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: 14 | 10 | 2025

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Tipo de participante: (x) Niño/a entre 0 y menor de 5 años ( ) Persona Gestante

Tipo de vinculación: (x) Participante de nuevo ingreso ( ) Participante de continuidad

Unidad de Servicio sugerida:

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

Número de documento: 1122343884

Fecha nacimiento: 03 | 12 | 2021

Nombres: LIAM MATHEO

Apellidos: ROSERO CARRASQUEL

Presenta discapacidad? ( ) Si (x) 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 (x) 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: AGUA BLANCA

Vereda:

Sector:

Dirección: A UNOS POCOS METROS DE LA CASETA COMUNAL.

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

Parentesco: (x) 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:

Nombres: MARIA DEL CARMEL

Apellidos: CARRASQUEL

País de nacimiento: VENEZUELA

Fecha nacimiento: 30 | 05 | 2000.

Correo electrónico: Maric Carrasquel52@gmail.com

Número de celular: 3209328859.

Número de fijo:

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

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

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

Nombre y Firma del profesional que diligencia:

Observaciones:

Fundación
Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:

LIAM MATHEO ROSERO CARRASQUEL

N° DOCUMENTO: 1122343884 **TIPO DOCUMENTO:** RC X. CC___ OTRO ___

FECHA DE NACIMIENTO: 3-DIC-2021 **EDAD:** 3 A - 10 M

LUGAR DE NACIMIENTO: PUERTO ASIS - PUTUMAYO

NOMBRE DE LA UDS: CDI FRONTERAS DE PAZ.

CODIGO UDS: _____ **BARRIO/VEREDA:** 7 DE AGOSTO

FECHA DE INGRESO: 14-10-2025 **FECHA DE RETIRO:** _____

SISBEN: B1 (P.M) **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: MARIA DEL CARMEN CARRASQUEL

N° CÉDULA: 6101961 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** BOGOTA D.C

NOMBRE DEL PADRE: CESAR JHOBANNY ROSERO MADROÑERO

N° CÉDULA: 1122340730 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** SAN MIGUEL

N° DE CELULAR: _____

NOMBRE DEL ACUDIENTE: _____

N° CÉDULA: _____ **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** _____

DIRECCIÓN VIVIENDA: _____ **ZONA POBLACIONAL: (R)**___ **(U)** X.

NUMERO DE CELULAR _____

• Maria Carrasquel — **FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE**

Tatiana P. Lluana Totistar — **NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO**

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: N 1573528

NUIP 1.122.343.884

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
ROSERO CARRASQUEL LIAM MATHEO

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)			Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año 2021	Mes DIC	Día 03	MASCULINO	A +

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA PUTUMAYO PUERTO ASIS

Fecha de Inscripción (Mes en letras)		Indicativo serial
Año 2022	Mes ENE Día 03	0061322406

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
CARRASQUEL TESARA MARIA DEL CARMEN

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
DOCUMENTO EXTRANJERO 28174030	VENEZUELA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
ROSERO MADROÑERO CESAR JHOBANNY

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.122.340.730	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
ROSERO MADROÑERO CESAR JHOBANNY

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.122.340.730

Espacio para notas

VALIDO PARA TRAMITES LEGALES Y CIVILES

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio
COLOMBIA PUTUMAYO SAN MIGUEL(LA DORADA) | Código X 6 Z

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)
Año 2022 Mes ENE Día 03

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
Adhesivo Copia Registro Civil
29831197-6

Nombre y firma del funcionario

ROY EDISON CALLE QUIRAMA

Registrador del Estado Civil

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.122.340.730**
ROSERO MADROÑERO

APELLIDOS
CESAR JHOBANNY

NOMBRES

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **18-MAY-1994**
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

31-MAY-2012 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-6401800-01084626-M-1122340730-20190717 **0066**477078A 1 9909215429

REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

No. 6101961

COL

CARRASQUEL TESARA
APELLIDOS

MARIA DEL CARMEN
NOMBRES

VEN
NACIONALIDAD

F
SEXO

28174030
DNI Nro.

19-08-2000
FECHA DE NACIMIENTO

19-10-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO



VISIBLES

María Carrasquel

FIRMA

E1916300



INDICE DERECHO

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

Juan Francisco Espinosa Palacios
Director General de Migracion Colombia

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

IPCOL6101961<<2<<<<<<<<<<<<<<<
0008198F3105308VENE1916300<<<0
CARRASQUEL<TESARA<<MARIA<DEL<C

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: **04/12/2025**

Ficha: **86757674952700005719**

B1

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: **LIAM MATHEO**

Apellidos: **ROSERO CARRASQUEL**

Tipo de documento: **Registro civil**

Número de documento: **1122343884**

Municipio: **San Miguel**

Departamento: **Putumayo**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **06/07/2023**

Última actualización ciudadano: **06/07/2023**

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: **MARIA ZORAYDA LINARES MONTERO**

Dirección: **Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libertad**

Teléfono: **4210537 - 3213138790**

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

ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1122343884
NOMBRES	LIAM MATHEO
APELLIDOS	ROSERO CARRASQUEL
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	03/12/2021	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	12/04/2025 15:48:18	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 se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA ...Sanos



E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

Nombres: LIAM MATEO	Apellidos: ROSERO CARRASQUEL
Fecha de nacimiento: 03 (DÍA) | 12 (MES) | 2021 (AÑO)	Historia Clínica: 1122343884
Barrio/Vereda: AGUA CLARA	Responsable del niño:
Teléfono:	EPS:

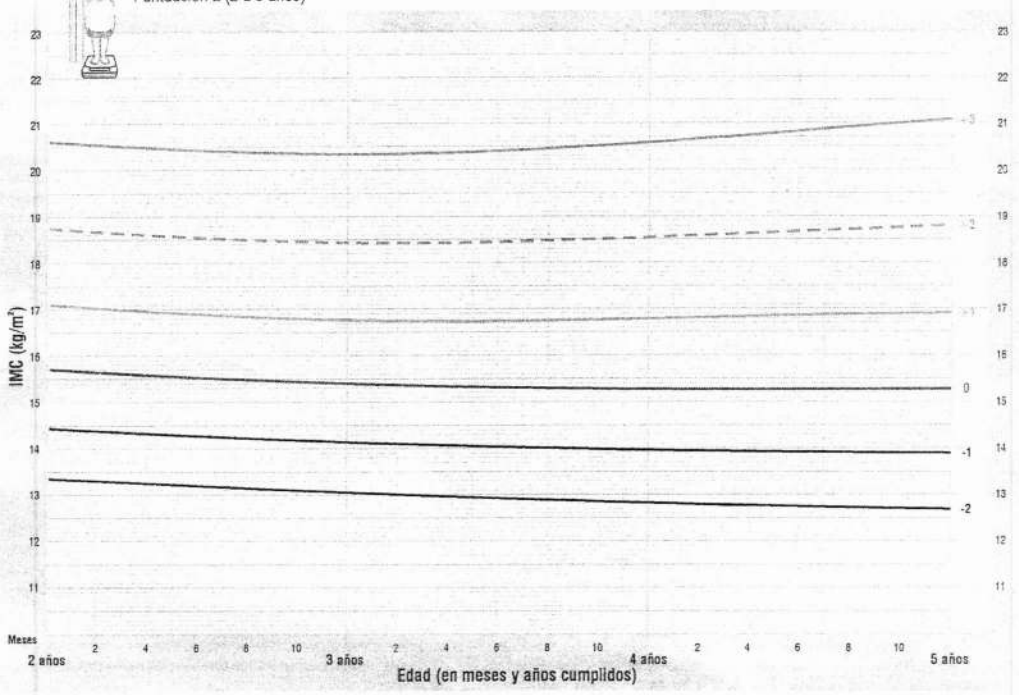
CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
07	03	2022	enfem		
14	04	2022	x ENF cantid Paso.		
12	Mayo	2022	Medico	✓ Si	
12	Octubre	2022	Medico		
05	Junio	2023.	ENF	Si	
06	DICIEMBRE 23		MEDICO	Si ✓	
03	Junio	2024	Enf	Si ✓	Rau Dm 04
03	Dic.	2024	Med.		X
15	01	2025	Med	✓	
03	12	2025	Jefe	✓ Dyonalcomeka.	
03	12	2026	Medico		

Central de Paso
20-01-2026.

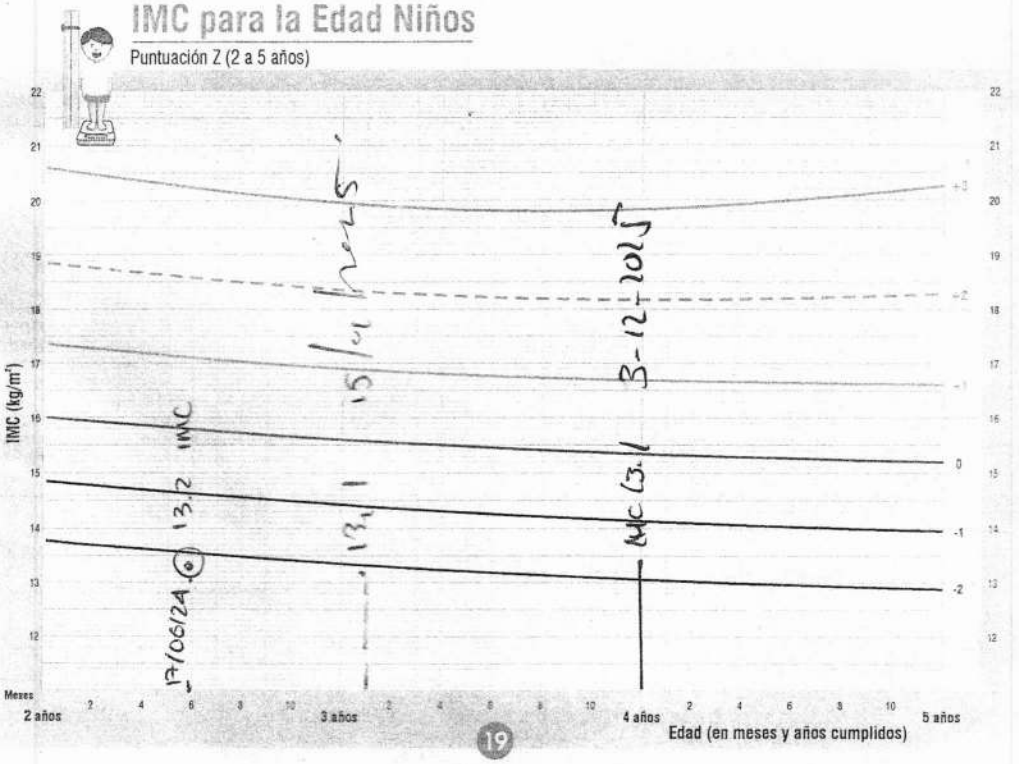
IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



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

Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

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

CARNET
RIAS

PRIMERA INFANCIA



E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA

Mi prioridad es tu salud

Nombres y Apellidos:
Liam Matheo Rosero

Doc. de Identidad:
1122343884

EPS:

Teléfono:
320 932 8859

Domicilio:

PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS			FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) ó AÑOS (A)												
			5 DÍAS	1 M	2-3 M	4-5 M	6-8 M	9-11M	12-17M	18-23M	24-29M	30-35M	3 A	4 A	5 A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico													
		Atención en salud por medicina general													
		Atención en salud por enfermería													
		Atención en salud por Odontología													
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor											16-ENERO-2025		
		Profilaxis y remoción de placa											16 JULIO - 2025		
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)											21-08-2025		
	V	Vacunación													

ADRIAN ALONSO NARVAEZ DELGADO
CC. 1085337737
T.P. 031034
DOCTO. ANT. DE MAXILARES - ORTODONCIA - ESP

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

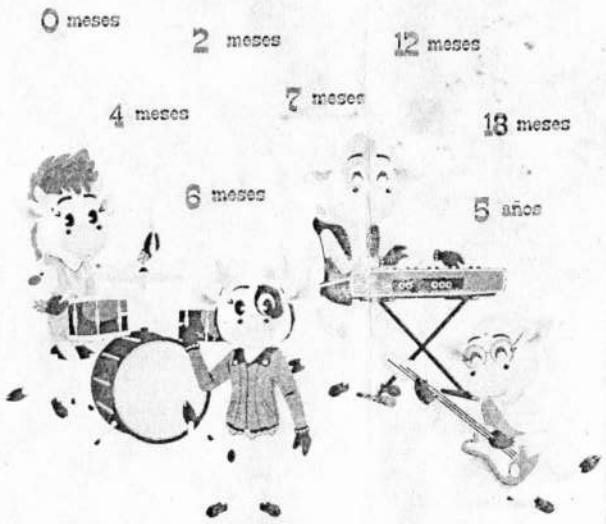
3 años					
4 años					
5 años					

*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: Theo Rosero Carrasqu
Fecha de nacimiento: 3/12/2021
No. de certificado: 1694437
Regis
Sexo:
Grupo
Peso: 06.0 Talla: 54 38
Dire . v Aqua clara
ano 1:
Teléfono 2:
Responsable: Maria del Carmen.
Municipio de residencia: Dorada Tesarg
Departamento: Putumayo
CC 2917403

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Nombres y Apellidos: Tipo identificación: No. ID:

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
Recién nacido	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	3	12	2021	Serum	037061100	H. local Pto Asis.				Javier R.
	Hepatitis B	Recién nacido	3	12	2021	Serum	03201x017A	H. local. Pto Asis				Javier R.
			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						cita			
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1.ª	14	02	22	Biologica.	2105001.	HFLP	8	2	2022	Sadyn
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	14	02	22		2850x003SA	HFLD				Sadyn
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª	14	02	22	Serum.	1111111111	HFLD				Sadyn
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	1.ª	14	02	22			HFLD				Sadyn
	Diarrea por rotavirus	1.ª	14	02	22	GSK	ARO1C858AC.	HFLD				Sadyn
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	14.	02	22	GSK.	ASPNB315BA.	HFLD				Sadyn
			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2.ª	20	04	22		2105001		cita 14			
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	20	04	22	Serum	2850x035A		abril			
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª	20	04	22		1111111111	HFLD.	2022			Danirla Cassiana Tec. Aux en Enfermeria CC. No 1007728227
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	2.ª	20	04	22							
	Diarrea por rotavirus	2.ª	20	04	22	GSK	ARO1C858A					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª		04	2	GSK.	ASPNB315B					
			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3.ª		06	22	Biologica	2105006		cita. 20			
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	6	06	22		2850x035A	HFLD	junio 2022			
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª	24	06	22	Serum	2850x035A					Sadyn
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	3.ª	24	06	22		2850x035A					
	Influenza estacional	1.ª	24	06	22	Green	UTU2221UU8	HFLD				
7 meses	Influenza estacional	2.ª	01	08	22	Green	UTU2221UU8	HFLD				Sadyn
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	27	12	22	Serum.	0130N13BA	HFLD	CITA:			
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	27	12	22	MSK	ASPNB342AA	HFLD	03- Diciembre 2022			Sadyn
	Varicela	2.ª	27	12	22	merk.	WOCSIISI	HFLD				
	Hepatitis A	Única	27	12	22	MSP	W0028408	HFLD				Karen A.
	Influenza estacional	Anual	27	06	23	Serum	VSOD2300A	HFLD.				Karen A.
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.º refuerzo	27	06	23	Biologicals	2202916	HFLD				
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.º refuerzo	27	06	23	Serum	2285180C					Karen A.
	Fiebre amarilla	Única	27	12	22	Sanofi	U3E37	HFLD.	CITA: 24- ENero 2023			Sadyn
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.º	24	06	23	Serum	0131NO71A	HFLD	SR + Varicela			Karena
	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	SR	R+	2002	25	Scum	0122W017		HFL				pala

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.

Cita 24 - junio - 2023

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 10 MES 10 AÑO 2025 HORA: 2.30 p.m.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Liam Matheo APELLIDOS Rosero carrasquel

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1.122.343.884.

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 03 MES: 12 AÑO: 2021 / EDAD: 3 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Emssanar Tel: 3209328859

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

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

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

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

Miedo a la reacción

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

EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD

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

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

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

Firma de la persona: x Maria Carrasquel

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

Nombres Maria del Carmen Apellidos Carrasquel Tesara

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 28174.030

Firma: x Maria Carrasquel

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 _____

Firma del Rogado

Huella dactilar o plantar del Rogante

C.C. N° _____

C.C. N° _____

Nombres y apellidos del vacunador: Maria Isabel Arias Eraso Cc.1004695938

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

Maria Isabel Arias Eraso Cc.1004695938

Maria Isabel Arias Eraso Cc.1004695938

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.

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

FORMATO PARA EL SEGUIMIENTO NUTRICIONAL MENSUAL
DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO INSTITUCIONAL – CONTRATO 86001912025 – SAN MIGUEL

NOMBRE DE LA UDS: Pie Jardin 1

NOMBRES Y APELLIDOS	PESO	TALLA	PERIMETRO BRAQUIAL	CLASIFICACION NUTRICIONAL	FECHA	REMITIDO SI/NO	OBSERVACIONES	FIRMA DEL RESPONSABLE
Liam Matheo Rosero Carrasquel	13,5	101,2	14,2	Riesgo de Desnutricion Aguda	15/10/25		Sin Signos clinicos de Desnutricion	Daniela Vera
Liam Matheo Rosero Carrasquel	13,9	102	14,3	Riesgo de desnutricion Aguda	29/10/25		Sin signos clinicos de desnutricion	
Liam Matheo Rosero Carrasquel	13,8	102,9	14,2	Riesgo de desnutricion Aguda	12/11/25		Sin signos clinicos de desnutricion	
Liam Matheo Rosero	13,9	103	14	Riesgo de desnutricion Aguda	25/11/25		Sin signos clinicos de desnutricion	
Liam Matheo Rosero	13,8	103,1	14,2	Riesgo de desnutricion Aguda	9/12/25		Sin signos clinicos de desnutricion	

FIRMA DEL PROFESIONAL RESPONSABLE: _____

321 48 93 186
321 77 48 798
almadevida@outlook.com

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

Autorización – Uso de la imagen de menor de edad:
Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad LIAM MATHEO. ROSERO CARRASQUEL., identificado (a) con documento de identidad número 1122.343884, 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, MARIA DEL CARMEN CARRASQUEL., quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 610 1961, 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 AIMA 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 CDI FRONTERAS DE PAZ

Suscriben:

Firma: .Maria Carrasquel
Nombre: . Maria
Calidad - Titular: X. Representante legal: _____
Teléfono de contacto: _____
Fecha: 14-10-2025
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.

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 37153	Pago oportuno hasta:	INMEDIATA	Mes Facturado
Factura Nro.	265/00[illegible]	Suspensión a partir de:	INMEDIATA	ABRIL 2025

1. Información General

Nombre:	ALFONSO CAMILO QUINTERO LEGAS	19 MAR 2025	Último pago $
Dirección:	VDA AGUA BLANCA	Tuvo servicio de energía entre:	07 MAR 2025 - 04 ABR 2025 (28)

Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Área	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Tarifa	División Geopolítica
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	RESIDENCIAL	RURAL	[illegible]	[illegible]	AEREA	EMPRESA	105	SAN MIGUEL - VEREDA AGUA BLANCA

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	[illegible]	[illegible]	PAGO EFECTIVO	CONTADO	EEBP 225556

2. Información Consumo Energía

Componentes del Costo (CU)*: Generación 554.71 + Transmisión 56.28 + Distribución 296.83 + Comercialización 128.18 + Pérdidas 77.30 + Restricción [illegible] = CU 1.1[illegible] ($/KwH)

2A. Información Medidor

Marca	Serial	Factor Múltiplo
[illegible]	[illegible]	

2B. Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa	[illegible]	[illegible]
Reactiva	[illegible]	[illegible]

Tipo Lectura: [illegible]
Obs. Lectura: [illegible]

2C. Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	0
Consumo Reactiva KVarh:	13966
Costo del consumo $	442.9
Tarifa (hasta 173 Kwh):	7959.6
Subsidio: % $	0
Contribución: % $	5306.4
Sub Total $	

Meses en deuda: 2 % Tasa Interés Moratorio: 5

2D. Consumo Ultimos 6 Meses

Mes	Consumo
2025/Mar	12
2025/Feb	15
2025/Ene	31
2024/Dic	14
2024/Nov	14
2024/Oct	12

Promedio: [illegible]

2E. Información Calidad del Servicio

[illegible] Transformador SAIDI/7 [illegible]
DIAS SIN SE [illegible]
Cargo D [illegible]
CLC 12.42
DIU [illegible]
IC 12.30 [illegible]
Valor Cargo [illegible]

3. Información de Créditos EEBP

Tipo de Plan	Capital Crédito	No. Cuotas	Saldo Capital	Cuotas Pagadas	Cuotas por Facturar
[illegible]	3951				

Gerente General

4. Detalle Conceptos del Servicio de Energía

Conceptos EEBP	Valor Liquidado	Saldo Anterior	Saldo a Favor o Anticipado	TOTAL
ACTIVA GENERICA MONOMIA	13,9[illegible]	4[illegible]	[illegible]	[illegible]
SUBSIDIO	7,9[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
AJUSTE A SUBSIDIO	3[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
RECARGO POR MORA	2[illegible]	0	[illegible]	[illegible]
AJUSTE A LA DECENA	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

ORDEN DE SUSPENSION

5. Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP

10.212

6. Información Facturación Convenio Impuesto Alumbrado Público

Sujeto Activo	Operador A.P.	Convenio No.	Dirección PQR	Valor Periodo	Saldo Ant.	Valor Total
ALUMBRADO SAN MIGUEL	MUNICIPIO SAN MIGUEL	ACUERDO 008 31/08/2023	CALLE 7 Esquina	[illegible]	[illegible]	2.958

7. Información Facturación Convenio Aseo y Alcantarillado

Concepto	Empresa	Dirección PQR	USO	Valor Tarifa	Subsidio o Factor Solidario	Cargo Consumo o Variable	Valor Tasa Ambiental	Saldo Anterior	Ajustes/Otros	Valor Total
Alcantarillado				0	0	0	0	0		0
Aseo*	Alcaldia San Miguel CALLE 7 esq 18 La Dorada			6.000	0	0	0	6.000		12.000

*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
[illegible]					0
					0
					0

Total EEBP	+ Total Impuesto Alumbrado público	+ Total Aseo y/o Alcantarillado	+ Total Otros Convenios	= Debo pagar en Total
10.212	2.958	[illegible]	0	25.170

CUFE: [illegible]

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

www.eebpsa.com.co @eebpsaesp /eebpsa

[illegible] Resolución de facturación electrónica DIAN No. [illegible]
[illegible] desde No. [illegible]
[illegible] Rango No. [illegible]

Esta factura presta mérito ejecutivo de acuerdo a las Normas del Derecho Civil y Comercial Ley 142 Art. 130

Proveedor Tecnológico: dispapeles S.A.S. NIT: 860028581-4 Software: [illegible]

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: MATEO DOSCRO UNIDAD DE ATENCIÓN: PREJARDIN 1 AGENTE EDUCATIVO: Gladys Tobar

MUNICIPIO: SAN MIGUEL FECHA DE INGRESO: 01-10-2025.

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)
7-11-25	A LAS 8:07 AM LA MADRE DE FAMILIA ENVIA MENSAJE ESCRITO A LA DOCENTE. DANDO A CONOCER QUE EL NIÑO NO ASISTIRA AL CDI YA QUE AMANECIO CON TOS, POR LO TANTO EL DIA DE HOY PREFIERE CUIDAR EN CASA.	X LA DOCENTE RECOMIENDA LLEVAR AL MEDICO. SI LA TOS ES MAS FUERTE NO AUTOMEDICAR, SI NO LLEVAR AL MEDICO PARA VALORACION.		Marta Consuelo.

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
16-11-23	EL DIA DE HOY EL NIÑO ASISTE PUNTUAL AL CDI, NO PRESENTA SINTOMAS DE GRIPE, NI MALESTAR, TAM-BIEN SE EVIDENCIA BUEN ESTADO EMOCIONAL.

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: LIAN MATHEO ROSERO UNIDAD DE ATENCIÓN: PREJARDIN 1 AGENTE EDUCATIVO: GLADYS TOTESTAR.

MUNICIPIO: SAN MIGUEL FECHA DE INGRESO: 01-10-2025.

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)
24-10-25	A LAS 7:48 A.M. LA MADRA DE FAMILIA ENVIA MENSAJE VIA WHATSAPP. DANDO A CONOCER QUE HOY NO ASISTIRA EL NIÑO AL CDI YA QUE AMANECIO. CON MALESTAR Y UN POCO DE FIEBRE, POR LO TANTO PREFIERE CUIDAR EN CASA, PARA QUE NO SE ENFERME MÁS CON LA LLUVIA, SE HOJE AL LLEVARLO AL CDI.	* LA DOCENTE RECOMIENDA LLEVAR AL HOSPITAL PARA SER VALORADO POR EL MEDICO. SI LA FIEBRE PERSISTE. * LO ANTERIOR SERA A CONOCER A COORDINACION.		María Carrasquel

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
22-03-23	LA MADRE DE FAMILIA TRAE N NIÑO PUNTUALMENTE BUEN ESTADO EN LOS ULTIMOS DOS DIAS NO HA PRESENTADO FIEBRE, SE OBSERVA AL NIÑO SANO Y BUEN ESTADO EMOCIONAL. Tatiana P.