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: 11 | 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: 1122343955

Fecha nacimiento: 15 | 03 | 2022.

Nombres: SCARIGTH AITANA

Apellidos: DIAZ IBAÑEZ

Presenta discapacidad? ( ) Si (●) No

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

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

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

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

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

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

Departamento residencia: PUTUMAYO

Municipio de residencia: SAN MIGUEL

Zona: URBANA

Barrio: B/ LOS PRADOS

Vereda:

Sector:

Dirección: FRENTE AL JARDIN INFANTIL. MIS TIGRINOS AMIGUITOS

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: 1010082777.

Nombres: LEIDY MARIELLY

Apellidos: IBAÑEZ PRADO

Pais de nacimiento: COLOMBIA

Fecha nacimiento: 28 | 02 | 1997

Correo electrónico:

Número de celular: 3138957002.

Número de fijo:

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

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

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

Nombre y Firma del profesional que diligencia:

Observaciones:

Fundacion Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:

SCARLETH AITANA DIAZ IBAÑEZ

N° DOCUMENTO: 1122343955 **TIPO DOCUMENTO:** RC X CC ___ OTRO ___

FECHA DE NACIMIENTO: 15 - MARZO-2022 **EDAD:** 3 AÑOS

LUGAR DE NACIMIENTO: SAN MIGUEL.

NOMBRE DE LA UDS: CDI FRONTERAS DE PAZ.
CODIGO UDS: 867571126972. **BARRIO/VEREDA:** SIETE DE AGOSTO
FECHA DE INGRESO: 01-04-2024 **FECHA DE RETIRO:** _____

SISBEN: A2 **EPS:** EMSSANAR. **RÉGIMEN (C)**__ **(S)**__

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: LEIDY MIRELLY IBAÑEZ PRADO

N° CÉDULA: 1007728168 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** PASTO

NOMBRE DEL PADRE: JOSE ANDERSON

N° CÉDULA: 1010082.777 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** SAN MIGUEL.

N° DE CELULAR: 3138957002.

NOMBRE DEL ACUDIENTE: _____

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

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

NUMERO DE CELULAR _____

Leidy Ibañez
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

LILIANA TUTISTAR RUIZ
NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO

3

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: **N** 1573613

NUIP 1.122.343.955

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos

DIAZ IBAÑEZ SCARLETH AITANA

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)											Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año	2	0	2	2	Mes	M	A	R	Día	1	5	FEMENINO	O +

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

COLOMBIA PUTUMAYO SAN MIGUEL(LA DORADA)

Fecha de Inscripción (Mes en letras)											Indicativo serial
Año	2	0	2	2	Mes	A	B	R	Día	0	6	0061322485

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos

IBAÑEZ PRADO LEIDY MARIELLY

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.010.082.777	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos

DIAZ CUARAN JOSE ANDERSON

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.007.728.168	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos

DIAZ CUARAN JOSE ANDERSON

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 1.007.728.168

Espacio para notas

VALIDO PARA TRAMITES LEGALES Y CIVILES

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

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

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)

Año	2	0	2	2	Mes	A	B	R	Día	0	6

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil
29831485-0

Nombre y firma del funcionario

ROY EDISON CALLE QUIRAMA
Registrador del Estado Civil

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.010.082.777
IBAÑEZ PRADO
APELLIDOS
LEIDY MARIELLY
NOMBRES

Leidy Ibañez
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 28-FEB-1997
PASTO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.51 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
02-OCT-2015 PASTO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-6401800-00791823-F-1010082777-20160223 0048561278A 1 46159659



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.007.728.168

DIAZ CUARAN

APELLIDOS

JOSE ANDERSON

NOMBRES

Anderson Díaz C.

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 11-JUL-2003

SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

19-JUL-2021 SAN MIGUEL(LA DORADA)

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

P-6401800-01267686-M-1007728168-20211120 0076617309A 1 56516260

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta:	25/03/2025
Ficha:	86757040482100000110

A2

GRUPO SISBÉN IV

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: SCARLETH AITANA

Apellidos: DIAZ IBAÑEZ

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122343955

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:	28/11/2017
Última actualización ciudadano:	06/04/2022
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

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

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	1122343955
NOMBRES	SCARLETH AITANA
APELLIDOS	DIAZ IBAÑEZ
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	15/03/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	12/04/2025 16:49:51	**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

emssanar EPS
NIT. 901.021.565-8
Registro de Cámara de Comercio
Nº 15233 Libro IX. Octubre 24 de 2016

Cuidamos de ti en cada paso

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS EMSSANAR EPS SAS
Régimen Subsidiado

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

Tipo y Número de identificación:	RC 1122343955
Apellidos:	DIAZ IBAÑEZ
Nombres:	SCARLETH AITANA
Tipo de discapacidad:	Ninguna
Plan de salud:	Régimen Subsidiado
Estado de servicio:	Vigente
Fecha de Afiliación:	15/03/2022
Departamento de Afiliación:	PUTUMAYO
Municipio de Afiliación:	SAN MIGUEL
Zona:	Urbana - Cabecera Municipal

N - El afiliado no requiere encuesta SISBEN debido al grupo poblacional que tiene.

IPS de atención de primer nivel

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

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

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

En constancia se firma el 25 de Marzo de 2025 a solicitud del interesado.

JEFE COMERCIAL
EMSSANAR EPS SAS

Toda certificación generada es almacenada en base de datos para su verificación, la modificación parcial o total de este documento puede incurrir en un delito.

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...Sanos



E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

Nombres: [illegible]

Apellidos: Diaz Ibañez

Fecha de nacimiento: 15 DÍA | 03 MES | 2m. AÑO

Historia Clínica: 1122393955

Barrio/Vereda: Las Bandas

Responsable del niño:

Teléfono:

EPS:

CITAS PROGRAMADAS

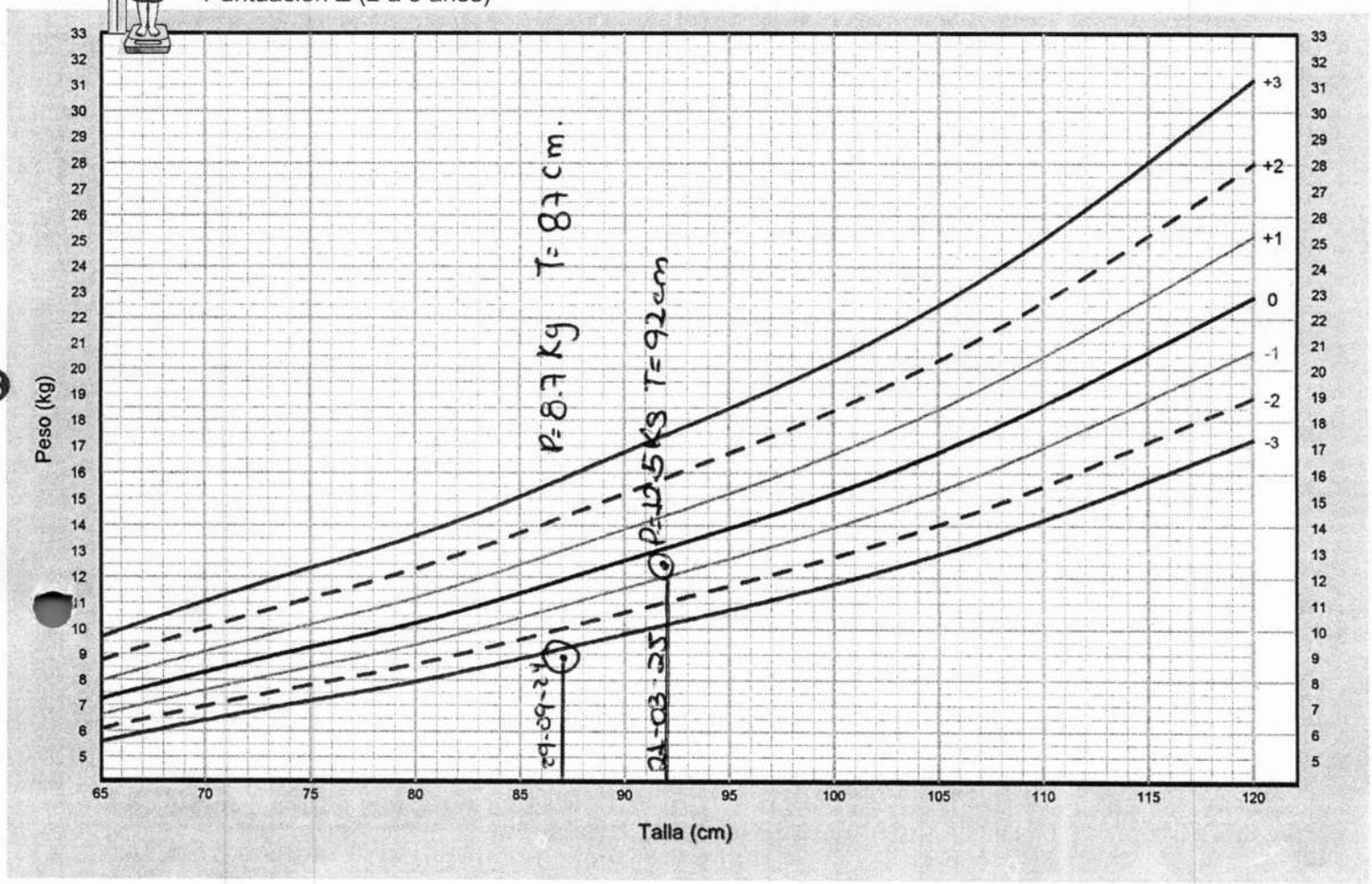
DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
26	May	2022.	Enfrm	Si ✓	
16	Julio	2022	Medico	Si ✓	
22	08	2022	Medico		
22	09	2022	Jefe	Si ✓	
22	12	2022	JEFE	Si ✓	
15	MARZO	2023	MEDICO	✓	
15	Sep	2023	ENF	Si ✓	
13	03	2024	Med	Si ✓	
27	Sep	2024	Jefe	✓	
15	Marzo	2025	Med.	Si	
16	Mar 30	2026	Jefe		

Paul López
Enfermera
Registro 1043036718

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
24/05/2022	4.7 Kg	57cm	37cm	-	-	16/07/2022.	
27-07-22	5.8	67cm	34,5	14	-	27-08-22	
26-09-22	7060	64cm	34.5	15	17.1	22-12-22	Usuario cuando.
26-12-22	7800	69 cm	34.	16	16.4	25/Marzo/23	Usuario cuando
11-03-23	8.4	73	44	14	15.8	15/Sep/23	
22-09-23	9.1	78	42	14	15-0	15/03/24	
26-03-24	10.5	83	44	14.5	14.5	15/09/24	Paola López Enfermera
22-09-24	11.6	87cm	46cm	16cm	15.3	15-03-25	
21-03-25	12.5	92	46	14	14.8	16-08-26	

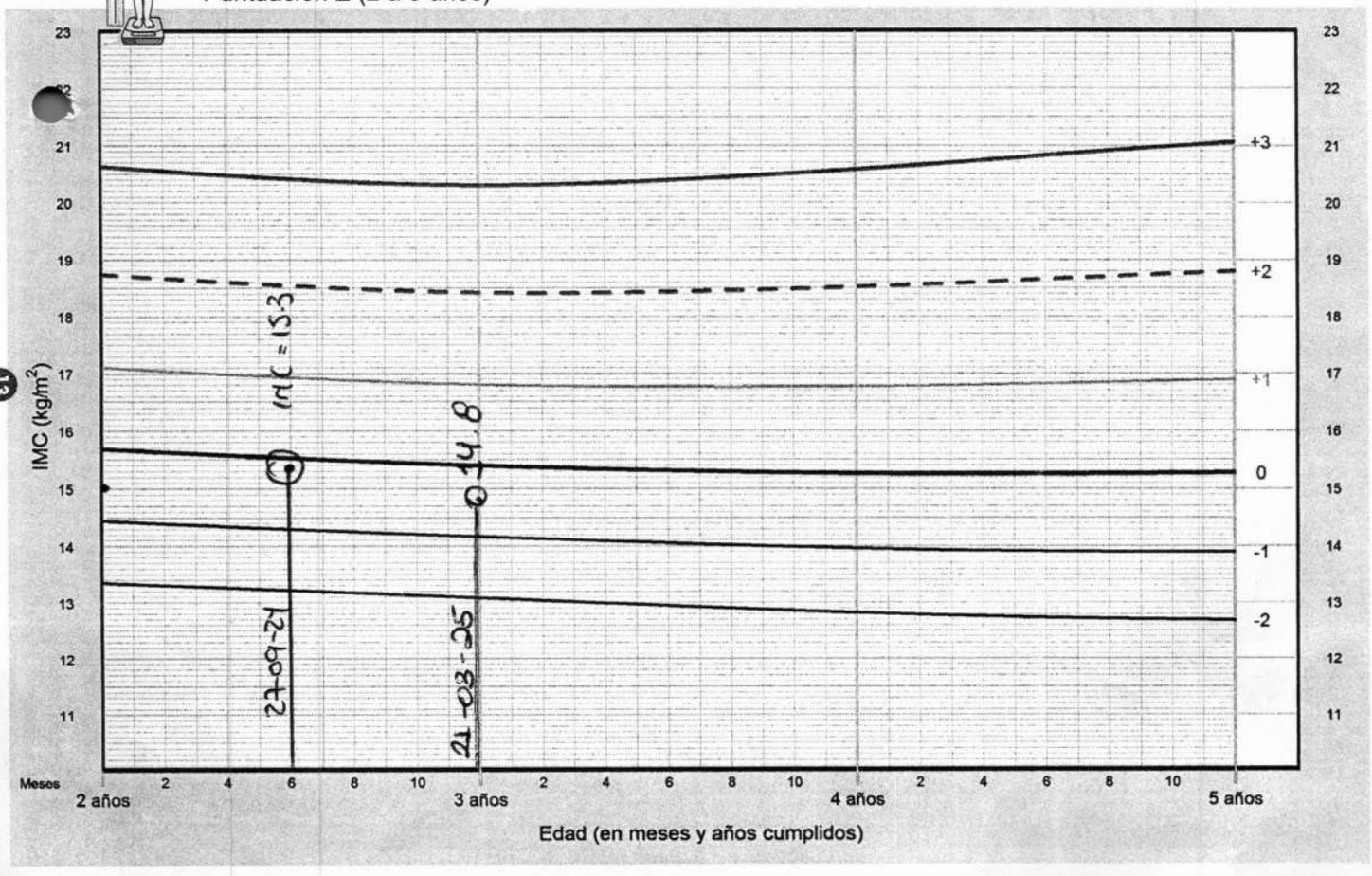
Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



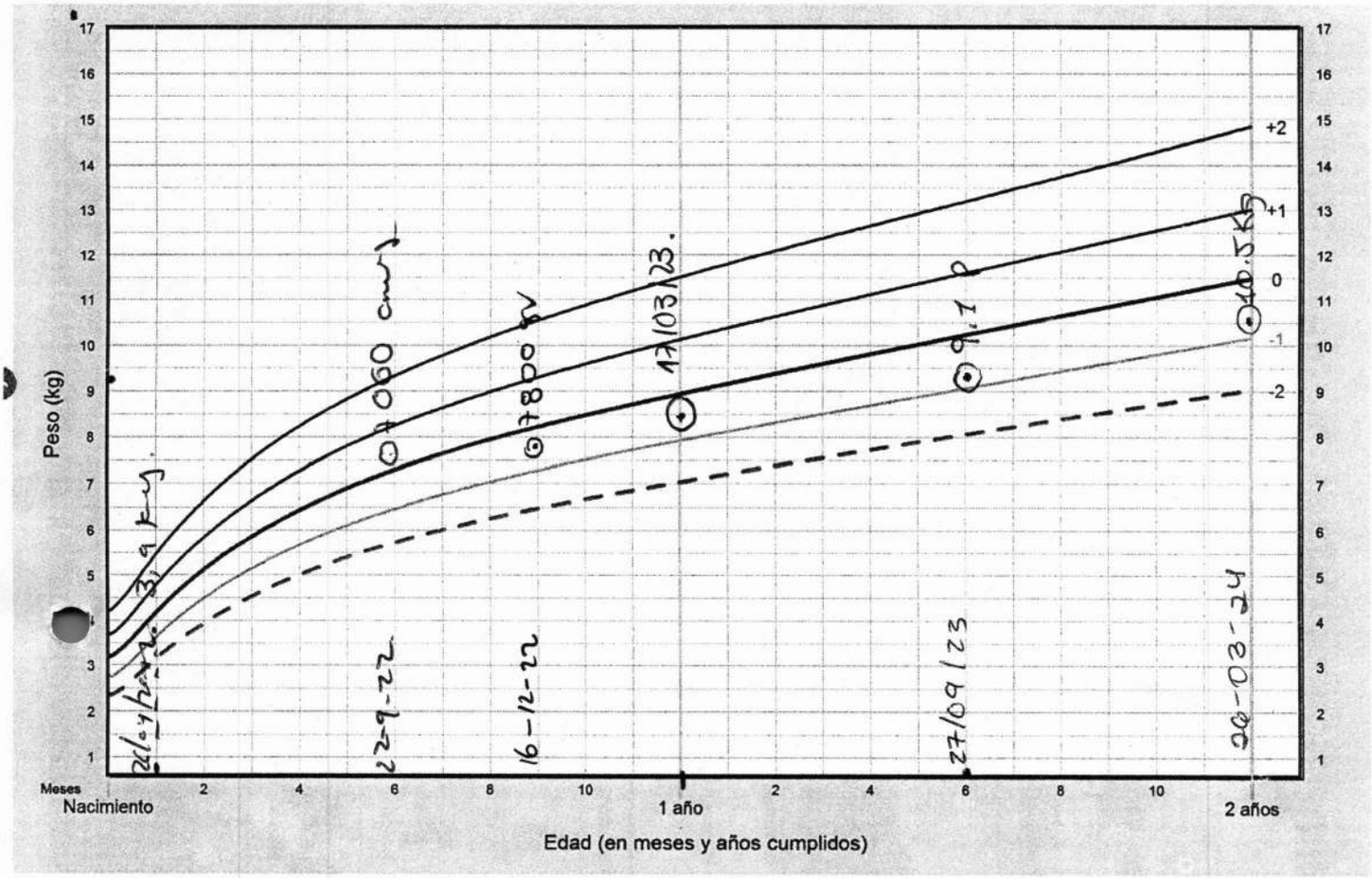
IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



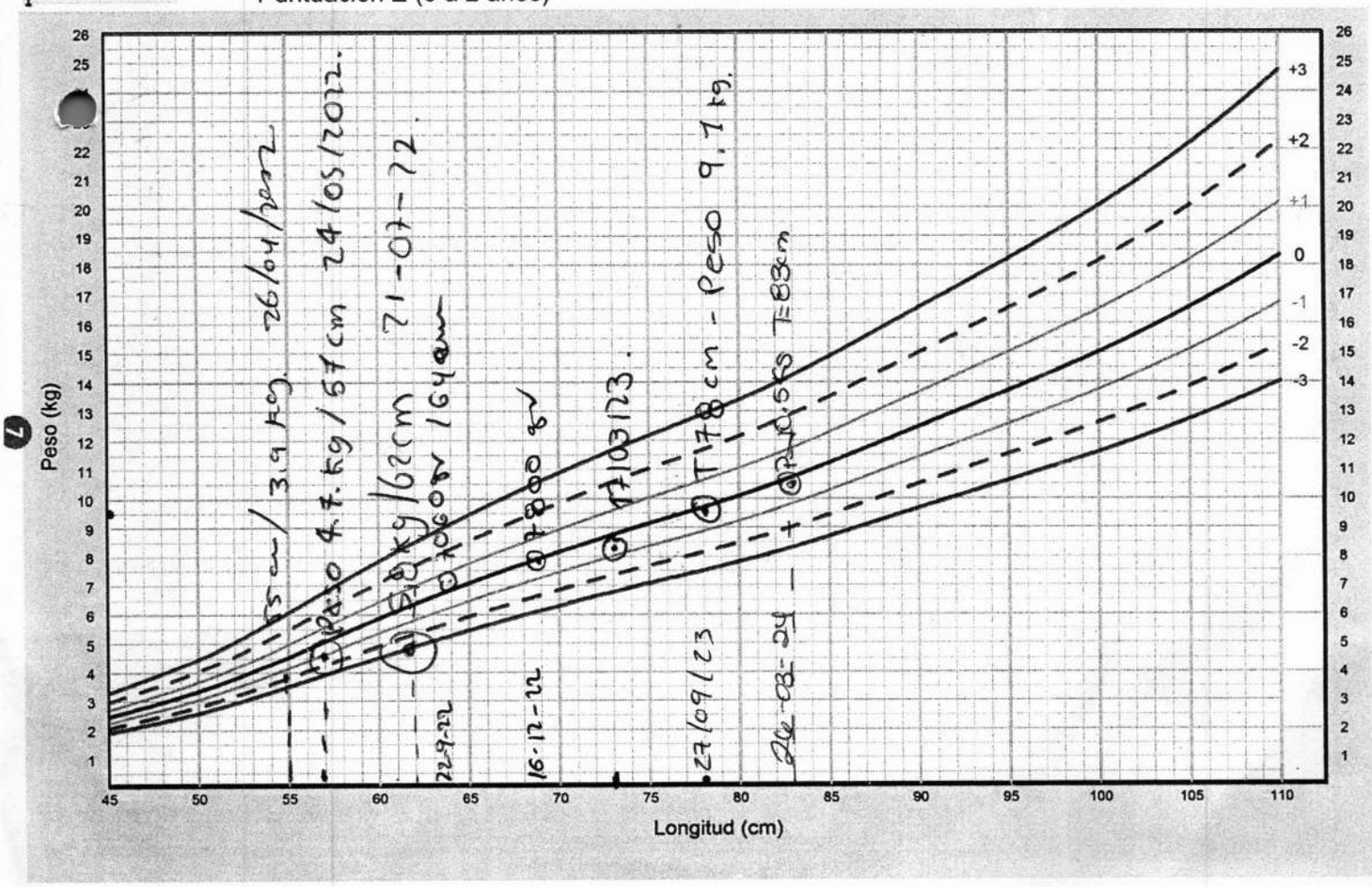
Peso para la Edad Niñas

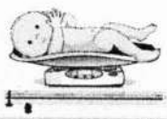
Puntuación Z (0 a 2 años)



Peso para la Talla Niñas

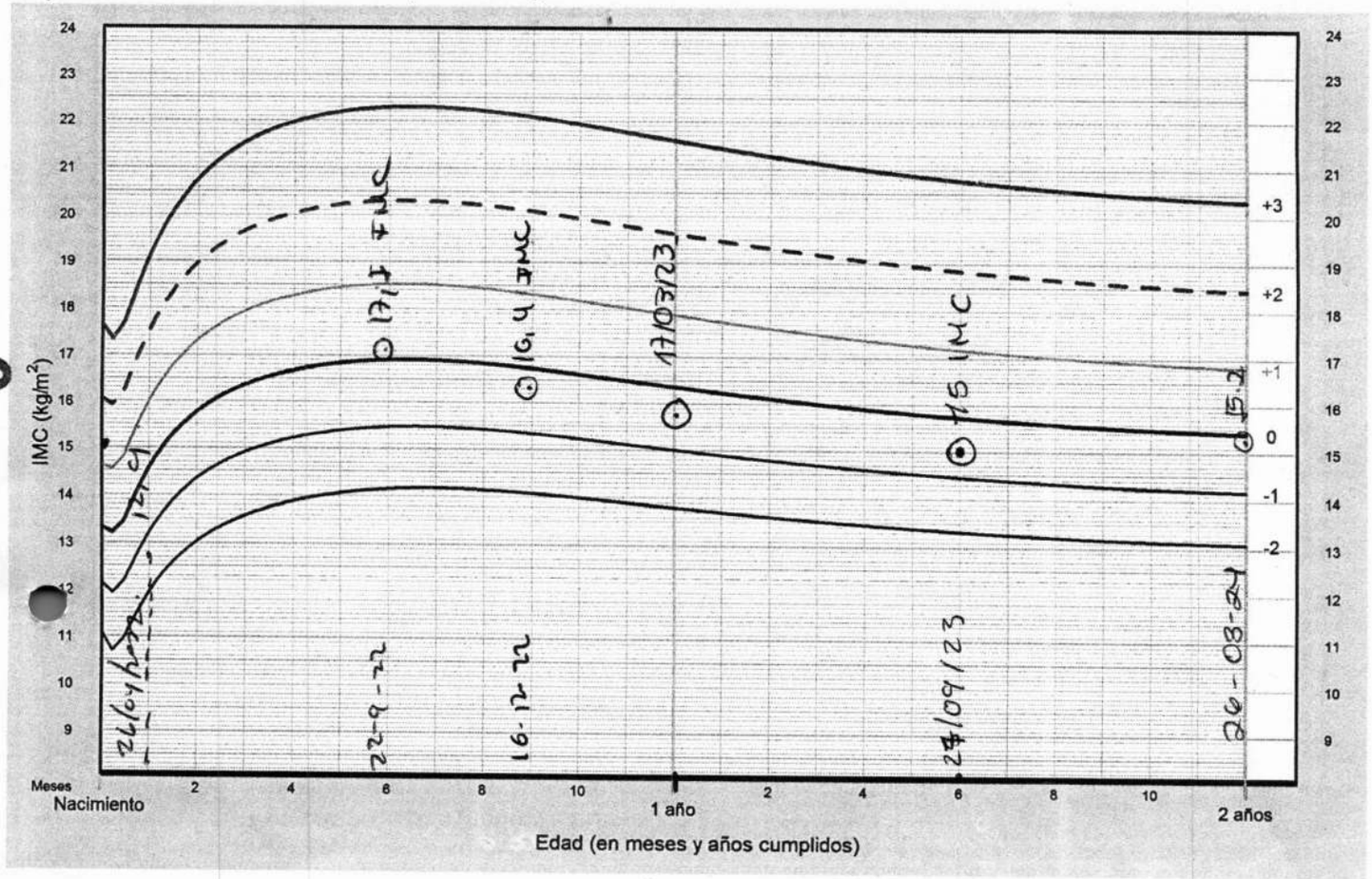
Puntuación Z (0 a 2 años)





IMC para la Edad Niñas

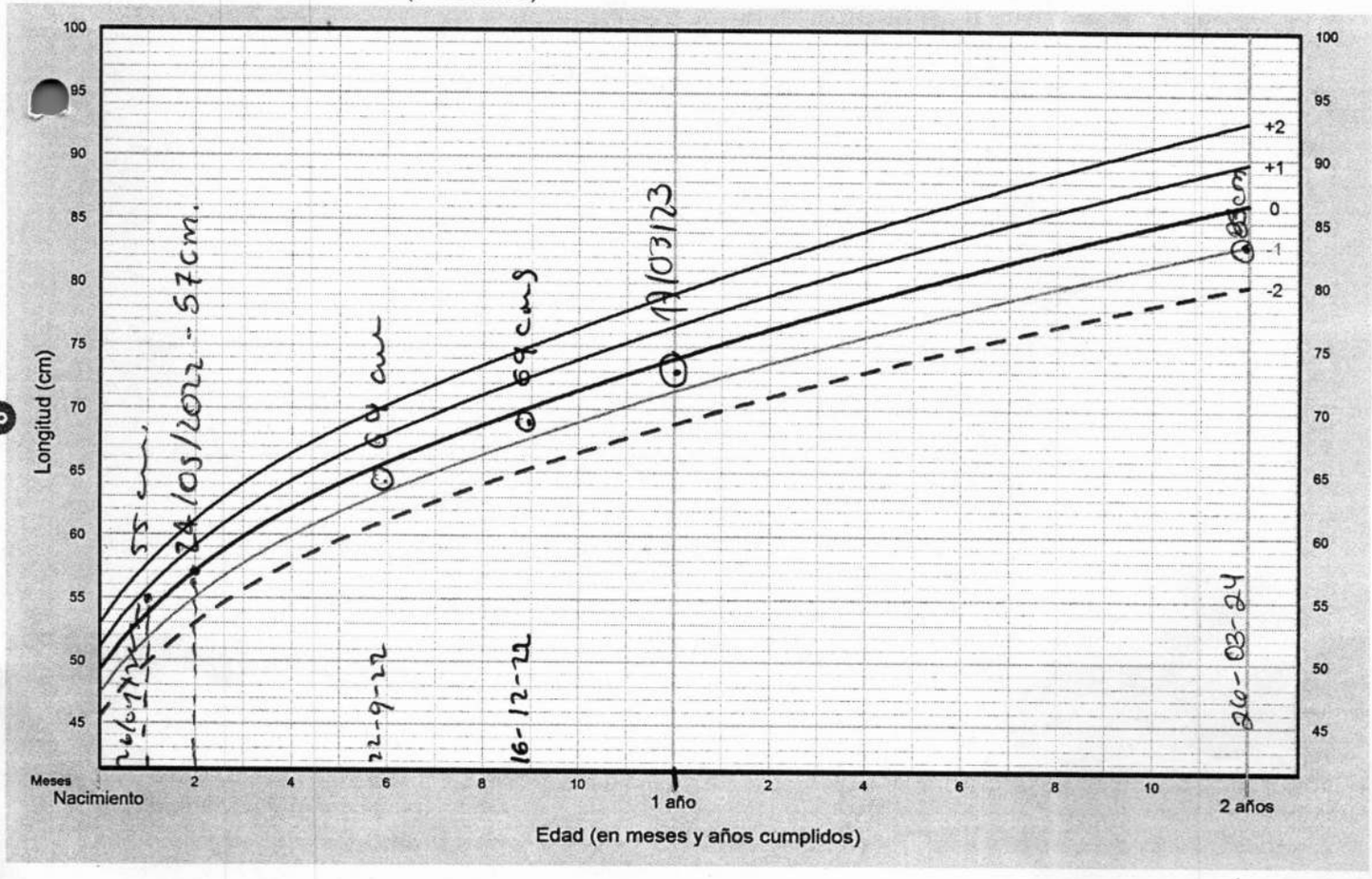
Puntuación Z (0 a 2 años)





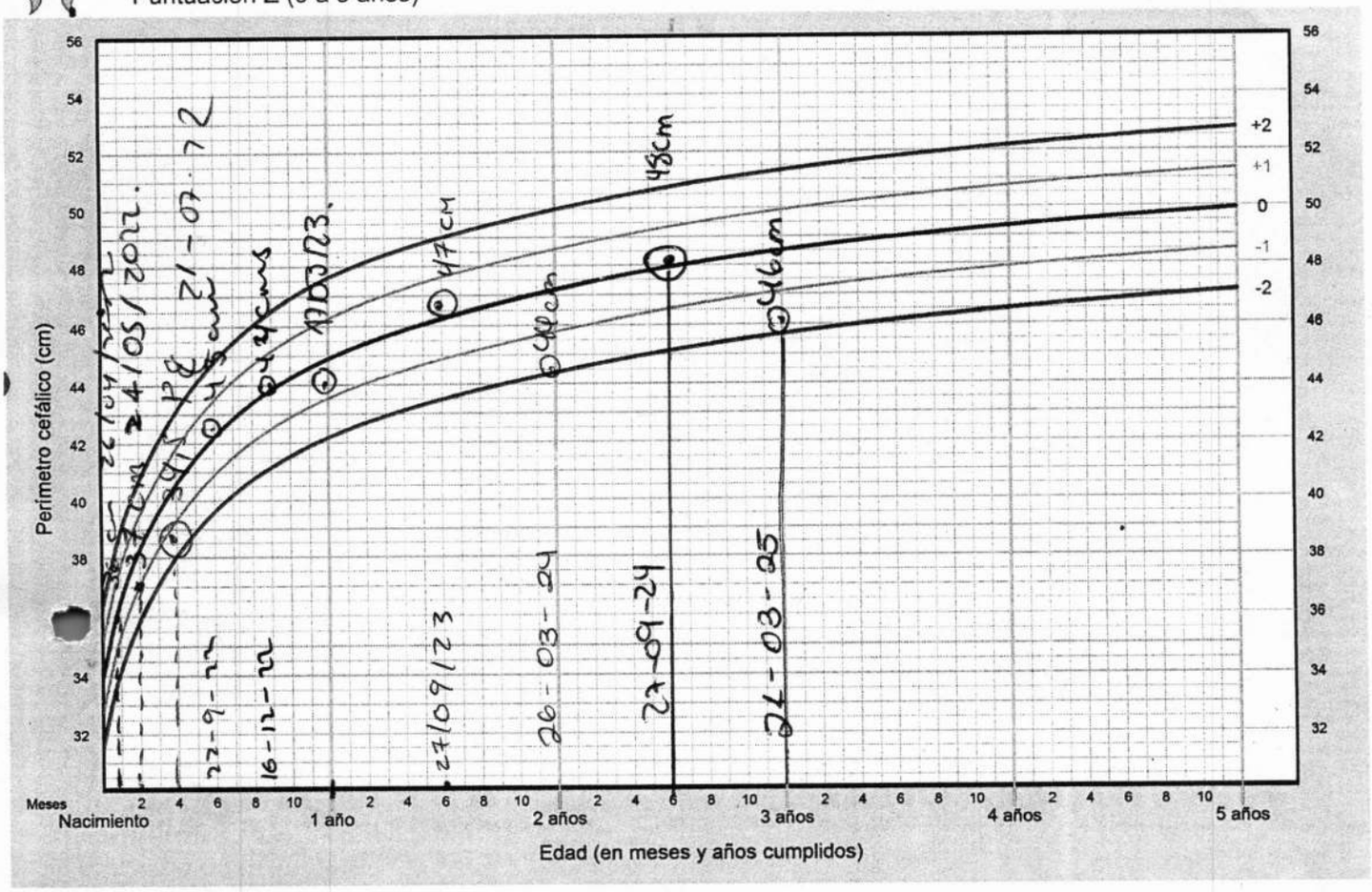
Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



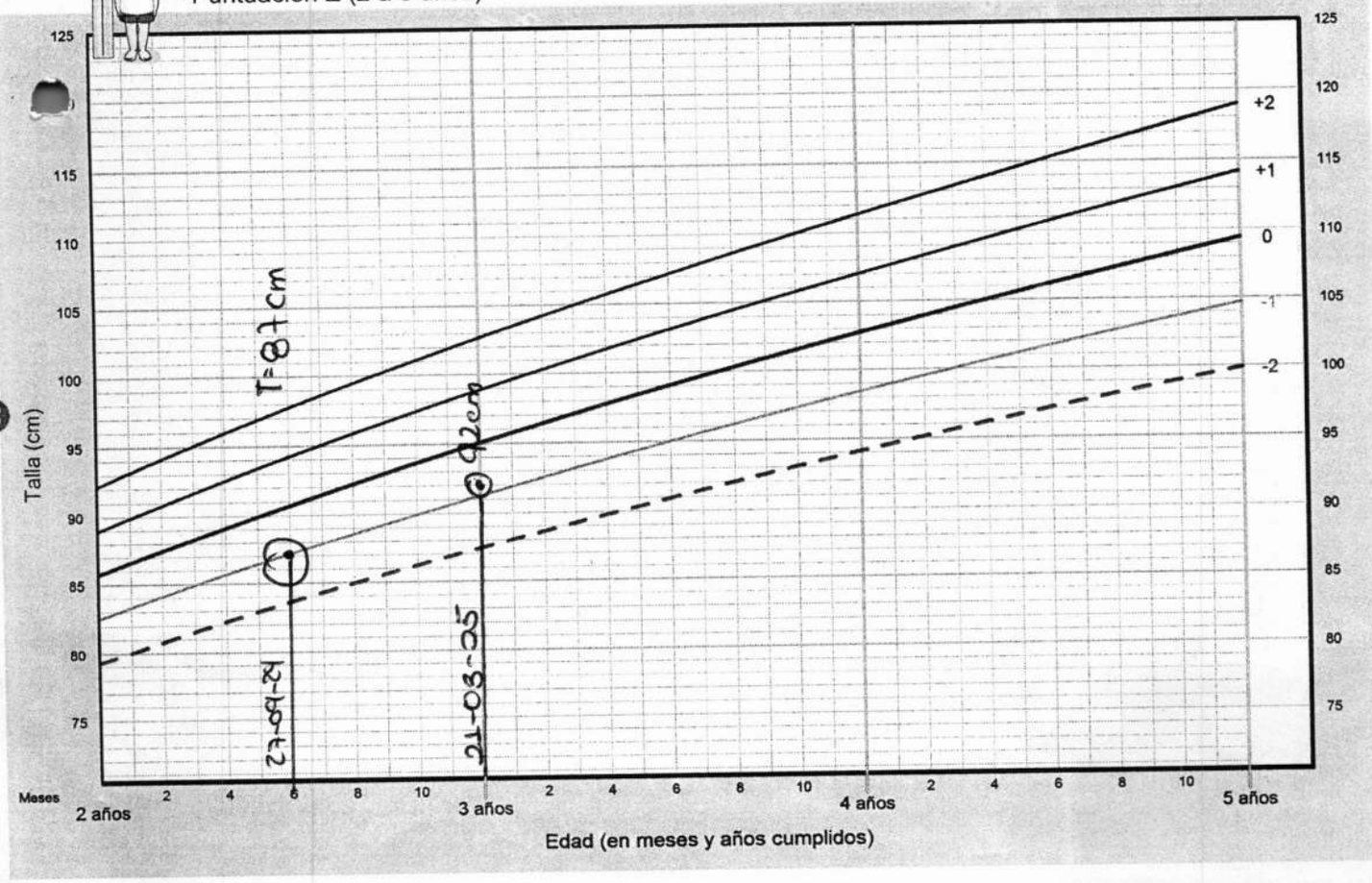
Perímetro Cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)



Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



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

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

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

Id	Fecha			Valoración nutricional		Puntuación Z	Atención en salud por
	Día	Mes	Año	Peso	Talla		
ses							
meses							
meses							
meses							
meses							
meses							
meses							
meses							
ños							
ños							
ños							

ORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

trega	D	M	A
trega	D	M	A
trega	D	M	A

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega	D	M	A
2.ª entrega	D	M	A
3.ª entrega	D	M	A
4.ª entrega	D	M	A
5.ª entrega	D	M	A

	D	M	A
	D	M	A
	D	M	A
	D	M	A
	D	M	A

ICIÓN EN SALUD BUCAL

de 6m	D	M	A
año	D	M	A
ños	D	M	A
ños	D	M	A
ños	D	M	A
ños	D	M	A

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

3 años	D	M	A		
4 años	D	M	A		
5 años	D	M	A		

*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: Scarleth aitana Diaz

Fecha de nacimiento: 15-3-22

Nº de certificado de nacido vivo:

Registro civil: 1.122.343.955

Sexo: FEMENINO

Grupo sanguíneo: O+ EAB=118

Peso al nacer: 2600 Talla:

Dirección: B/ Los Pedros

Teléfono 1: 3138957002

Teléfono 2:

Responsable: Leidy Ibañez

Municipio de residencia: SAMIGUEL

Departamento: Putumayo

CC: 1010082772

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
Recién nacido	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐											
	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	15	3	22	Serum	03 20MAG9 0	HFLD				Tania G.
	Hepatitis B	Recién nacido	15	3	22	Serum	03 20XO97 B	HFLD				Tania G.
2 meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	1.ª	16	05	22	Biologi	2 1 5 D C 6	HFLD	CITA:			
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	16	05	22	Serum	L 8 5 C 4 V 3 8 D	HFLD	15-	MAYO 2022		Lcda Martinez
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª	16	05	22	Serum	L 8 5 D O O 3 O A	HFLD				
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	1.ª	16	05	22	Serum		HFLD				
	Diarrea por rotavirus	1.ª	16	05	22	GSK	A A 1 C 6 4 2 A F					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	16	05	22	GSK	A S P N B 3 3 5 K A	HFLD				
4 meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	2.ª	22	07	22	Biologi	2 1 2 1 S 0 0 4					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	22	07	22		2 8 S 1 X 0 0 A D	HFLD	cita 22 sept 2022			Lcda Martinez.
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª	22	07	22	serum	1 1 1 1 1 1 1 1					
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	2.ª	22	07	22							
	Diarrea por rotavirus	2.ª	22	07	22	GSK	A R O 1 C 8 A f f					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	22	07	22	GSK	A S P N B 3 2 A f					
5 meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐											
	Poliomielitis (VIP)	3.ª	22	09	2022	Biologi	2 1 4 0 0 0 3					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	22	09	2022		2 8 S 1 Y 0 2 2 A	HFLD				Yuleisi Casanova
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª	22	09	22	serum	1 1 1 1 1 1 1 1					
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	3.ª	22	09	22				cita 15 marzo 2023			
	Influenza estacional	1.ª	13	06	2023	GC	V S 0 S 2 3 0 0 1					
7 meses	Influenza estacional	2.ª	14	08	2023	GC	V S 0 S 2 3 0 0 1					
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	23	03	2023	Serum	0 1 3 1 N 1 0 8 A					Dra Norvalis
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	23	03	2023	Pfizer	I R 4 8 9 7	H F L D				
2 meses	Varicela	2.ª	23	03	2023	MERCK	4 0 2 5 0 3 9					
	Hepatitis A	Única	23	03	2023	MSD	4 0 0 4 8 0 2					Eliana C
	Influenza estacional	Anual										
	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.º refuerzo	26	09	2023	2208016		HFLD				
8 meses	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.º refuerzo	26	09	23	SERUM	2 8 S 1 X 0 3 3 C					
	Fiebre amarilla	Única	23	03	2023	Sanofi	V 3 N 2 1	HFLD	cita 22-sept 2023			Dra. Norvalis
	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
5 años	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª	26	09	2023	serum	0 1 3 2 N 0 4 8 B	HFLD				Eliana C
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.ª										cita a los 2 años SR
		2.ª										
		3.ª										
Vacunas complementarias y otras dosis												

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir las niñas y los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan 2 años, se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.

NO SE APLICA
VACUNA DE INFLUENZA
PORQUE EL LINEAMIENTO
VIGENTE DE 6 MESES HASTA
1 AÑO 11 MESES 29 DÍAS

VACUNACIÓN PAI

San miguel (la dorada putumayo)-30 de mayo de 2025.

Señora:

PAULA CHATES

Coordinadora local del centro de desarrollo infantil fronteras de paz.

Cordial saludo:

Yo Leidy Ibañez Identificada cc 1010082777 madre del niño (a) Scarleth Diaz. Identificado RC 1122.343955.

Manifestó por medio de este oficio que mi hijo (a), no cuenta con el esquema de vacunación con el biológico de la influenza anual (estacional) por motivo que esta dosis llega cada año, a partir del mes de abril y mayo, y en el momento que debía hacerle aplicar este biológico no estaba disponible, en el hospital me informaron que el niño (a) ya había perdido esta dosis, y que solo la aplican a niños y niñas de 12 meses hasta 22 meses de edad.

Atentamente:

Leidy Ibañez

Cc: 1010082777

Celular: 3138957002

19
R/V

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 La Dorada FECHA: DÍA 17 MES 06 AÑO 2025 HORA:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Scarleth. Aitana. APELLIDOS Diaz Ivañez.

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1122343955.

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 15 MES: 03 AÑO: 2022 / EDAD: 3. años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Emssanar.

INFORMACIÓN PREVIA. La vacunación es una forma segura y eficaz de prevenir enfermedades y salvar muchas vidas. En la actualidad el país dispone de vacunas para proteger contra al menos 26 enfermedades, entre ellas, la difteria, el tétanos, la tosferina, la poliomielitis, la hepatitis, el cáncer de útero y el sarampión. 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) NO accede a la vacuna por miedo a la reacción

¿CÓMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides).
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar 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:** _____ que se me aplique la vacuna.

Firma de la persona: _____

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

Nombres Leydi Apellidos Ibañez.

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1010082767.

Firma: Leidy Ibañez

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: Saoly Martinez Tec. Aux. en Enfermeria CC. No. 1122336822

Firma Saoly Martinez Tec. Aux. en Enfermeria CC. No. 1122336822 Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número Saoly Martinez Tec. Aux. en Enfermeria CC. No. 1122336822

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFID.

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.

12

		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)													
	V	Vacunación													

LILIANA MARIBEL CORDOBA
AUX. EN SALUD ORAL
RES. 8600493 2011

2022-03-25

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: Scarleth Aitana Diaz

Doc. de Identidad: RC | 1122348955

EPS: Emssanar

Teléfono: 3228167870

Domicilio: B | prados

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 SCARLETH AITANA DIAZ IBAÑEZ, identificado (a) con documento de identidad número 1122343955, 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, LEYDY MARIELLY IBAÑEZ, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1010082777, 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 FRATERNIDAD., en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa COI FRONTERAS DE PAZ.

Suscriben:

Firma: Leidy Ibañez
Nombre: Leidy Marielly Ibañez
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3138957002
Fecha: 04-04-2025
Municipio: SAN MIGUEL.

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

PACTO DE CONVIVENCIA MODALIDAD INSTITUCIONAL

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

DERECHOS Y DEBERES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

DERECHOS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

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

DEBERES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

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

DERECHOS Y DEBERES DE LOS PADRES DE FAMILIA

DERECHOS DE LOS PADRES DE FAMILIA

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

DEBERES DE LOS PADRES DE FAMILIA

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

(telefónico, mensajería y/o escrito).

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

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

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

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

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

PAOLA CHATES
Coordinadora pedagógica

EDDY PATRICIA LÓPEZ
Apoyo psicosocial

- Leidy Ibañez
Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Agente educativa

Huella del niño/niña

- Aitana Diaz

Scarleth Attapa. 75

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 12043	Pago oportuno hasta:	INMEDIATA	Mes Facturado
Factura Nro.	2037007517	Suspensión a partir de:	INMEDIATA	FEBRERO 2025

1. Información General

Nombre: MARIA NELLY CUARAN BENAVIDES — 06-ENE-2025 — Último pago $

Dirección: BR LOS PRADOS — Tuve servicio de energía entre: 19-ENE-2025 - 19-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	S109	108	1	RESIDENCIAL	URBANA	1	6	AEREA	EMPRESA	105	SAN MIGUEL - LOS PRADOS

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 Múltiple
APP	4604195447	1

2B. Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	6392	6291
Reactiva:		

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

2C. Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	101
Consumo Reactiva KVarh:	0
Costo del consumo $	101171.69
Tarifa (hasta 173 Kwh):	402.74
Subsidio: %	59.79 $ -60495
Contribución: %	0 $ 0
Sub Total $	40676.69

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

2D. Consumo Últimos 6 Meses

Mes	Consumo
2025/Ene	116
2024/Dic	120
2024/Nov	129
2024/Oct	118
2024/Sep	148
2024/Ago	111

Promedio: 124

2E. Información Calidad del Servicio

Transformador SLD103 — Grupo 22
DIUG 30.24 — FIUG 19 — Circuito C14
Cargo D 257.19 — Dcto % 20
CEC 116.20
DIU 84.92 — FIU 99.00
HC 1.16 — VC 3.00
Valor a compensar 11,954.53

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	101,171.69	34,136	0.00	135,307
SUBSIDIO	-60,495.00	0	0.00	-60,495
AJUSTE A SUBSIDIO	2,091.15	2,091	0.00	4,182
RECARGO POR MORA	181.15	0	0.00	181
AJUSTE A LA DECENA	2.99	3	0.00	0

AVISO DE SUSPENSION

5. Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP — 79.176

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	7,804	8,430	16,234

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 Mi	Cra 4 Cll 7 Esq B/La Liberta		6,000	0	0	0	6,000	0	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
					0
					0
					0

Total EEBP	+	Total Impuesto Alumbrado público	+	Total Aseo y/o Alcantarillado	+	Total Otros Convenios	=	Debo pagar en Total
79,176		16,234		12,000		0		107,410

CUFE:

(415)7709998005532(8020)10002037007517300(3900)0000107410(96)20250306

1e3f21a954771fc69b8a7d3edc9d633e0fda9cbf7a54193ede9edf4ad70

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

www.eebpsa.com.co — @eebpsaesp — /eebpsa

Fac. Electrónica: EEBP 122991

Resolución de facturación electrónica DIAN No 18764083711901
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 Comercial Ley 142 Art. 130

20

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre 26 12/y

Ciudad SAN MIGUEL LA DORADA

Nombre completo de la niña o niño SCARLETH ALTANA DIAZ IBAÑEZ

Fecha de nacimiento Día 13 Mes 03 Año 2022 **N° Documento de Identidad** 1122.343955.

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador LILIANA TUTISTAR ROIZ

Fecha de registro cualitativo Día 1 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
ESCARLETH MUESTRA LOGROS SIGNIFICATIVOS DE A CUERDO A SU EDAD POR LO TANTO SE ENCUENTRA EN PERFIL DE DESARROLLO ESPERADO, SE HA EVIDENCIADO CONTROL POSTURAL, DESPLAZAMIENTO SEGURO, MUESTRA DESTREZAS PARA MANIPULAR OBJETOS Y AGRUPARLOS POR FORMA Y COLOR, SE COMUNICA CON FRASES SENCILLAS. DANDO A CONOCER SUS NECESIDADES, POR LO ANTERIOR, SE SEGUIRA FORTALECIENDO SUS AVANCES CON ACTIVIDADES LUDICAS Y ACORDES A SU EDAD.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador LILIANA TUTISTAR. ROIZ.

Fecha de registro cualitativo Día 1 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
SCARLETH. DURANTE ESTE PROCESO. HA FORTALECIDO AÚN MAS. EL LENGUAJE VERBAL, DA A CONOCER EL PORQUE DE ALGUNAS SITUACIONES. QUE SE CREAN. IDENTIFICA ALGUNAS DEPENDENCIAS. DEL COLE. Y DE SU VIVIENDA, FORTALECE MAS DE AMISTAD. CON SU PARES COMPARTIENDO. CON SUS PARES. COMPARTIENDO JUEGOS Y JUGUETES..

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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

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

Observaciones generales

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

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

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: SCARLETH AITANA DIA UNIDAD DE ATENCIÓN: PREJARDIN 1 AGENTE EDUCATIVO: GLADYS TOLOSTAD

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)
9-12-25	EL DIA DE HOY LA NIÑA NO ASISTIÓ AL CDI SE DESCONOCE EL MOTIVO. * A LAS 8:51 A.M LA MADRE DE FAMILIA RESPONDE AL MENSAJE. DE. FIRIANDO QUE LA NIÑA AMANECIO CON UN POQUITO DE FIEBRE Y PREFIERE CUIDAR EN CASA POR SI LA FIEBRE LE SUBE.	LA DOCENTE ENVIA MENSAJE DE VOZ. A LA MADRE DE FAMILIA, PARA QUE LE BRINDE INFORMACION SOBRE LA AUSENCIA. * LA DOCENTE ESTARÁ A LA ESPERA DE LA RESPUESTA. DE LO CONTRARIO, REALIZARÁ LLAMADA TELEFÓNICA.		Leidy Ibañez

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
10-12-25	EL DIA DE HOY LA MADRE DE FAMILIA TRAE PUNTUALMENTE A LA NIÑO, NO PRESENTA SINTOMAS DE MALESTAR, SE ENCUENTRA BIEN CHOCONDIMENTE.

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: SCARLETH ATENEA DIAZ. 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)
24-10-25	LA MADRE DE FAMILIA ENVIA MENSAJE ESCRITO A LA DOCENTE, REFIRIENDO QUE LA NIÑA NO ASISTIRA EL DIA DE HOY POR QUE AMANCO CON UN POCO DE FIEBRE Y POR EL ESTADO DEL TIEMPO PREFIERE CUIDAR POR ESTE DIA EN CASA	Y LA DOCENTE RECOMIENDA LLEVAR AL MEDICO SI LA FIEBRE PERSISTE.		-Leidy Ibañez

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
2023	EL DIA DE HOY LA MADRE DE FAMILIA LLEGA PUNTUAL A DEJAR A LA NIÑA, REFIERE QUE AL FIN DE SEMANA ESTUVO BIEN, NO PRESENTÓ FIEBRE, SE OBSERVA SIN MALESTAR Y BUEN ESTADO EMOCIONAL.

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: ESCARLETH AITANA DIAZ UNIDAD DE ATENCIÓN: PREJARDIN 1 AGENTE EDUCATIVO: LILIANA TOTISTAP.

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)
03-10-25	EL DIA DE HOY LA MADRE DE FAMILIA SE COMUNICA CON LA DOCENTE YDA A CONOCER QUE HOY NO TRAERA A LA NIÑA DEBIDO AL MAL ESTADO DEL CLIMA.	X LA DOCENTE REGISTRA LA NOVEDAD.		.Leidy Ibañez

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: SCARLETH AITANA DIAZ. UNIDAD DE ATENCIÓN: PREJARDIN 1 AGENTE EDUCATIVO: GLADYS TOTIAR.

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)
14-04-25.	LA MADRE DE FAMILIA ENVIA MENSAJE ESCRITO ESCRITO A LA DOCENTE. REFIRIENDO QUE EL DIA DE HOY LA NIÑA NO ASISTIRA AL CDI. POR QUE EL PAPÁ LA LLEVO PARA LA FINCA. YA QUE POR SU TRABAJO NO LA PUEDE VENIR A RECOGER EN HORAS DE LA TARDE	* LA DOCENTE RESALTA LA IMPORTANCIA DE LA ASISTENCIA AL CDI Y LA ESPERA EL DIA LUNES PUNTUALMENTE		

Fundación Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: SCARLETH AITANA UNIDAD DE ATENCIÓN: PREJARDIN 1 AGENTE EDUCATIVO: LUANA TORISTAR.

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

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	SEGUIMIENTO	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
22-05-2025	LA AGENTE EDUCATIVA REALIZA REVISION DE CARPETAS. Y EN EL CARNET DE VACUNAS. SE EVIDENCIA QUE HACE FALTA LA VACUNA DE ENFLUENZO DE LOS 12 MESES.	- POR LO ANTERIOR LA DOCENTE SE COMUNICA CON LA MADRE DE. FAMILIA SOLICITANDO INFORMACION SOBRE LA RAZON POR LA CUAL NO LE APLICARON LA VACUNA A LA BEBÉ - PARA LO ANTERIOR. LA MADRE DE. FAMILIA REFIERE QUE ELLA			Anderson Díaz cuerda
		SI LA LLEVO PERO EN AQUEL TIEMPO LE DICEN EN EL HOSPITAL QUE NO HAY EL BIOLOGICO. - TAMBIEN REFIERE QUE LA VOLVIERON A LLEVAR PERO LE DIJERON QUE YA NO LE APLICAN.			

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: SCARLETH AITANA DIAZ. UNIDAD DE ATENCIÓN: PREJARDIN 1 AGENTE EDUCATIVO: GLADYS TUTISTAR.

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

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	SEGUIMIENTO	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
12-05-2025	EL DIA DE HOY LA NIÑA NO ASISTIO AL CDI. SE DESCONOCE EL MOTIVO	- LA DOCENTE ENVIA UN MENSAJE DE VOZ A LA MADRE DE FAMILIA SOLICITANDO INFORMACION SOBRE LA AUSENCIA DE LA NIÑO	- LA MADRE DE FAMILIA RESPONDE AL LLAMADO DE LA DOCENTE Y REFIERE QUE NO ASISTIO POR EL MAL ESTADO DEL TIEMPO.	DOCENTE	Leidy Ibañez