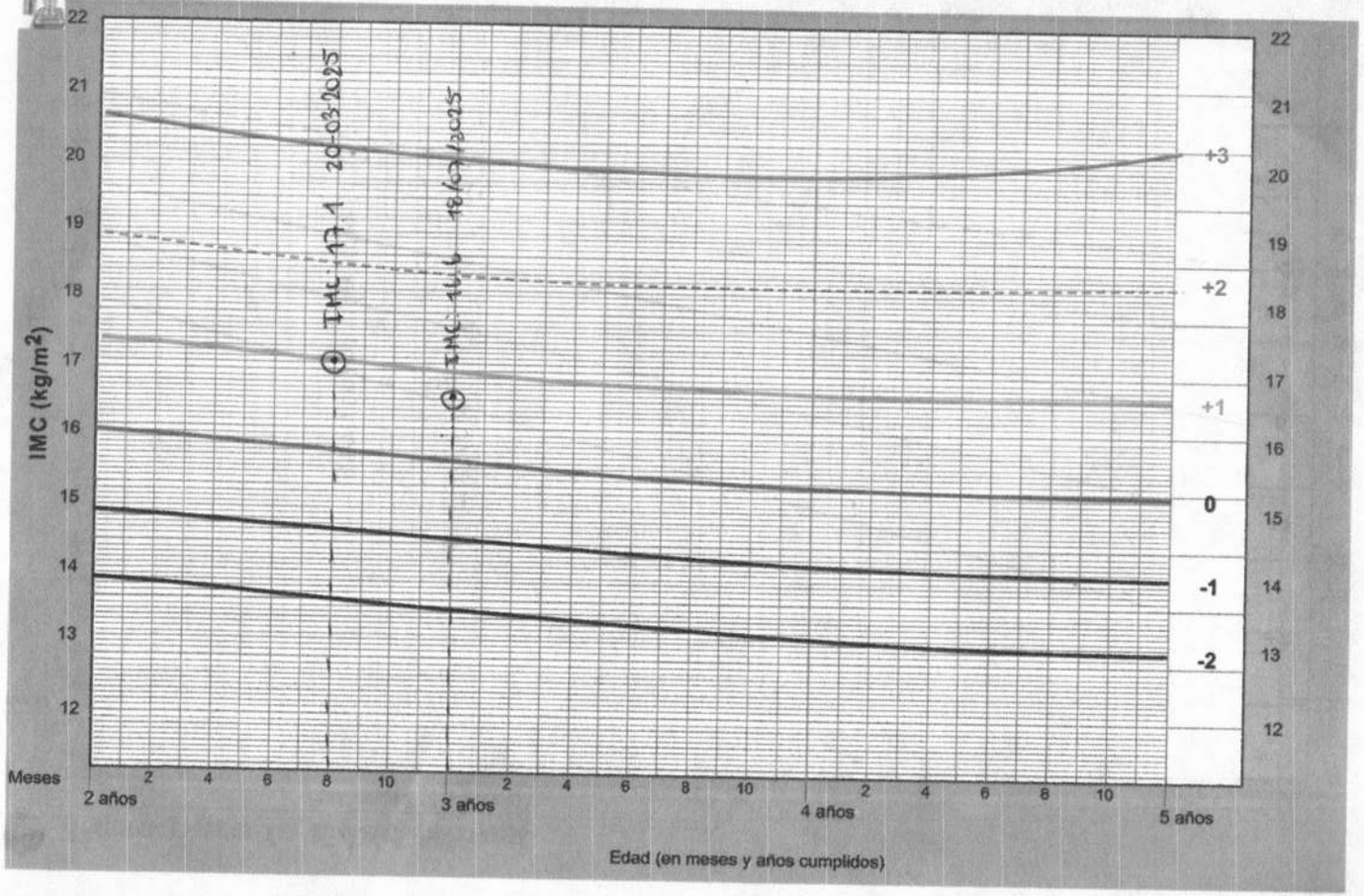


92


Peso para la Edad Niños
Puntuación Z (2 a 5 años)
Peso (kg)
Meses
2 Años
3 Años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)
+2
+1
0
-1
-2
P: 14,2 kg 20/03/2025
P: 14,2 kg 19/03/2025

IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



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

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

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

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

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega			
2.ª entrega			
3.ª entrega			

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

3 años					
4 años					
5 años					

*Menor o igual a 20 normal

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

Tuberculosis meníngea, hepatitis B, poliomielitis, meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b, difteria, tosferina, tétanos, diarrea por rotavirus; neumonía, otitis, meningitis, bacteriemia causada por neumococo, enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza, sarampión, rubéola, parotiditis, varicela, hepatitis A, fiebre amarilla y virus del papiloma humano.

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



Ministerio de Salud y Protección Social

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

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Salazar Correa Emiliana

Fecha de nacimiento: 16/Julio/2022

Nº de certificado de nacido vivo: 172043666

Registro civil: 1.126.461.133

Sexo: Masculino

Grupo sanguíneo: O+ positivo

Peso al nacer: 2375 Talla: 44

Dirección:

Teléfono 1: 3105774705

Teléfono 2:

Responsable: Yuly Vanessa Correa Rodriguez

Municipio de residencia:

Departamento: Putumayo

CC: 1094 929 731.

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Nombres y Apellidos: EMILIANO SALAZAR CORREA **Tipo identificación:** RC **No. ID:** 1.126.461.133

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 meningea (BCG)	Única	16	Julio	2022	Serum	0 3 7 0 M A 0 9 8	ESE HUMH				Kelly Hernandez
	Hepatitis B	Recién nacido	16	Julio	2022	Serum	0 3 2 1 Q 0 1 3 3	ESE HUMH				Kelly Hernandez
2 meses						Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐						
	Poliomielitis (VIP)	1.°	16	09	22	Bilthoven	2 1 2 1 0 0 4	HRCV				NINY Jadino
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.°	16	09	22	Serum	2 8 5 1 X 0 0 7 D	HRCV				NINY Jadino
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.°	16	09	22	Serum	2 8 5 1 X 0 0 7 D	HRCV				NINY Jadino
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	1.°	16	09	22	Serum	2 8 5 1 X 0 0 7 D	HRCV				NINY Jadino
	Diarrea por rotavirus	1.°	16	09	22	Glaxo	A R 0 1 C 8 9 2 A F	HRCV				NINY Jadino
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.° Prevenar	16	09	22	BFIZER	F R 4 8 9 7	HRCV				NINY Jadino
4 meses						Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐						
	Poliomielitis (VIP)	2.°	18	11	22	Bilthoven	2 1 4 0 0 3					Isabel Quintero
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.°	18	11	22	Serum	2 8 5 1 Y 0 2 2 A					Isabel Quintero
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.°	18	11	22	Serum	2 8 5 1 Y 0 2 2 A					Isabel Quintero
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	2.°	18	11	22	Serum	2 8 5 1 Y 0 2 2 A					Isabel Quintero
	Diarrea por rotavirus	2.°	18	11	22	Glaxo	A R 0 L D 0 5 0 A A					Isabel Quintero
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.°	18	11	22	PFIZER	F R 4 8 9 7					Isabel Quintero
6 meses						Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐						
	Poliomielitis (VIP)	3.°	18	1	23	Bilthoven	2 1 4 1 U 1 5	HRCV				Yuranis Ortiz
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.°	18	1	23	Serum	2 8 5 1 Y 0 2 2 A	HRCV				Yuranis Ortiz
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.°	18	1	23	Serum	2 8 5 1 Y 0 2 2 A	HRCV				Yuranis Ortiz
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	3.°	18	1	23	Serum	2 8 5 1 Y 0 2 2 A	HRCV				Yuranis Ortiz
	Influenza estacional	1.°	24	05	22	Pharma	V 5 0 5 2 3 0 8 2	HRCV				Yuranis Ortiz
7 meses	Influenza estacional	2.°	26	6	23	Pharma	V 5 0 5 2 3 0 8 2	HRCV				Isabel Quintero
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.°	26	09	23	Serum	0 1 3 1 N 0 7 1 B	HRCV				Carolina O.
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	26	09	23	Pfizer	F R 4 8 9 3	HRCV				Carolina O.
	Varicela	2.°	31	8	23	MSD	X 0 0 6 5 3 3 5	HRCV				Isabel Quintero
	Hepatitis A	Única	26	09	23	MSD	W 0 0 4 8 3 3	HRCV				Carolina O.
	Influenza estacional	Anual	28	05	24	Buanfan	2 4 0 9 9 7 9 1 0 0	HFLD				Jeniffer. C.
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.° refuerzo	19	01	24	Bilthoven	2 2 3 3 0 0 6	HRCV				Yuranis Zorilla
	Difteria, tosferina y tétano (DPT) Pentavalente	1.° refuerzo	19	01	24	Serum	2 8 5 2 X 0 0 3 A	HRCV				Yuranis Zorilla
	Fiebre amarilla	Única	19	01	24	Sanofi	VV 3 0 5 0	HRCV				Yuranis Z.
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.° refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.° refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.°	19	02	24	Serum	0 1 3 2 N 0 7 4 B	HRCV				Yuranis Zorilla
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.°										
		2.°										
		3.°										
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.

Citas A los 2 años
Para SR

Busca ya las vacunas

19
RV

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

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

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL

La salud es de todos | Minsalud

CIUDAD San Miguel FECHA: DÍA 15 MES 4 AÑO 2025 HORA: 10:01 am

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Emiliano APELLIDOS Salazar Correa

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [x] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1126461133

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 16 MES: 07 AÑO: 2022 / EDAD: 2. años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Emssanar cel. 3205774705

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

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

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

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

Le da miedo a la Reaccion B/ Amistad

¿CÓMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides).
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar Esquema que tiene esta vacuna: Dos dosis [ ] ó dosis única [ ] Ninguna
BENEFICIOS	Prevención de la enfermedad COVID-19, causada por el virus SARS-CoV-2. Reducción de la severidad de la enfermedad en caso de presentarse. Potencial protección del entorno familiar y los allegados.
RIESGOS	Presentación de efectos adversos a corto y mediano plazo posterior a su aplicación como: dolor en el sitio de inyección, dolor de cabeza (cefalea, articulaciones (artralgia), muscular (mialgia); fatiga (cansancio); resfriado; fiebre (pirexias); enrojecimiento e inflamación leve en el lugar de la inyección; inflamación de los ganglios (linfadenopatía); malestar general; sensación de adormecimiento en las extremidades, reacciones alérgicas leves, moderadas o severas. Estos no se presentan en todas las personas.
ALTERNATIVAS	A la fecha no se ha identificado otra medida farmacológica más eficaz que la vacunación para la prevención de la COVID-19.

EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD

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

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

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

Firma de la persona: Yuli Vanessa Correa R.

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

Nombres Yuly Vanessa Apellidos Correa Rodriguez

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1094 929 731

Firma: X

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: Nora Yela Rodriguez

Firma Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 41125510

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.

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023 ¡Gracias Dios mío por tantas bendiciones!

JINA A. BELALCAZAR FLOREZ
Gerente

CARNET RIAS PRIMERA INFANCIA

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

Servimos con amor



Nombres y apellidos: Emiliano Salazar Correa.

Doc. de identidad: 1126461133 EPS: Emssanar

Teléfono: 3148705927. Domicilio: B/Central

PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS			FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) ó AÑOS (A)												
			5 DÍAS	1 M	2-3 M	4-5 M	6-8 M	9-11 M	12-17 M	18-23 M	24-29 M	30-35 M	3 A	4 A	
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico										Carolina Vasquez Odontóloga Reg. N° 1229 U.A.N. Universidad Antonio Nariño			Angie J. Quapiaza G. Higienista Oral Res 330-2019-20/08/2019
		Atención en salud por medicina general													
		Atención en salud por enfermería													
		Atención en salud bucal por odontología									28-05-25		02-01-26		
		Promoción y apoyo de la lactancia manterna													
PROTECCIÓN ESPECÍFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de fluor								28/05/2024	25-03-2025	25-03-2025	02-10-2025		
		Profilaxis y remoción de placa bacteriana								28/11/2024	25-Sep-2025	25-Sep-2025	02-04-2026		
		Aplicación de sellantes (según criterio)													
	V	Vacunación													

Tania Villaconte ODONTÓLOGA Res.: 81 - 801

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 Emiliano Salazar Correa., identificado (a) con documento de identidad número 1.126.461.133, 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, Yuly Vanessa Correa Rodriguez. quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1.094.929.731 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: Yuli Vanessa Correa R.
Nombre: Yuly Vanessa Correa Rodriguez
Calidad - Titular: ____ Representante legal: ____
Teléfono de contacto: 3205774705
Fecha: 1-04-2025
Municipio: San Miguel.

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

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

Yuli Vanesa Correa R.
Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Andrea Montenegro
Agente educativa

Emiliano

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 39928-0	Pago oportuno hasta:	21/04/2025	Mes Facturado
Factura Nro	2037063549	Suspensión a partir de:	22/04/2025	MARZO 2025

1.Información Genera

Nombre:	GUILLERMO SANTANDER BENAVIDES									Último pago	$ 51,430
Dirección:	VDA LA AMISTAD									Tuve servicio de energía entre:	03-FEB-2025 - 04-MAR-2025 (29)
Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Área	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Código Tarifa	División Geopolítica
SM4	S401	155	1	RESIDENCIAL	RURAL	1	1.5	AEREA	EMPRESA	105	SAN MIGUEL - LA AMISTAD

Tipo de Documento	Fecha y hora de Emisión	Fecha y hora de Generación	Medio de Pago	Forma de Pago	Factura Electrónica de Venta
FACTURA DE VENTA	25/03/25	26-MAR-25	PAGO EN EFECTIVO	CONTADO	EEBP - 180674

2.Información Consumo Energía

Componentes de Costo (CU)*: Generación 527.6 + Transmisión 49.85 + Distribución 253.23 + Comercialización 121.95 + Pérdidas 70.79 + Restricción 14.68 = CU 1038.1 ($/KwH)

2A.Información Medidor

Marca	Serial	Factor Múltiplo
APP	4604135931	1

2B.Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	8602	8557
Reactiva:		

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

2C.Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	45
Consumo Reactiva KVarh:	0
Costo del consumo $	46714.5
Tarifa (hasta 173 Kwh):	415.24
Subsidio: % 60 $	-28028.7
Contribución: % 0 $	0
Sub Total $	18685.8

Meses en deuda: 1 % Tasa Interés Moratorio: 0.5

2D.Consumo Últimos 6 Meses

	Mes	Activa	Reactiva
2024	SEPTIEMBRE	84	0
2024	OCTUBRE	70	0
2024	NOVIEMBRE	102	0
2024	DICIEMBRE	109	0
2025	ENERO	92	0
2025	FEBRERO	103	0
	PROMEDIO	**93**	**0**

2E.Información Calidad del Servicio

Tel. O.R EEBP: 01 8000 942415
Transformador: SLD122 Grupo: 32
DIUG: 95.56 FIUG: 36 Circuito: C14
Cargo D: 249.0104 Dscto %t:20
CEC: 0
DIU: 75.78 FIU: 93
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	46,714.50	.00	.00	46,714.50
SUBSIDIO	-28,028.70	.00	.00	-28,028.70
AJUSTE A SUBSIDIO	2,496.92	.00	.00	2,496.92
AJUSTE A LA DECENA	-1.72	.00	.00	-1.72

5.Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP 21,181

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	6,189	0	6,189

7.Información Facturación Convenio Aseo y Alcantarillad

Concepto	Empresa	Dirección PQR	USO	Valor Tarifa	Subsidio o Factor Solidario	Cargo Consumo o Variable	Valor Tasa Ambiental	Saldo Anterior	Ajustes/Otros	Valor Total
Alcantarillado				0	0			0		0
Aseo*				6,000	0			0		6,000

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

8.Información Facturación Otros Convenios

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

Total EEBP	+ Total Impuesto Alumbrado público	+ Total Aseo y/o Alcantarillado	+ Total Otros Convenios	= Debo pagar en Total
21,181	6,189	6,000	0	$ 33,370

CUFE: 0d381c4193573a97d5bfccb8c611dbcac7dc4dcf8831a1cc8434fc4758ba2533c0349311cdf3c12b0f72b4e35c13d7c7

(415)7709998005532(8020)1000203706354977(3900)0000033370(96)20250421

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

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

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

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad San Miguel la Dorada

Nombre completo de la niña o niño Emiliano Salazar Correa

Fecha de nacimiento 16 07 2022 **N° Documento de Identidad** 1.126.461.133

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Andrea Montenegro

Fecha de registro cualitativo Día 3(Mes 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

Emiliano Se encuentra en un desarrollo esperado acorde a su edad, muestra interes pa los juegos de construcción y con actividades significativas Se continuara fatalecendo Sus conocimientos previos

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Andrea Montenegro

Fecha de registro cualitativo Día 2 Mes 10 Año 2025

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

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

Observaciones generales

Emiliano Salazar Se encuentra en un perfil esperado teniendo en cuenta que cumple con los items de Su rango de edad. Se ha evidenciado avances en cuanto a manejo corporal; Aprende y le gusta intentar nuevos juegos o actividades motoras y Sigue Secuencias de movimientos

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)***

ración itativa ⇨	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: Emiliana Conca **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulo 2 **AGENTE EDUCATIVO:** Andreas Montenegro

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

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
5 - diciembre - 2025	el niño no asiste a la Unidad de atención Parvulo 2	Agente educativa realiza llamada telefonica Para Conocer el motivo de la inasistencia del niño el Cual la madre refiere que esta madrugada el niño amanecio con vomito, el Cual Solicita Permiso por el dia de hoy Se recomienda Si el vomito Persiste o otro Sintoma acudir al hospital	Andreas Montenegro	Yuli Vanessa Cortez L

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
6-12-2015	el niño asiste a la Unidad, aparentemente bien de Salud, se Procede a Cerar novedad Yuli Vanessa Collazos R.

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

3205774705. Parabilidad Salud

3c
RIV

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Emiliano Salazar **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulos 2 **AGENTE EDUCATIVO:** Andrea Montenegro

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

Clasificación de la Información:
CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
29-julio-2025	Agente educativa en horas de la tarde observa que el niño Presenta fiebre, Se encuenta decaido	Agente educativa Se comunica Con el Padre de familia mediante llamada telefonica informandole Sobre el estado de Salud del niño. y recomendandole que se acerque al CDI Para recogerlo. Siendo las 2:00pm, el Padre de familia Se acerca al CDI y retira al niño Se recomienda llevarlo al hospital	Andrea Montenegro Agente educativa	

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

BIENESTAR FAMILIAR

SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO

29-julio-2025

Siendo hoy 29 de julio agente educativa Se Comunica con la madre de familia Para Conocer el estado de Salud del niño, el Cual informa que Presento fiebre durante la noche y nuevamente en la madrugada, ademas de mostrar indicios de gripa y Congestión nasal. Debido a esta Situacion, la madre Solicito Permiso en Su lugar de trabajo Para quedarse en Casa Con el niño y manifiesta que Por tal motivo no lo llevara al CDI el dia de hoy, Se recomienda a la madre de familia Si los Sintomas Persisten acudir al hospital

Yuli Vanessa Correa R.

30-julio-2025

en horas de la tarde agente educativa Se comunica con la madre de familia mediante llamada telefonica Para conocer el estado de Salud del niño, el cual refiere que el niño ahora en la tarde no ha Presentado fiebre, manifiesta el niño que le dolia la garganta, Se la revise y esta enrojecida. y tambien informa que no hay citas disponibles Para el dia de hoy, esta a la espera de que Una amiga medico me Confirme si Se encuentra en el hospital Para que ella me revise al niño.

Yuli Vanessa Correa R.

Siendo hoy 30-julio-2025. madre de familia envia un mensaje Via whatsapp. dando a conocer que el niño tiene amigdalitis, el dia de ayer le inicio antibiotico Por tal motivo no lo voy a llevar hoy. Si Dios Permite mañana asistira.

Yuli Vanessa Correa R.

30-julio-2025

El apoyo Psicosocial realiza llamada telefonica a madre de familia con el fin de indagar estado de salud del niño, manifestando que el niño se encuentra en buenas condiciones de salud, con una adicion positiva al antibiotico. Refiere que el dia de mañana el niño regresara al CDI. MA Chacha

Apoyo Psicosocial.

Yuli Vanessa Correa R.

Siendo hoy 31-julio-2025 el niño asiste a la Unidad de atencion Parvulos 2, en buenas condiciones de Salud., Se procede a Cerrar la novedad.

- Yuli Vanessa Correa R.

32
RIV

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Emiliano Salazar **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulos 2 **AGENTE EDUCATIVO:** _____

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

Clasificación de la Información:
CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
28-julio-2025	Agente educativa evidencia que el dia de hoy se le vence la Patabilidad del niño.	Agente educativa envia un mansaje de texto via Whatsapp dandole a conocer que hasta hoy tiene activa la Patabilidad y que se acerque al hospital. El Padre de familia manifiesta que hoy tiene activa la Pata-bilidad que debe asercarse el dia de mañana nuevamente	Andrea Tatiana Bautista Agente educativa	1.101.[illegible] CORREA R.

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	Madre de familia Presenta las copias de la Partabilidad Vigente, Se Procede a Cenar la novedad

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Emiliano Salazar **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulos 2 **AGENTE EDUCATIVO:** Andrea Montenegro

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

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
14-julio-2025	Agente educativa revisa la Carpeta del Usuario anteriormente mencionado donde se evidencia que el niño tiene el Proximo Control de Crecimiento y desarrollo. el dia 16-julio.	Agente educativa dialoga Con la padre del niño y le informa que tiene el Proximo Control de Crecimiento y desarrollo el 16-julio-2025 Por lo tanto, Se le recomienda acercarse al hospital Para Sacar la cita Siendo en horas de la tarde el Padre de famila refiere que el niño tiene Cita de Control de Crecimiento y desarrollo Para el dia 18-julio-2025 a la 7:00 pm	Andrea Montenegro	

BIENESTAR FAMILIAR

SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO

Siendo hoy 18- de julio - 2025 el Padre de familia manifiesta que el dia de hoy recoge al niño en el CDI, Para llevarle a la Cita de control y Crecimiento a la 1:00 pm

Siendo las 12:47 pm el Padre de familia recoge al niño Para llevarle a la Cita Se le entrega la agente educativa en buenas condiciones y Se le recomienda hacer llegar las Copias del Control de Crecimiento y desarrollo actualizadas.- Y informa que el niño asistira ya el dia lunes 21- julio - y Se compromete q entregar las Copias requeridas. ese dia.

Siendo hoy lunes el Padre de familia Presenta las Copias por lo tanto Se Procede a cerrar la novedad