BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO DE INSCRIPCIÓN FÍSICA PARA LA PRE - MATRÍCULA EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA PRIME

F2.MT1.PP	30/01/2025
Versión 2	Página 2 de 2
Clasificación de la Información: Pública	



Fecha de diligenciamiento: 4 | 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: 1122343901.

Fecha nacimiento: 15 | 01 | 2022.

Nombres: Milan Yadir.

Apellidos: Sanchez.

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 ( ) Victima conflicto armado

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

Departamento residencia: PUTUMAYO

Municipio de residencia: SAN MIGUEL.

Zona: URBANA

Barrio: LOS PINOS

Vereda:

Sector:

Dirección: RESPALDO DE LA ESCUELA CENTRAL. A LADO MAMÁ DEL ALCALDE

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: 5861218

Nombres: DAIRY

Apellidos: MOLINA

Pais de nacimiento: VENEZUELA

Fecha nacimiento: 06 | 11 | 1988.

Correo electrónico:

Número de celular: 3147118763.

Número de fijo: 1

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

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

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

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:

MILAN YADIR SANCHEZ MOLINA

N° DOCUMENTO: 1122.343901 **TIPO DOCUMENTO:** RC ✓ CC ___ OTRO ___

FECHA DE NACIMIENTO: 15-01-2022. **EDAD:** 3 A - 2 M.

LUGAR DE NACIMIENTO: MOCOA - PUTUMAYO.

NOMBRE DE LA UDS: CDI FRONTERAS DE PAZ.
CODIGO UDS: 86.757112697 2. **BARRIO/VEREDA:** SIETE DE AGOSTO.
FECHA DE INGRESO: 04-04-2025. **FECHA DE RETIRO:** _____

SISBEN: A5. **EPS:** EMSSANAR. **RÉGIMEN (C)**__ **(S)** X.

DESPLAZADO: SI____ **NO** X **DISCAPACIDAD: SI**____ **NO** X. **¿CUAL?** _____

GRUPO ETNICO: SI____ **NO** X. **¿CUAL?** _____

GRUPO AFROCOLOMBIANO: SI____ **NO** X. **¿CUAL?** _____

NOMBRE DE LA MADRE: DAYRI MOLINA MARQUEZ.

N° CÉDULA: 58612.18. **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** BOGOTA D.C.

NOMBRE DEL PADRE: JULIO CESAR. SANCHEZ.

N° CÉDULA: 7.711196. **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** NEIVA.

N° DE CELULAR: 3147118763.

NOMBRE DEL ACUDIENTE: _____

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

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

NUMERO DE CELULAR _____

FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

LILIANA TUTISTAR.
NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

61322426

NUIP	1.122.343.901

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 61322426

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria	Notaria	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
X						X 6 Z

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
REGISTRADURIA DE SAN MIGUEL(LA DORADA) - COLOMBIA - PUTUMAYO - SAN M

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
SANCHEZ	MOLINA

Nombre(s)
MILAN YADIR

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes ENE Día 15	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	169596703

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
MOLINA MARQUEZ DAYRI JACKELYN

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
DE 19900620	VENEZUELA

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
SANCHEZ CARVAJAL JULIO CESAR

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 7.711.196	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
SANCHEZ CARVAJAL JULIO CESAR

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 7.711.196	

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 ENE Día 20	ROY EDISON CALLE QUIRAMA - REGIST Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

dispapeles 76113

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Adhesivo Copia Registro Civil
37626977-7

ESTA REPRODUCCIÓN FOTOMECÁNICA ES FIEL COPIA DE LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURÍA

San Miguel (La Dorada) - Putumayo, 02 de diciembre de 2024
VALIDO PARA TRAMITES LEGALES Y CIVILES.

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

ROY EDISON CALLE QUIRAMA
Registrador Municipal del Estado Civil

REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

No. 5861218

COL

MOLINA MARQUEZ
APELLIDOS

DAYRI JACKELYN
NOMBRES

VEN
NACIONALIDAD

F
SEXO

959274206111988
DNI Nro.

06-11-1988
FECHA DE NACIMIENTO

29-08-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO



VISIBLES

FIRMA

E1913478

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 Migración Colombia

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

IPCOL5861218<<5<<<<<<<<<<<<<<<
8811064F3105308VENE1913478<<<3
MOLINA<MARQUEZ<<DAYRI<JACKELYN

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 7.711.196
SANCHEZ CARVAJAL

APELLIDOS
JULIO CESAR

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 14-SEP-1978
NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

04-JUL-1997 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2906400-00294747-M-0007711196-20110419 0026745838A 1 6841074179

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta:	25/03/2025
Ficha:	86757024477900000589

A5

GRUPO SISBÉN IV

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: **MILAN YADIR**

Apellidos: **SÁNCHEZ MOLINA**

Tipo de documento: **Registro civil**

Número de documento: **1122343901**

Municipio: **San Miguel**

Departamento: **Putumayo**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:	07/05/2019
Última actualización ciudadana:	27/01/2022
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

GRAN TERRITORIO DE LOS PASTOS E.P.S. INDÍGENA MALLAMAS "El Aseguramiento en salud para un buen vivir"	CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN		CÓDIGO: AS-FR-008 VERSIÓN: 02 Vigencia: 22/12/2021

COORDINACION DE AFILIACIÓN Y REGISTRO

CERTIFICA :

Que el (la) señor(a):	**SANCHEZ MOLINA MILAN YADIR**
Identificación:	**RC: 1122343901**
Municipio:	**SAN MIGUEL**
Nivel Sisben:	**1**
IPS Asignada:	**ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA - PRINCIPAL**
Estado:	**Activo**
Fecha de Afiliación:	**2022-02-14**
Regimen:	**Subsidiado**
Condición Discapacidad:	**N**
Tipo Discapacidad:	**NA**
Tipo Afiliación:	**SAT Res. 768 de 2018**
Nivel :	

Observación :

Dada el martes, 1 de julio de 2025

Cordialmente

SANDRA LILIANA PANTOJA PASCAL

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	1122343901
NOMBRES	MILAN YADIR
APELLIDOS	SANCHEZ MOLINA
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	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD MALLAMAS EPSI	SUBSIDIADO	14/02/2022	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	09/10/2025 15:31:02	**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".

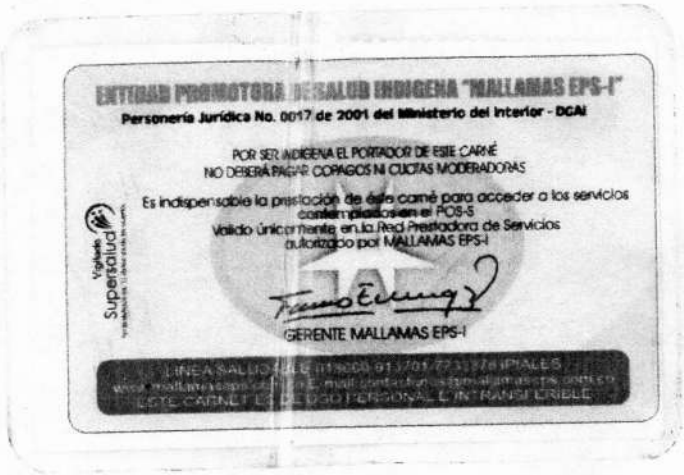
Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**,



E.P.S. INDIGENA MALLAMAS

"La oportunidad vuelve para una Comunidad con futuro"

SANCHEZ MOLINA MILAN YADIR
Nombres y Apellidos Completos
Doc. Identificación: RC 1122343901 Género: M
Fecha Nacimiento: 15/01/2022 Nivel Sisben:
Fecha Afiliación: 14/02/2022 Discapacidad: NA - N
Vigencia: INDEFINIDO | Carnet N°: 867570000496826
Dirección: BARRIO LA LIBERTAD
Ips Primaria: ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA



ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD INDIGENA "MALLAMAS EPS-I"

Personería Jurídica No. 0017 de 2001 del Ministerio del Interior - DGAI

POR SER INDIGENA EL PORTADOR DE ESTE CARNÉ
NO DEBERÁ PAGAR COPAGOS NI CUOTAS MODERADORAS

Es indispensable la presteción de éste carné para acceder a los servicios contemplados en el POS-S
Valido únicamente en la Red Prestadora de Servicios autorizado por MALLAMAS EPS-I

Vigilado Supersalud

GERENTE MALLAMAS EPS-I

LINEA SALUD [illegible] 01/01/7231[illegible] PALES

ESTE CARNET ES DE USO PERSONAL E INTRANSFERIBLE

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA ...Sanos



E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

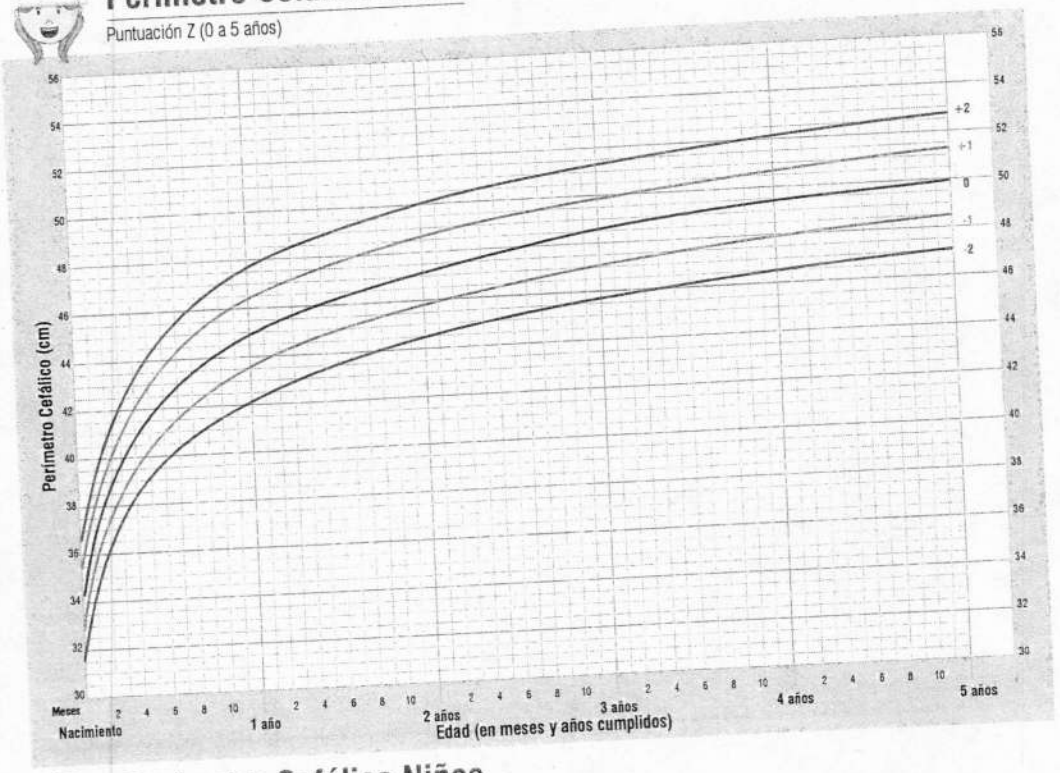
Nombres: MIAN YADIR	Apellidos: SANCHEZ MOINA
Fecha de nacimiento: 15 DÍA / 01 MES / 2022 AÑO	Historia Clínica: 1122343901
Barrio/Vereda:	Responsable del niño:
Teléfono:	EPS: 115

CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
02	04	2022	enfer.		
06	06	2022	MD.	✓	
15	07	2022	ENF.	Si	
25	10	2022		Si	
15	07	2023	Medico	(25/10/23) Si ✓	
15	Junio	2023	Medico		✓
18	Julio	2023	Enf	✓	
15	07. Enero	2024	Medico	/	X
16	01	2024	Med		
15	07	2024	Enf.	✓. RaDuCh	X
15	01	2025	Med.	/	
07	02	2025			
15	01	2026			

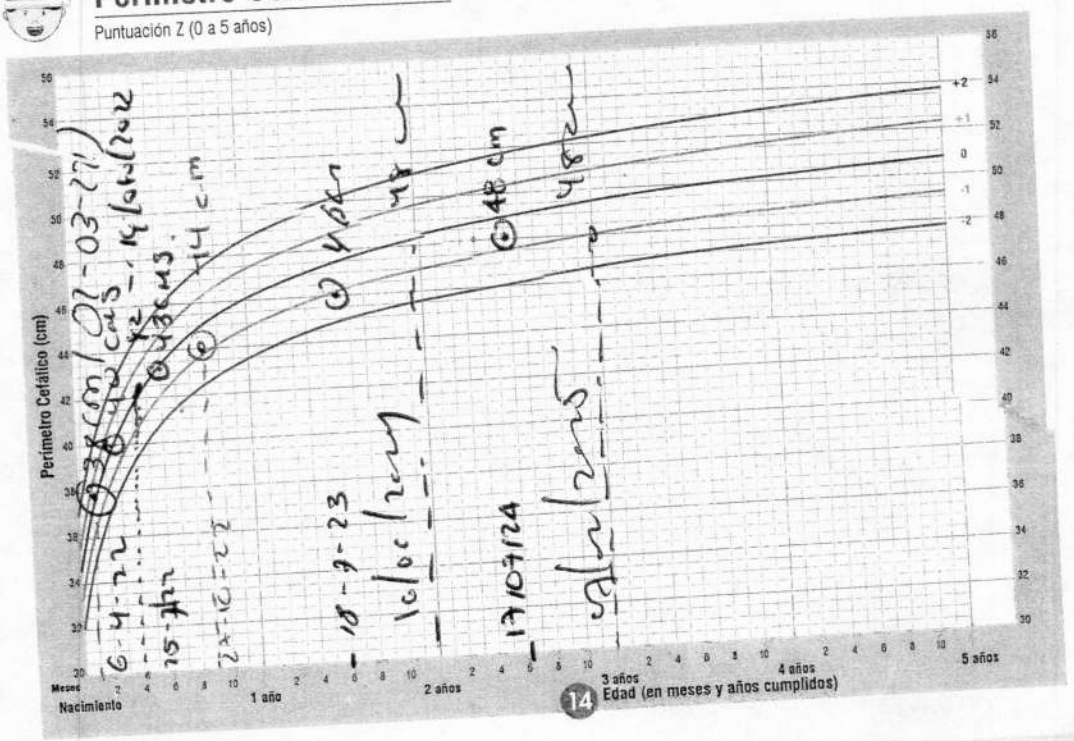
Perímetro Cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)



Perímetro Cefálico Niños

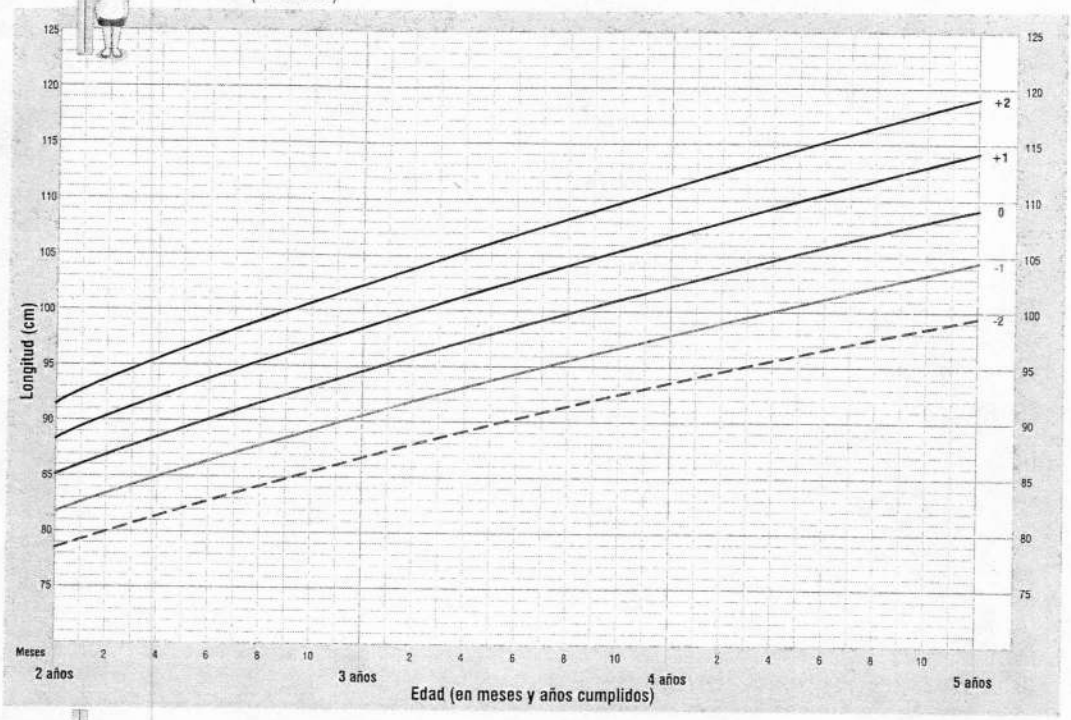
Puntuación Z (0 a 5 años)



13

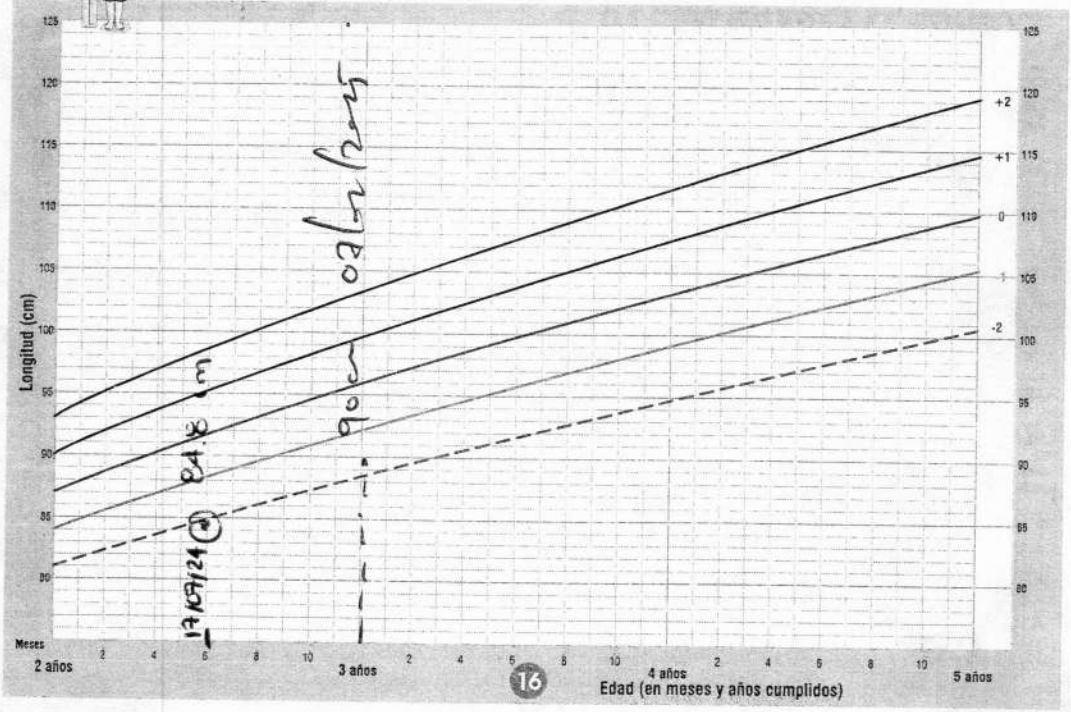
Talla para la edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



Talla para la edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)

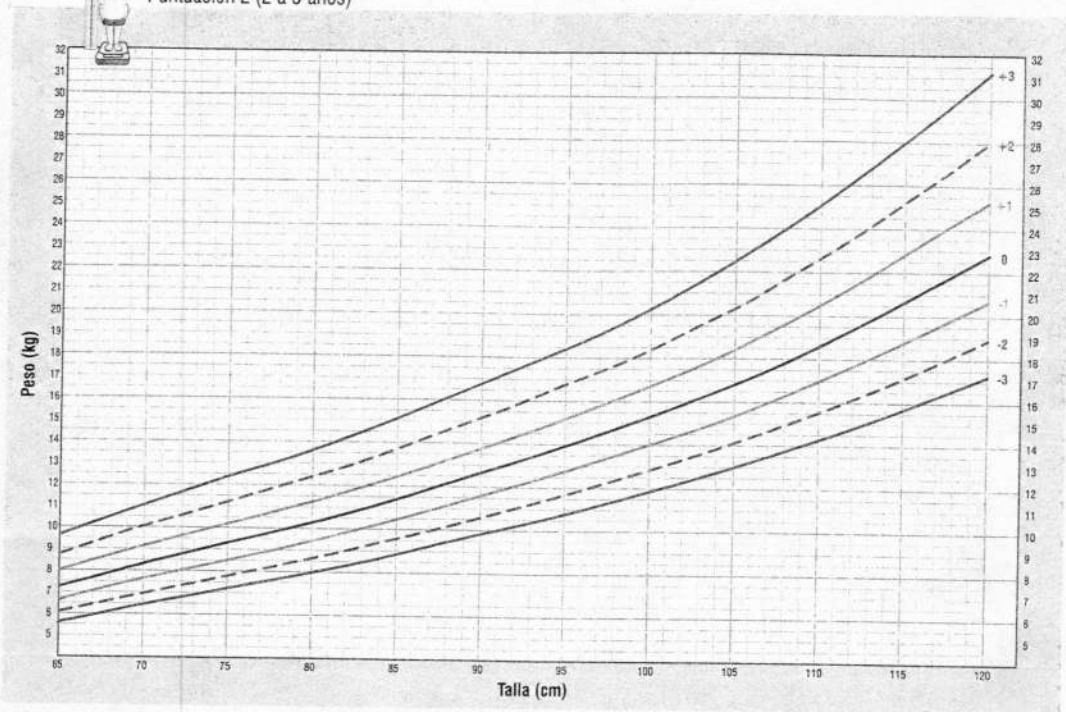


17/09/24 84.3 cm 90 cm 02 años 7 meses

14

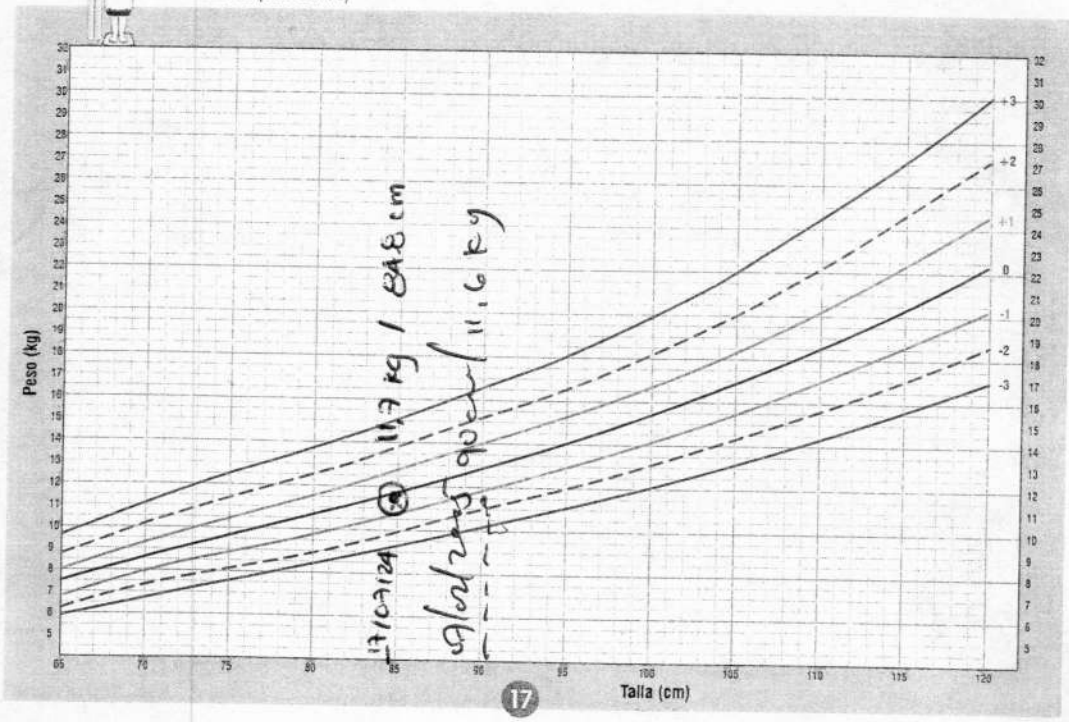
Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



Peso para la Talla Niños

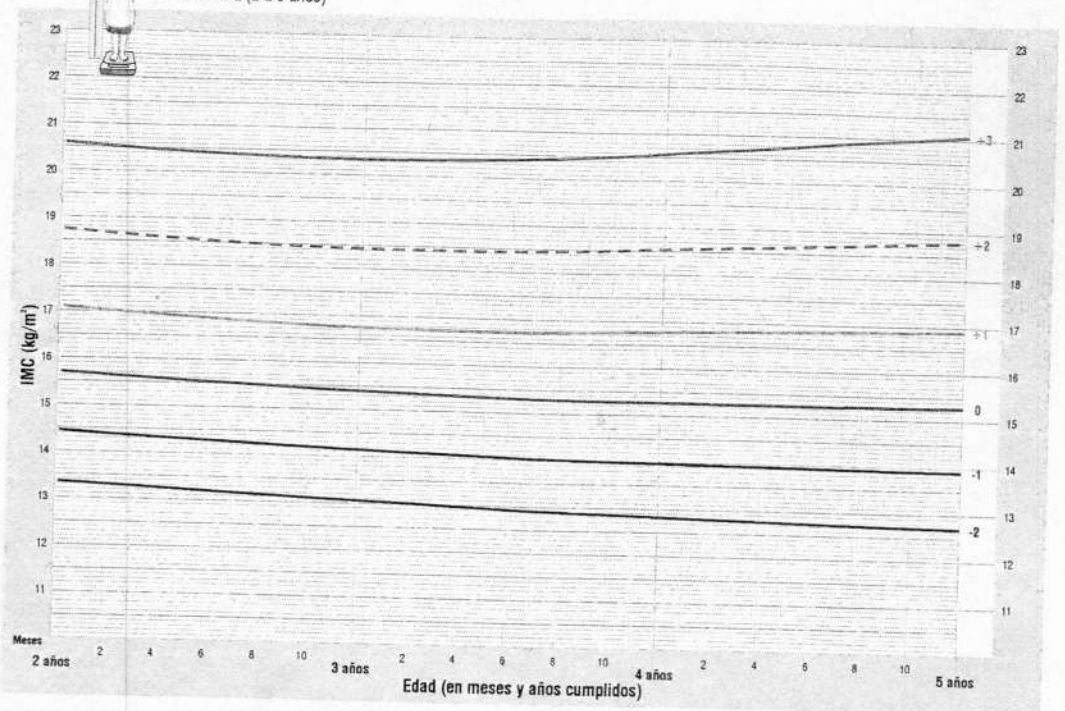
Puntuación Z (2 a 5 años)



17/07/24 (9) 11.7 kg / 84.8 cm
09/12/24 (9) 11.6 kg

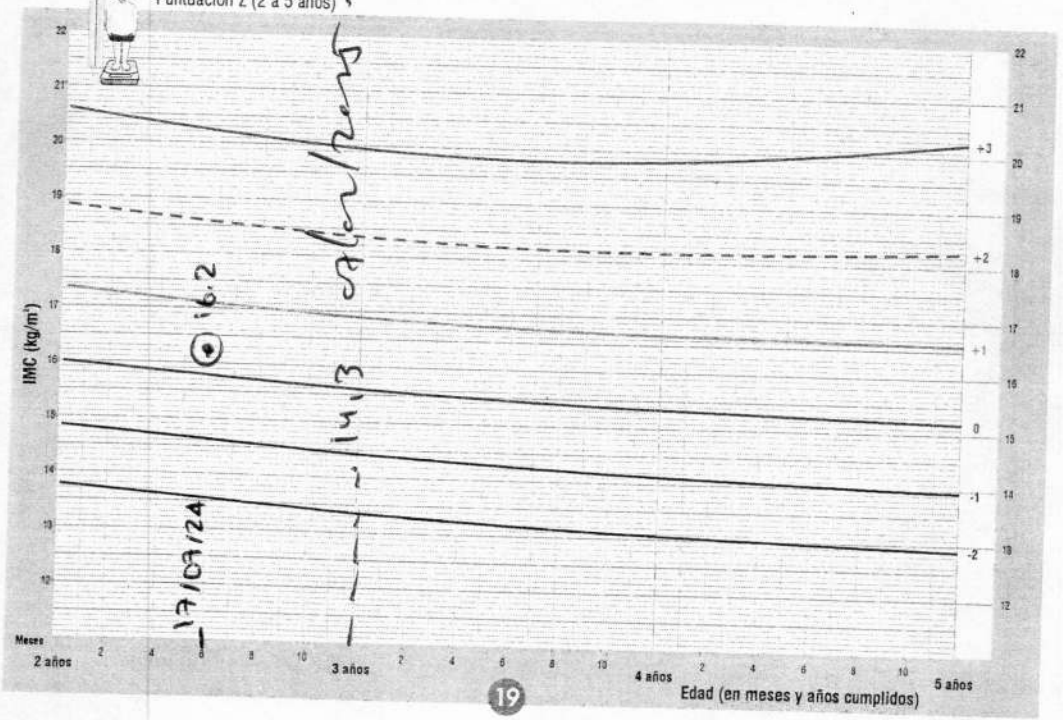
IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



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									
Resultado 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			

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

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 meningea, 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: YADIR MOLINA MARQUEZ

Fecha de nacimiento: 15 - Enero - 2022

Nº de certificado de nacido vivo: 169596703

Registro civil: 1122343901

Sexo: Masculino

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: 3030 Talla: 48.5

Dirección: El Libertad

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Responsable: Dayri Jackelyn Molina M

Municipio de residencia: San Miguel

Departamento: Putumayo

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

16

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

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién nacido	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐											
	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	15	ENE	2022	Serum	037OMAOC91	HSG HJMH				Lized C.
	Hepatitis B	Recién nacido	15	ENE	2022	Serum	037OXO17C	HSG HJMH				Lized C.
2 meses	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	1.ª	15	3	2022	Serum	28SOXO35B	HFID				falta b.
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	15	3	2022	Serum	28SOXO35B	HFID				
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª	15	3	2022	Serum	28SOXO35B	HFID				
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	1.ª	15	3	2022	Serum	2105001	HFID				
	Diarrea por rotavirus	1.ª	15	3	2022	GSK	ASPNB315BA	HFID				
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	15	3	2022	GSK	AROIC858ACC	HFID				
4 meses	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	2.ª	19	5	2022	Serum	2110O1	HFID	cita: 15/Mayo/2022			falta b
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	19	5	2022	Serum	28SO4O38D	HFID				
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª	19	5	2022	Serum	28SO4O38D	HFID				
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	2.ª	19	5	2022	Serum	28SO4O38D	HFID				
	Diarrea por rotavirus	2.ª	19	5	2022	GSK	ARO1C892AF	HFID				
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	19	5	2022	GSK	ASPNB338KA	HFID				
6 meses	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	3.ª	25	07	22	Biological	211SOOCB	HFID				Eduard IB
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	25	07	22	Serum	28SOXO35B	HFID				
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª	25	07	22	Serum	28SOXO35B	HFID				
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	3.ª	25	07	22	Serum	28SOXO35B	HFID				
	Influenza estacional	1.ª	25	07	22	Sanofi	USO22208	HFID				Sachy
7 meses	Influenza estacional	2.ª	25	08	22	Green	USF2220B	HFID				
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	25	01	23	Serum	O13O13SA	HFLD	CITA: 15-Enero 2023			Daniela Casanova Tec. Aux. en Enfermería CC No. 1007728227
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	25	01	23	GSK	ASPNBU2MA	HFLD				
	Varicela	2.ª	25	01	23	merck	UO355TU	HFLD				Eduard IB
	Hepatitis A	Única	25	01	23	MSD	CUOU4D0C	HFLD				
	Influenza estacional	Anual	02	06	23	Gensss	USO52301	HFLD				Jeniffer C
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.er refuerzo	12	09	23	Biologicals	2208O16	HFLD				
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.er refuerzo	12	09	23	Serum	2851403BC	HFLD				
	Fiebre amarilla	Única	25	01	23	Sanofi	V3ES4	HFLD	CITA: 25- JULIO 2023.			Daniela Casanova Tec. Aux. en Enfermería CC No. 1007728227
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										Jeniffer.
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª	19	09	23	Serum	O132NO48B					
	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	REF	06	03	24	Serum	01220W108	HFID	CITA: 5 AÑOS CUMPLIDOS.			EDUARD

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.

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 18 MES 06 AÑO 2025 HORA: 10.30 am

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Milan Yadir APELLIDOS Sanchez Molina.

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1.122-343-907.

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 15 MES: 07 AÑO: 2022 / EDAD: 3 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Mallamas Tel°: 3147118263.

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)

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 Ninguno. 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: Yaguelin

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

Nombres Yaguelin Apellidos Molina

Tipo de Identificación: CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 58612 18

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: Isabel Arias Erazo

Firma Isabel Tipo de Identificación: CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1.004.695.973

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFUD

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

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:
Nilan Yadir Sanchez

Doc. de Identidad: RC 1122343901

EPS: Naltama

Teléfono: 3147180263

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	9-11M	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														
		Profilaxis y remoción de placa														
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)														
	Y	Vacunación														

LILIANA MARISOL CORDOBA
AUX. EN SALUD ORAL
RES. 8600493-2021

14-10-2025

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 MILAN YADIR SANCHEZ MOLINA, identificado (a) con documento de identidad número 1122343901, 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, DAYRI MOLINA, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 58612B., 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 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: _____
Nombre: Dayri Sorbeya Molina
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3147182863
Fecha: 04-04-2025
Municipio: SAN MIGUEL.

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

Jackelyn Molina
Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Agente educativa

Huella del niño/niña

Hilan

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 42258	Pago oportuno hasta:	06-MAR-2025	Mes Facturado
Factura Nro.	2037006064	Suspensión a partir de:	07-MAR-2025	FEBRERO 2025

1. Información General

Nombre:	CARMEN OMAIRA RODRIGUEZ ZAMORANO		05-FEB-2025	Último pago $ 101,960
Dirección:	BR CENTRAL K 5 NO 6 16	Tuve servicio de energía entre:	17-ENE-2025 - 17-FEB-2025 (31)	25-FEB-20

Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Área	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Tarifa	División Geopolítica
SM1	S163	37	0	COMERCIAL	URBANA	1	1.5	AEREA	EMPRESA	205	SAN MIGUEL - CENTRAL

Tipo de Documento	Fecha y hora de Emisión	Fecha y hora de Generación	Medio de Pago	Forma de Pago	Factura Electrónica de Venta

2. Información Consumo Energía

Componentes del Costo (CU): Generación 502.93 + Transmisión 56.03 + Distribución 249.01 + Comercialización 113.93 + Pérdidas 69.39 + Restricción 10.41 = CU ********($/KwH)

2A. Información Medidor

Marca	Serial	Factor Múltiplo
HIK	19275567	1

2B. Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	5967	5895
Reactiva:		

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

2C. Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	72		
Consumo Reactiva KVarh:	0		
Costo del consumo $	72122.39		
Tarifa (hasta 173 Kwh):	1202.03		
Subsidio: %	0	$	0
Contribución: %	20	$	14424.48
Sub Total $	86546.87		

Meses en deuda: 1 — % Tasa Interés Moratorio: .5

2D. Consumo Ultimos 6 Meses

Mes	Consumo
2025/Ene	63
2024/Dic	66
2024/Nov	59
2024/Oct	61
2024/Sep	63
2024/Ago	63

Promedio: 59

2E. Información Calidad del Servicio

Tal S.R. EEBP 01-8000-944218
Transformador SLD101 Grupo 22
DUG 30.24 FUG 19 Circuito C-14
Cargo D 257.19 Dscto %F 20
CEC 63.11
DIU 76.62 FIU 95.00
HC 1.16 VC 3.00
Valor a compensar 6,492.54

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	72,122.39	0	0.00	72,122
CONTRIBUCION	14,424.48	0	0.00	14,424
COMPENSACION RES.CREG_015/2018	-6,492.54	0	0.00	-6,492
AJUSTE A LA DECENA	-0.07	0	0.00	0

5. Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP

80,055

6. Información Facturación Convenio Impuesto Alumbrado Público

Sujeto Activo	Operador A.P.	Convenio No.	Dirección PQR	Valor Periodo	Saldo Ant.	Valor Total
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL	MUNICIPIO SAN MIGUEL	ACUERDO 008 31/08/2023	Cra 4 Cll 7 Esquina	6,055	0	6,055

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	0
Aseo*	Alcaldia San	MkCra 4 Cll 7 Esq B/La Liberta		30,000	0	0	0	0	0	30,000

*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
					0
					0
					0

Total EEBP	+	Total Impuesto Alumbrado público	+	Total Aseo y/o Alcantarillado	+	Total Otros Convenios	=	Debo pagar en Total
80,055		6,055		30,000		0		116,110

CUFE: [illegible]

(415)7709998005532(8020)1000203700606464(3900)0000116110(96)20250306

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

www.eebpsa.com.co @eebpsaesp /eebpsa

Fac. Electronica: EEBP 121337

Resolución de facturación electrónica DIAN No 18764083/11901
de fecha 20/11/2024 desde No. 1 hasta No. 1000000
vigencia 20/11/2024

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

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 MILAN YAOIR SANCHEZ MOLINA

Fecha de nacimiento 15 Mes 01 2022 **N° Documento de Identidad** 1.122.343.901.

Sexo Masculino ⊗ Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** 7 04 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador LILIANA TUTISTAR

Fecha de registro cualitativo Día 3 Mes 07 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
MILAN - MUESTRA UN DESARROLLO INTEGRAL ACORDE A SU EDAD. POR LO TANTO, SE ENCUENTRA EN UN PERFIL DE DESARROLLO ESPERADO, YA QUE DURANTE ESTE PROCESO SE HA EVIDENCIADO HABILIDADES MOTRICAS FINAS Y GRUESAS, PARTICIPA ACTIVAMENTE EN JUEGOS GRUPALES. Y EXPLORA CON ATENCION EL MEDIO QUE LO RODEA; SE FORTALECERA CON NARRACION DE CUENTOS Y JUEGOS DE ROLES EL LENGUAJE Y SEGUIR ORDENES SENCILLAS.

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

●

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador LILIANA TUTISTAR ROJAS

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
MILAN - SE ENCUENTRA EN PERFIL DE DESARROLLO ESPERADO, PUESTO QUE CUMPLE CON TODOS LOS ITEM PROPUESTOS DE ACUERDO A SU EDAD, DURANTE ESTE PROCESO SE HA EVIDENCIADO ENRIQUECIMIENTO EN EL LENGUAJE VERBAL, INDEPENDENCIA PARA VESTIRSE, IDENTIFICA ALGUNAS DEPENDENCIAS DEL CDI Y LAS NOMBRA, IDENTIFICA ALGUNAS PROFESIONES Y RELACIONA CON SU HERRAMIENTA DE TRABAJO.

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: KILAN YADIR SANCHEZ. UNIDAD DE ATENCIÓN: PREJARDIN 1. AGENTE EDUCATIVO: LILIANA TOTESTAD

MUNICIPIO: SAN MIGUEL FECHA DE INGRESO: 01-03-2025

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)
5-10-25	EL DIA DE HOY LA MADRE DE FAMILIA LLEGA AL CDI PUNTUALMENTE CON EL NIÑO Y MANIFIESTA QUE EL DIA DE AYER EN LA TARDE SE CHOCO CON EL ESCAPE DE LA MOTO, POR LO TANTO PRESENTA UNA HERIDA EN LA PIERNA IZQUIERDA. NO SE EVIDENCIA APOYA. NI DOLOR. POR EL MOMENTO, ADEMAS REFIERE QUE NO LO LLEVÓ AL HOSPITAL. UNICAMENTE LE REALIZO CURACION CASERA.	* LA DOCENTE ESTABLECE LA NOVEDAD DANDO A CONOCER QUE EL NIÑO SE ENCUENTRA CON UNA CUCHADURA EN LA PARTE DE ABAJO DE LA PIERNA IZQUIERDA. * LO ANTERIOR TAMBIEN SE LO DA A CONOCER A LA COORDINADORA		

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
2,°	DA LA 1:34 P.M LA MADRE DE FAMILIA VIENE A RECOGER AL NIÑO AL COL. MOTIVO: EN DIAS ANTERIORES EL NIÑO SUFRIO UNA QUEMADURA CON EL ESCAPE DE LA MOTO EN EL HOGAR, LA QUEMADURA PRODUJO AMPOLLA. EL DIA DE HOY EL NIÑO NO VINO COBIERTA LA HERIDA Y JUGANDO SE LASTIMO, POR ESTO MOTIVO LA DOCENTE DA A CONOCER A COORDINACION, POR LO ANTERIOR SE DECIDE LLAMAR A LA MADRE DE FAMILIA PARA QUE LO RECOJA Y LE BRINDE LOS CUIDADOS EN CASA.

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: HILAN YADIR SANCHEZ. UNIDAD DE ATENCIÓN: PREJARDIN 1 AGENTE EDUCATIVO: LILIANA TOTESTAO

MUNICIPIO: SAN MIGUEL FECHA DE INGRESO: 01-03-2025

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)
14-10-25	LA MADRE DE FAMILIA ENVIA MENSAJE VIA WHATSAPP. A LA DOCENTE, MANIFESTANDO QUE EL NIÑO TIENE PROGRAMADO EL DIA DE HOY A LAS 8:40AM CONTROL DE HIGIENE ORAL, POR LO TANTO INGRESARA A CDI DESPUES DEL CONTROL. EL NIÑO INGRESA AL CDI A LAS 9:38 A.M. LA MADRE DE FAMILIA ES QUIEN LO TRAE.	LA DOCENTE RECOMIENDA A LA MADRE DE FAMILIA, TRAER COPIA ACTUALIZADA DEL CONTROL		

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: HILAN YADIR SANCHEZ UNIDAD DE ATENCIÓN: PREJARDIN 1. AGENTE EDUCATIVO: LILIANA TOTESTAR

MUNICIPIO: SAN MIGUEL. FECHA DE INGRESO: 01-03-2025

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)
	SIENDO LAS 7:50 A.M LA MADRE DE FAMILIA ENVIA UN MENSAJE POR MEDIO DE WHATSAPP DANDO A CONOCER QUE EL DIA DE HOY NO TRAERA AL NIÑO PORQUE DESDE EL DIA DE AYER DESPUES DE LLEGAR DEL CDI EMPEZO CON MALESTAR Y HOY AMANECIO CON FIEBRE POR LO TANTO PREFIERE POR EL DIA DE HOY CUIDARLO EN CASA.	* LA DOCENTE RECOMIENDA A LA MADRE DE FAMILIA, LLEVAR AL MEDICO SI LA FIEBRE PERSISTE * TAMBIEN RECOMIENDA NO DOSIFICAR AL NIÑO CON MEDICAMENTOS QUE NO SEAN RECOMENDADOS POR UN PROFESIONAL.	Docente	Dany Molina