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: 28 | 10 | 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: 1182713668.

Fecha nacimiento: 3 | 05 | 2022

Nombres: Ariana Celeste **Apellidos:** Navarro Jaramillo.

Presenta discapacidad? ( ) Sí (●) No

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

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

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

Seleccione la que aplique: ( ) Afrocolombiano ( ) Indígena ( ) No se autorreconoce ( ) Comunidad neg. ( ) Rom / Gitano ( ) Palenquero (a) ( ) Raizal

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

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

Departamento residencia: Putumayo **Municipio de residencia:** San Miguel **Zona:** Urbana **Barrio:** Libertad **Vereda:**

Sector: **Dirección:** Diagonal antiguo hogar infantil, Casa blanca.

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: 1126449.680

Nombres: Jorge Luis **Apellidos:** Navarro Alonso **País de nacimiento:** Colombia **Fecha nacimiento:** 27 | 05 | 1989.

Correo electrónico: Mariaisabeljaramillo@gmail.com **Número de celular:** 3143852510. **Número de fijo:**

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

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

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

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Andrea Montenegro.

Observaciones:

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

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:
Ariana Celeste Narvaez Juanillo.

N° DOCUMENTO: 1182713668 **TIPO DOCUMENTO:** RC___ CC___ OTRO ___
FECHA DE NACIMIENTO: 3-05-2022 **EDAD:** 3.A.5M
LUGAR DE NACIMIENTO: Puerto Asis

NOMBRE DE LA UDS: CDI Fronteras de Paz.
CODIGO UDS: E6757112697 2 **BARRIO/VEREDA:** 7 de Agosto.
FECHA DE INGRESO: 28-10-2025 **FECHA DE RETIRO:** _____

SISBEN: C18 **EPS:** Nueva eps **RÉGIMEN (C)** X **(S)**___
DESPLAZADO: SI___ **NO** X **DISCAPACIDAD: SI**___ **NO** X **¿CUAL?** _____
GRUPO ETNICO: SI___ **NO** X **¿CUAL?** _____
GRUPO AFROCOLOMBIANO: SI X **NO**___ **¿CUAL?** Afrodescendiente.
NOMBRE DE LA MADRE: Maria Isabel Juanilla Lopez
N° CÉDULA: 1122341.105 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Miguel La Dorada.
NOMBRE DEL PADRE: Jorge Luis Narvaez Alomia
N° CÉDULA: 1126449.680 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Valle del Guamuez
N° DE CELULAR: 3105042197 - 3143852510.
NOMBRE DEL ACUDIENTE: Maria Isabel juanilla lopez
N° CÉDULA: 1122.341.105 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Miguel La Dorada
DIRECCIÓN VIVIENDA: B/ libertad **ZONA POBLACIONAL: (R)**___ **(U)** X
NUMERO DE CELULAR 3105042197

FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Andrea Montenegro.
NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO

REPÚBLICA DE COLOMBIA

REGISTRO CIVIL
FIRMADO DIGITALMENTE

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

Adhesivo Copia Registro Civil
28332640-9

5962372 3

NUIP 1182713668

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59623723

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** E F J

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

COLOMBIA - PUTUMAYO - PUERTO ASIS PUERTO ASIS. E.S.E. HOSP. LOCAL

Datos del Inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
NARVAEZ	JUANILLO

Nombre(s)

ARIANA CELESTE

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes MAY Día 03	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA - PUTUMAYO - PUERTO ASIS

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	171865908

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

JUANILLO LOPEZ MARIA ISABEL

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1122341105	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

NARVAEZ ALOMIA JORGE LUIS

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1126449680	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

NARVAEZ ALOMIA JORGE LUIS

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1126449680	

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 MAY Día 04	ALEXANDER RODRIGUEZ RUBIANO Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS:FOLIO 22:04/05/2022

NÚMERO DE PREPARACIÓN 19516412

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.122.341.105

JUANILLO LOPEZ

APELLIDOS

MARIA ISABEL

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 10-ABR-1995

PASTO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.51	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

25-ABR-2013 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-6401800-00461987-F-1122341105-20130902 0034637265A 1 39803140



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.126.449.680

NARVAEZ ALOMIA
APELLIDOS

JORGE LUIS
NOMBRES

Jorge Luis Narvaez A.
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 27-MAY-1989
VALLE DEL GUAMUEZ
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

16-JUL-2007 VALLE DEL GUAMUEZ
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-6402600-70166961-M-1126449680-20071217 01429 07351A 02 231382410

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta:	24/03/2025
Ficha:	86757674952700002964

C18

GRUPO SISBÉN IV

Vulnerable

DATOS PERSONALES

Nombres:	ARIANA CELESTE
Apellidos:	NARVÁEZ JUANILLO
Tipo de documento:	Registro civil
Número de documento:	1182713668
Municipio:	San Miguel
Departamento:	Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:	01/06/2022
Última actualización ciudadana:	01/06/2022
Última actualización vía registros administrativos:	

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

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

Contacto Oficina SISBEN

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

ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1182713668
NOMBRES	ARIANA CELESTE
APELLIDOS	NARVAEZ JUANILLO
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	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	05/05/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	12/04/2025 17:33:38	**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

nueva eps

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) ARIANA CELESTE NARVAEZ JUANILLO identificado(a) con RC 1182713668 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 05/05/2022

Estado de la Afiliación:	**Vigente**
IPS:	**E.S.E. HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS - VALLE DEL GUAMUEZ**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 26 días del mes 3 del año 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS. NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

CARNET DE SALUD INFANTIL

CRECIMIENTO Y DESARROLLO

"Su Salud en Buenas Manos"

ARIANA CELESTE NARVAEZ JUANILLO
RC 1182713668
FN: 03/05/2022.



CLÍNICA SAN JORGE LA HORMIGA S.A.S
RÉGIMEN COMÚN - NIT 900115211-7
CARRERA 6 N° 9-38 - BARRIO LAS ACACIAS
TELÉFONO: 4283272 - CEL: 3138873678
LA HORMIGA - PUTUMAYO

CONTROL DE CITAS

ARIANA CELESTE NARVAEZ JUANILLO.

FECHA			HORA	ASISTIÓ	
DÍA	MES	AÑO		SI	NO
29	Noviembre	2023	4 ENT		
21	NOVIEMBRE	2024	X CNT.		
5	Mayo	2025	x Med. 8:30		
5	MAYO	2026	2:30pm x CNT		

OBSERVACIONES

* 11/12/2024 Edad: 31 meses.

PN: 3205g, TN 52cm.

P: 13.4 Kg, T: 90.5cm, PC 49cm, PB 15.5cm
IMC 16.4 Kg/m2.
Estática. Ndllo OK.

Dayra Córdoba M
R.M 1.085.297 098
MEDICO GENERAL

* 31/01/25 33 meses:

Peso: 13.3 kg talla: 92.5cm PC: 49cm PT: 51cm
PA: 50cm PB: 15cm IMC: 15.5 kg/m2
Dx: Adecuado.

Dayra Córdoba M
R.M 1.085.297 098
MEDICO GENERAL

* 05/05/2025: Edad 3 años.

P: 13,6 Kg, T: 93,5cm, PC: 49cm, PB: 14cm, IMC: 15,6 Kg/m2

Dx: Adecuado. Ncomodillo y PC OK.

12

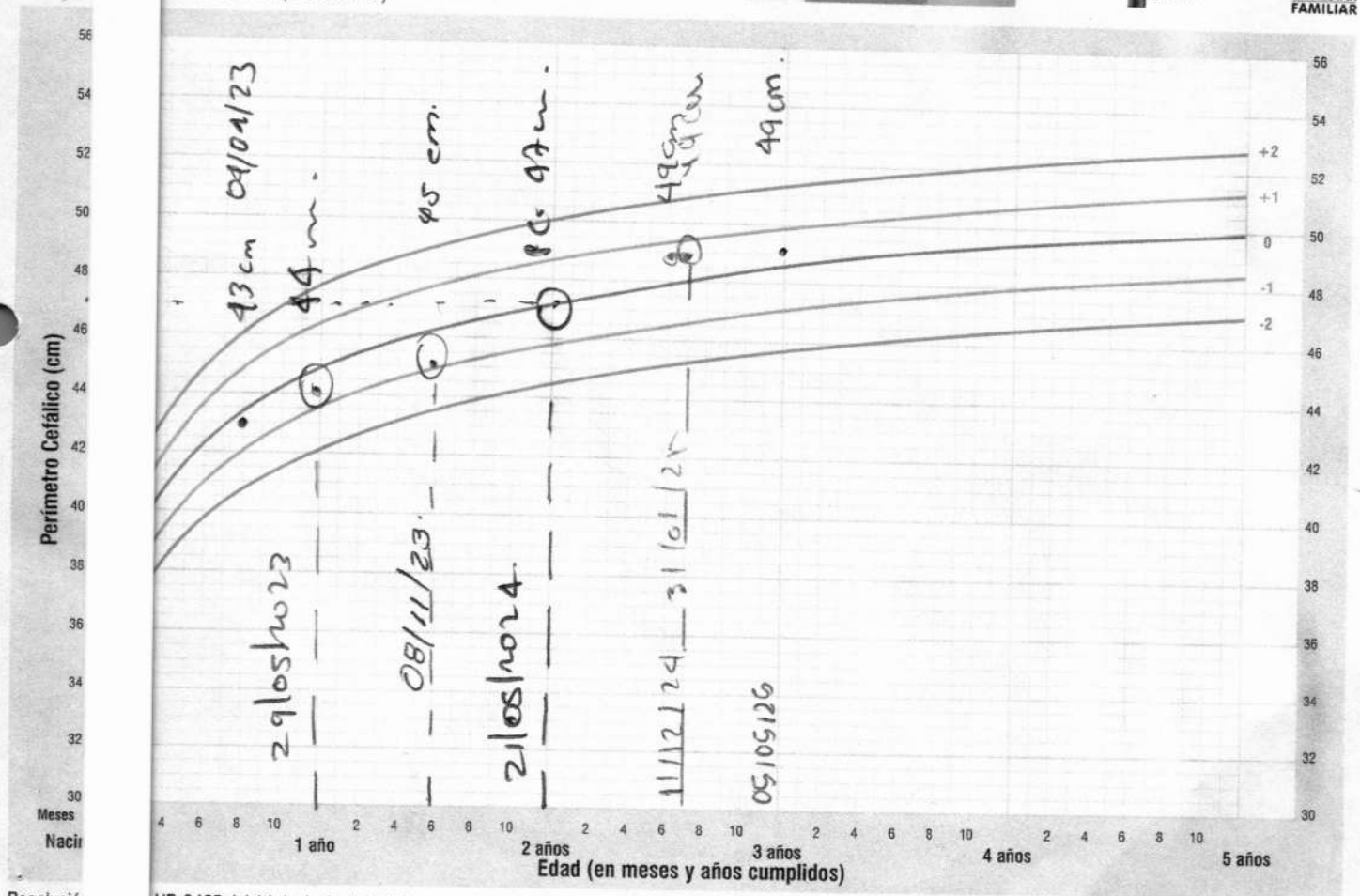
Perímetro Cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)

La Salud es de todos | Minsalud

Instituto Nacional de Salud

Bienestar Familiar



Resolución
Publicada

LUD 2465 del 14 de Junio de 2016
rio oficial número 499926 el 06/07/2016.

Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Organización Mundial de la Salud

13

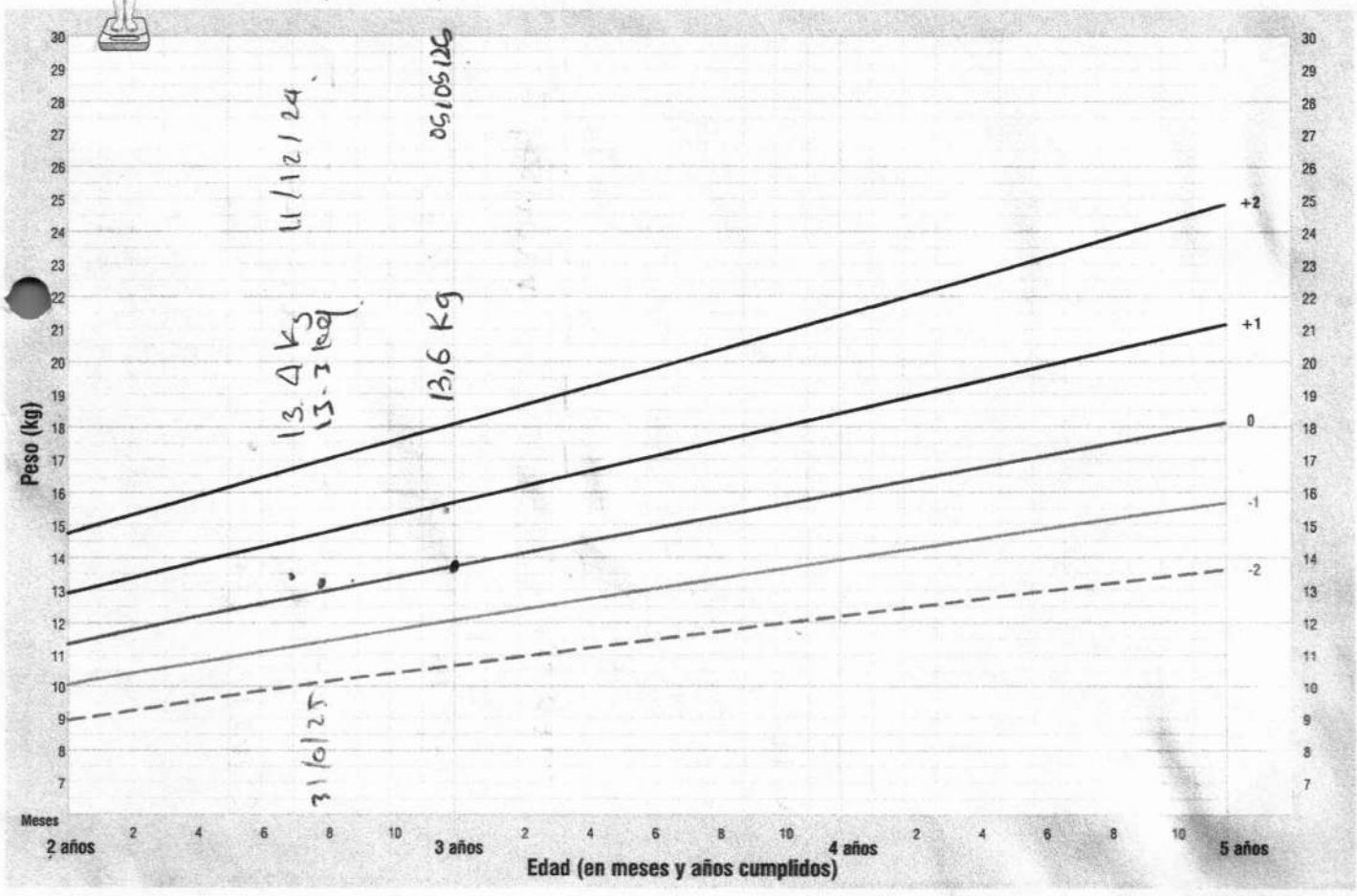
Peso para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)

La Salud es de todos | Minsalud

Instituto Nacional de Salud

Bienestar Familiar



Resolución MINSALUD 2465 del 14 de Junio de 2016
Publicada en el diario oficial número 499926 el 06/07/2016.

Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Organización Mundial de la Salud

14

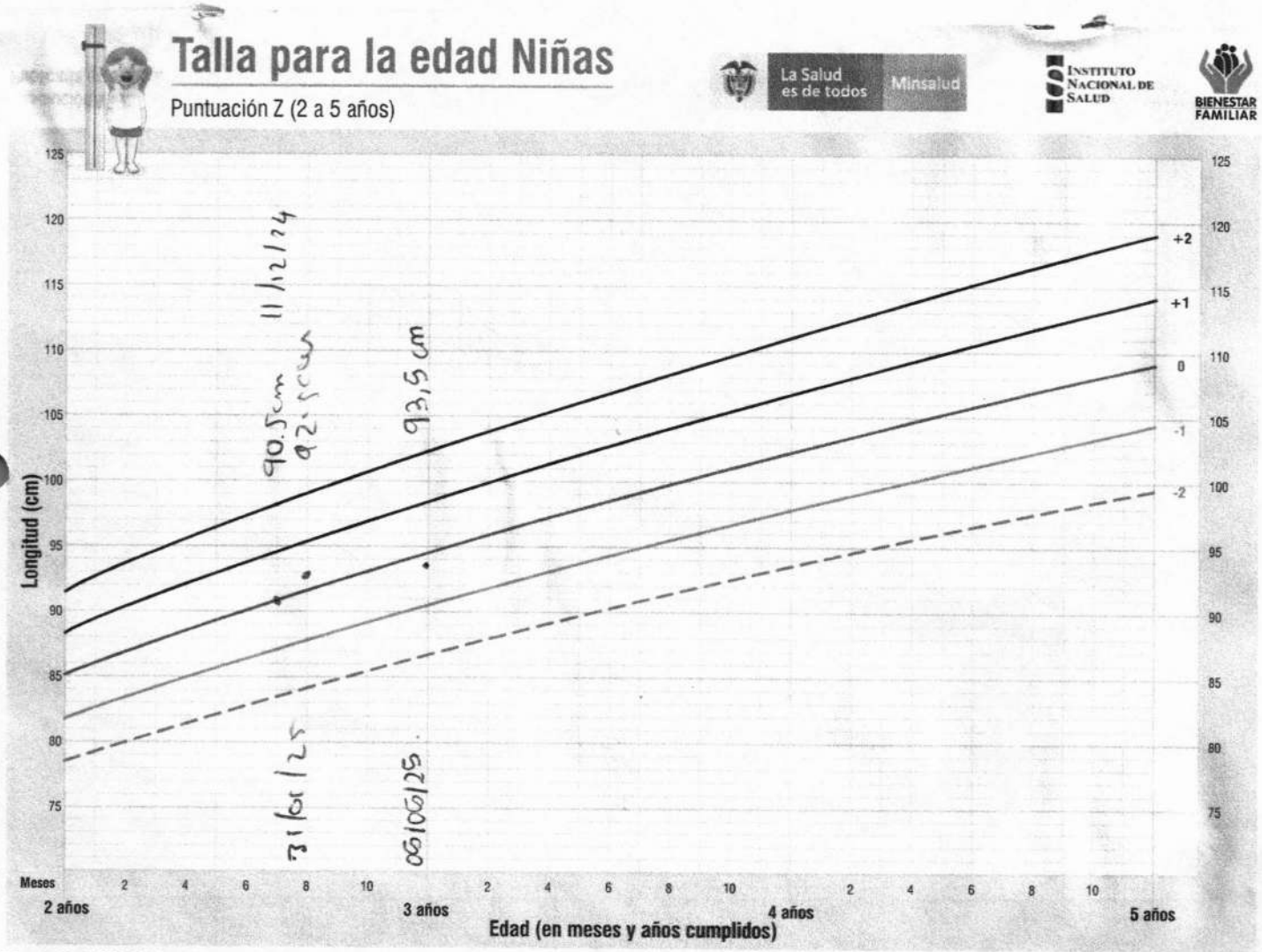
Talla para la edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)

La Salud es de todos | Minsalud

Instituto Nacional de Salud

Bienestar Familiar



Resolución MINSALUD 2465 del 14 de Junio de 2016
Publicada en el diario oficial número 499926 el 06/07/2016.

Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Organización Mundial de la Salud

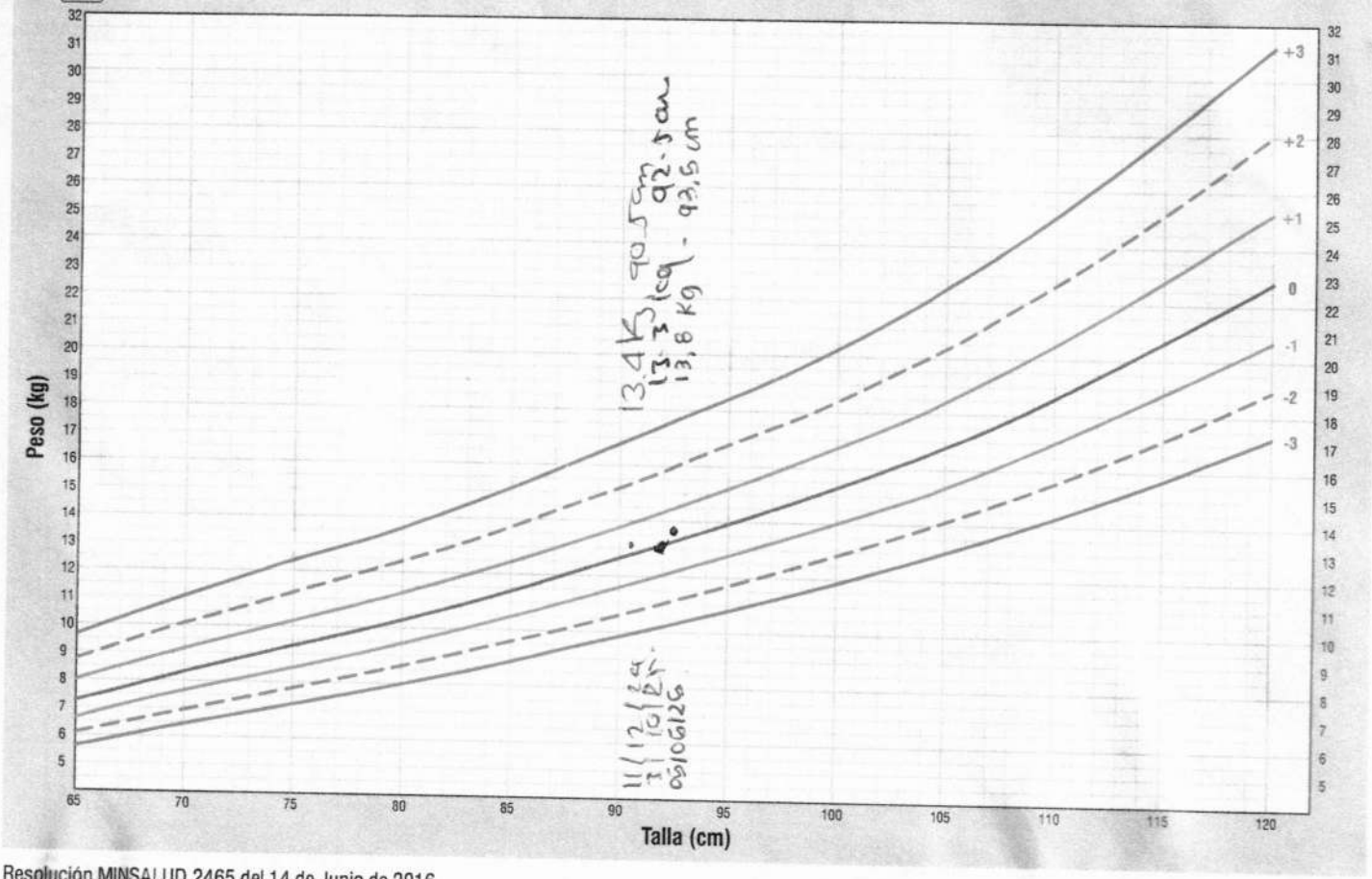
Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)

La Salud es de todos | Minsalud

Instituto Nacional de Salud

Bienestar Familiar



Resolución MINSALUD 2465 del 14 de Junio de 2016
Publicada en el diario oficial número 499926 el 06/07/2016.

Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Organización Mundial de la Salud

16

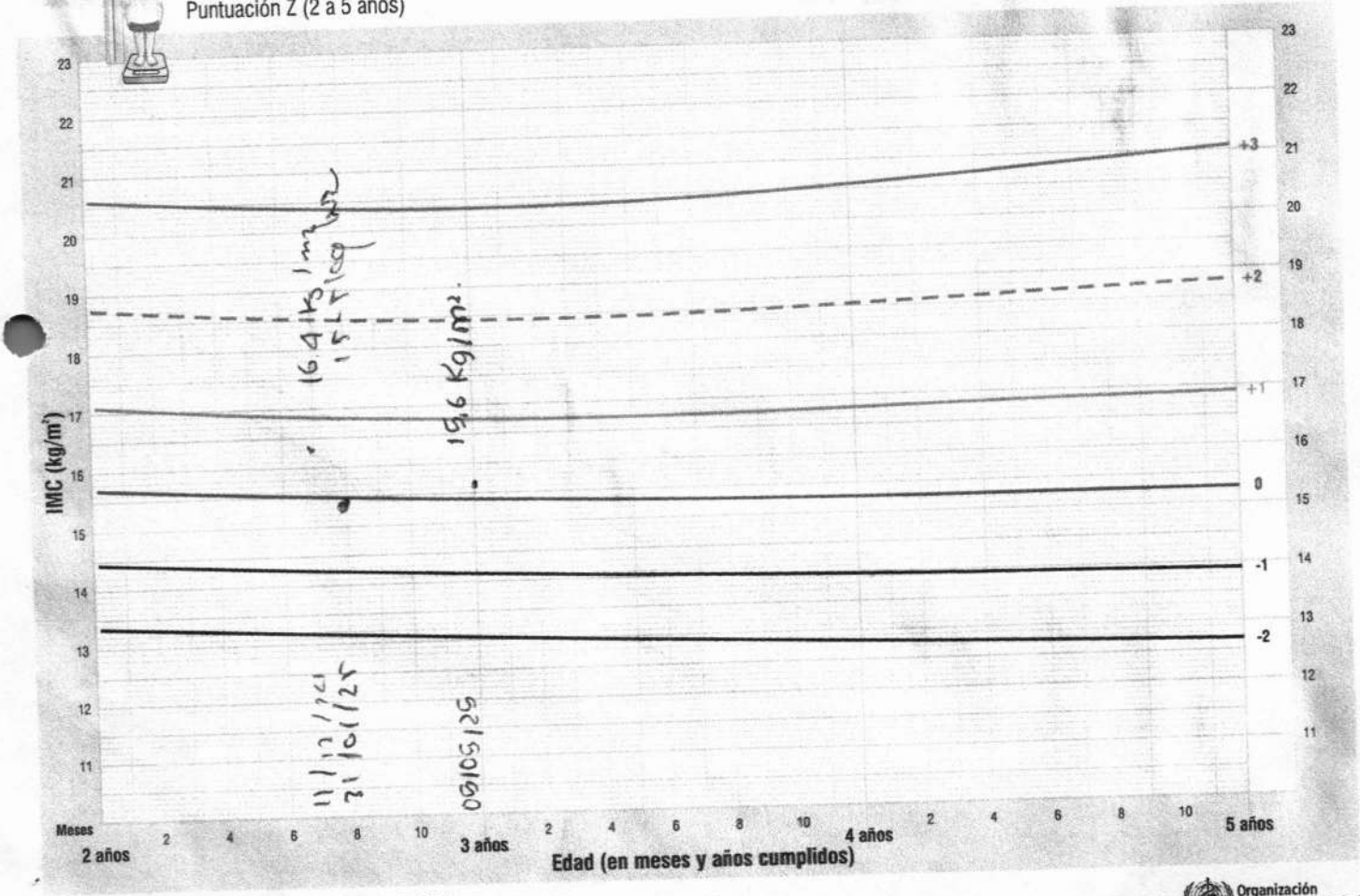
IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)

La Salud es de todos | Minsalud

Instituto Nacional de Salud

Bienestar Familiar



Resolución MINSALUD 2465 del 14 de Junio de 2016
Publicada en el diario oficial número 499926 el 06/07/2016.

Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Organización Mundial de la Salud

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				
	Cardipopatía 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

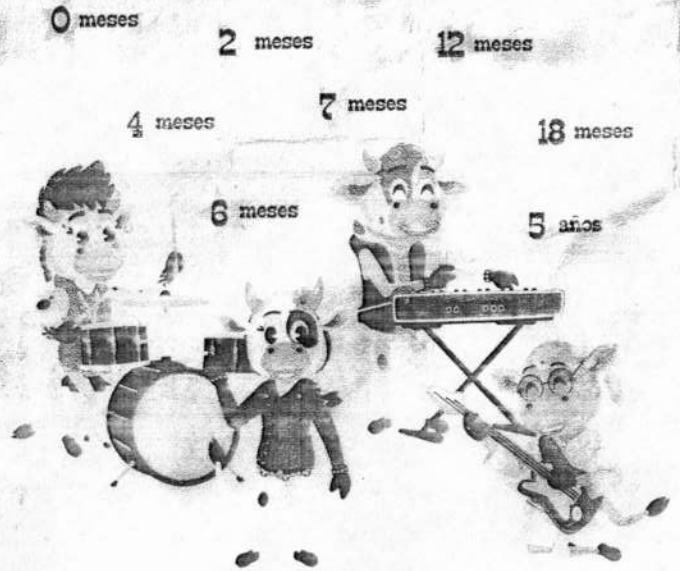
3 años						
4 años						
5 años						

*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: ARIANA CELESTE. Narvaes Juanillo

Fecha de nacimiento: 03-mayo-22

Nº de certificado de nacido vivo: 1718 65908

Registro civil: 1182713668

Sexo: femenino

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: 3205 Talla: 50 Sem: 396

Dirección: B/ Libertad

Teléfono 1: 3105042197

Teléfono 2:

Responsable: Maria Isabel Juanillo lopez

Municipio de residencia: San miguel

Departamento: Putumayo

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Nombres y Apellidos: **Tipo identificación:** **No. ID:**

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicacion Dia	Mes	Año	Laboratorio	Numero de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Dia	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién nacido	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐											
	Tuberculosis meníngea (BCG)	Única	04	may	22	Serum II	0074MA098	ESE Hospital local				Javier Ramirez
	Hepatitis B	Recién nacido	04	may	22	Serum II	0320x017D	ESE Hospital local				Javier Ramirez.
2 meses	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	1.ª	08	07	22	Serum	211S006					Karen A
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	08	07	22	Serum	285040380	Hospital Frontera 20 la Dorada.				Karen A
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª	08	07	22	Serum	285040380					Karen A
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	1.ª	08	07	2022	Serum	285040380					Karen A
	Diarrea por rotavirus	1.ª	08	07	2022	GSK	ARO1C892A					Karen A
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	08	07	2022	GSK	FR4897					Karen A.
4 meses	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	2.ª	15	09	2022	Serum	2115004					Karen A
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	15	09	2022	Serum	285040380	Hospital Frontera 20 la Dorada				Karen A
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª	15	09	2022	Serum	285040380					Karen A
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	2.ª	15	09	2022	Serum	285040380					Karen A.
	Diarrea por rotavirus	2.ª	15	09	2022	GSK	ARO1C892Af					Karen A
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	15	09	2022	GSK	ASPNB338KA.					Karen A
6 meses	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	3.ª	19	11	2022	Serum	21Q012B	Hospital Frontera 20 la Dorada.	cita.			Karen A
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	19	11	2022	Serum	285040380					Karen A
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª	19	11	2022	Serum	285040380					Karen A
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	3.ª	19	11	2022	Serum	285040380					Karen A.
	Influenza estacional	1.ª	29	11	2023	Green	VS0523801					
7 meses	Influenza estacional		05	06	24	Butantan	24009389-00	HFLD	cita. Al mayo/23			Jennifer C.
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	12	05	2023	Serum	013N0718A	Hospital Frontera 20 la Dorada.				Karen A
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	12	05	2023	Pfizer	FR4897					Karen A
	Varicela	2.ª	12	05	2023	Merck	W031657					Karen A
	Hepatitis A	Única	12	05	2023	Serum	W0048B02					Karen A
	Influenza estacional	Anual										
18 meses	Poliomielitis (VIP ☒ VOPb ☐)	1.º refuerzo	21	11	23	Serum	2234001	HFLD	12-Nov-23			Kerly J.
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.º refuerzo	21	11	23	Serum	2851403 3C	HFLD				Kerly J.
	Fiebre amarilla	Única	12	05	23		23 1V7 C0032	HFLD	cita: 05-Julio 2024.			Karen.
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª	21	11	23	Serum.	013N0488	HFLD				Kerly J.
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.ª										
		2.ª										
		3.ª										
Vacunas complementarias y otras dosis	influenza	2d	27	07	24	Butantan	24009479/00	HFLD				EduardiB

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir las niñas y los niño 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.

NO SE APLICA
VACUNA DE INFLUENZA
POR LINEAMIENTO
VA DESDE 6 MESES HASTA
1 AÑO 11 MESES 29 días

VACUNACIÓN PAI.

20
21v

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

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 26 MES 03 AÑO 2025 HORA: 3:52 PM.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Ariana Celeste APELLIDOS Narvaez Juanillo

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1.182.713.668

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 03 MES: 05 AÑO: 2022 / EDAD: 2 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Nueva EPS Tel: 3105042197

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) No disponibilidad del biologico.

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

INFORMACIÓN ESPECIFICA PARA GESTANTES

La vacuna tiene aprobado el uso en mujeres gestantes desde la semana doce (12) y durante los 40 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.

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: Firma

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

Nombres María Isabel Apellidos Juanillo lopez

Tipo de Identificación: CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1.122.341.105

Firma: Firma

En caso de requerirse firma a ruego:

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

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

_____ 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: Jeniffer Yulieth Cabezas Meneses

Firma Jeniffer Cabezas Tipo de Identificación: CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1.126.446.069

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFCD

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Putumayo MUNICIPIO: San Miguel.

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

CONTROL DE CITAS

Este carné es un documento de identificación como usuario de los servicios del Hospital; tratelo con cuidado y no lo pierda pues su duplicado tiene un valor de $2.000

Debe ser puntual en el cumplimiento de su cita de Higiene Oral. Si no se presenta en la hora fijada perderá su turno y tendrá que sacar una nueva cita.

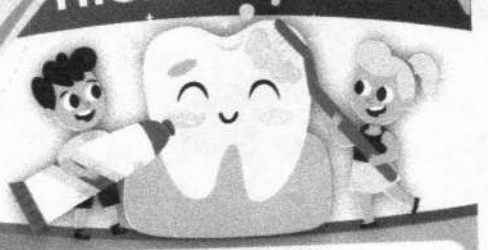
De la asistencia a su cita depende del éxito del tratamiento.

Si por atender a un usuario de cuidado urgente, usted sufre alguna demora en ser atendido, rogamos nos excuse.

Calidad y oportunidad en los servicios

E.S.E.
Hospital
Sagrado Corazón de Jesús

HIGIENE ORAL



NOMBRES Y APELLIDOS
Ariadne Celeste Narvaez

IDENTIFICACIÓN: 1182713668 | Nº. HISTORIA CLÍNICA: Nueva EPS

DOMICILIO
Bl Libertad

¡Una buena higiene oral para una salud total!

CP	F	S	D	PRÓXIMA CITA	PRÓXIMA CITA
✓	✓			15 mayo 2025	15 Nov 2025
✓	✓			18 Nov 25	18 mayo 2026
				Adriana Chaves Higienista Oral 1110896	

Adriana Chaves
Higienista Oral
1110896

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 Ariana Celeste Navarez Tanillo., identificado (a) con documento de identidad número 1182713668 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, Jorge Luis Navarez Alemiq, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1126449.680 de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	✓	Audios	✓	Videos	✓	Otros datos personales	

La autorización comprende:

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

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

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

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

Suscriben:

Firma: [signature]
Nombre: - Jorge Luis Navarez Alemiq
Calidad - Titular: ____ Representante legal: ____
Teléfono de contacto: 3105042197 - 3143E5210
Fecha: 28-10-2025
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.

CLASIFICADA

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

Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Andrea Montenegro
Agente educativa

Huella del niño/niña

EMPRESA DE ENERGIA 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 11465-1	Pago oportuno hasta:	06/03/2025	Mes Facturado	
Factura Nro	2037006203	Suspensión a partir de:	07/03/2025	FEBRERO 2025	

1.Información Genera

Nombre:	ALBA LIDIA LOPEZ DELGADO										Último pago	$ 119,040
Dirección:	9 DE ABRIL										Tuve servicio de energía entre:	17-ENE-2025 - 18-FEB-2025 (32)
Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Área	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Código Tarifa	División Geopolítica	
SM1	S103	160	1	RESIDENCIAL	URBANA	1	.6	AEREA	EMPRESA	105	SAN MIGUEL - 9 DE ABRIL	

Tipo de Documento	Fecha y hora de Emisión	Fecha y hora de Generación	Medio de Pago	Forma de Pago	Factura Electrónica de Venta	0
FACTURA DE VENTA	25/02/25	25-FEB-25	PAGO EN EFECTIVO	CONTADO	EEBP - 121674	

2.Información Consumo Energía

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

2A.Información Medidor

Marca	Serial	Factor Multiplo
CHI	6677484330	1

2B.Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	36488	36269
Reactiva:		

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

2C.Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	219	
Consumo Reactiva KVarh:	0	
Costo del consumo $	219372.28	
Tarifa (hasta 173 Kwh):	402.78	
Subsidio: % 59.79	$	-103620.16
Contribución: % 0	$	0
Sub Total $	115752.12	

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

2D.Consumo Últimos 6 Meses

	Mes	Activa	Reactiva
2024	AGOSTO	172	0
2024	SEPTIEMBRE	197	0
2024	OCTUBRE	215	0
2024	NOVIEMBRE	224	0
2024	DICIEMBRE	211	0
2025	ENERO	222	0
	PROMEDIO	207	0

2E.Información Calidad del Servicio

Tel. O.R EEBP: 01 8000 942415
Transformador: SLD114 Grupo: 22
DIUG: 30.24 FIUG: 19 Circuito: C14
Cargo D: 257.1933 Dscto %t:20
CEC: 222.39
DIU: 106.25 FIU: 101
HC: 0 VC: 2
Valor a Compensar: 11439.25

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	219,372.28	.00	.00	219,372.28
SUBSIDIO	-103,620.16	.00	.00	-103,620.16
AJUSTE A SUBSIDIO	3,700.26	.00	.00	3,700.26
COMPENSACION RES.CREG_015/2018	-11,439.25	.00	.00	-11,439.25
AJUSTE A LA DECENA	1.87	.00	.00	1.87

5.Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP

108,015

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	14.935	0	14,935

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
108,015	14,935	6,000	0	$ 128,950

CUFE: 9020d0247c5fa229b829bc811b1d8e4b2a632a678d02eb2ba2d55e8a15756fbd25dfd432225dd0f3bd45a99ed4deaaa

(415)7709998005532(8020)100020370062034 4(3900)0000128950(96)20250321

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

www.eebpsa.com.co @eebpsaesp /eebpsa

Powered by CamScanner