

a 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:

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: 1126144173

Fecha nacimiento: 22 | 11 | 2021

Nombres: BELLA LIDANGS

Apellidos: LONDOÑO ERAZO

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: SAN MIGUEL.

Municipio de residencia: PUTUMAYO

Zona: URBANA.

Barrio: 7 AGOSTO

Vereda:

Sector:

Dirección: CASA UBICADA AL RESPALDO DEL ANGANATO.

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: 1089404712.

Nombres: RUBY

Apellidos: NELLY ERAZO

País de nacimiento: COLOMBIA

Fecha nacimiento: 25 | 07 | 1988

Correo electrónico:

Número de celular: 3133745351

Número de fijo: 2

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: Rubi Nelly

Nombre y Firma del profesional que diligencia:

Observaciones:

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:
BELLA LIDANIS LONDOÑO ERAZO

N° DOCUMENTO: 1126144173 **TIPO DOCUMENTO:** RC X. CC ___ OTRO ___
FECHA DE NACIMIENTO: 22-11-2021 **EDAD:** 3A - 4M
LUGAR DE NACIMIENTO: ECUADOR - NUEVA LOJA.

NOMBRE DE LA UDS: CDI FRONTERAS DE PAZ
CODIGO UDS: BC757 1126972 **BARRIO/VEREDA:** 7 DE AGOSTO
FECHA DE INGRESO: 01-04-2025 **FECHA DE RETIRO:** _____

SISBEN: A2 **EPS:** EMSSANAR **RÉGIMEN (C)**__ **(S)** X.
DESPLAZADO: SI X NO___ **DISCAPACIDAD:** SI___ NO X. ¿CUAL? _____
GRUPO ETNICO: SI___ NO X ¿CUAL? _____
GRUPO AFROCOLOMBIANO: SI___ NO X. ¿CUAL? _____
NOMBRE DE LA MADRE: RUBY NELLY ERAZO
N° CÉDULA: 1089904712 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** PTO CAICEDO
NOMBRE DEL PADRE: NODIER LONDOÑO
N° CÉDULA: 9802165 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** GENOVA
N° DE CELULAR: 3133745351
NOMBRE DEL ACUDIENTE: _____
N° CÉDULA: _____ **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** _____
DIRECCIÓN VIVIENDA: _____ **ZONA POBLACIONAL:** (R)___ (U)___
NUMERO DE CELULAR _____

Rubi Nelly Eraso — **FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE**

LILIANA TOTISTAR. — **NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO**

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1126144173

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 57310751

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria	Notaria	Número	Consulado	Corregimiento	Inspeccion de Policia	Código
			X			Y 4 Z

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
ECUADOR , SUCUMBIOS , NUEVA LOJA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
LONDOÑO	ERAZO

Nombre(s)
BELLA LIDANIS

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguineo	Factor RH
Año 2021 Mes NOV Dia 22	FEMENINO	O	+

Lugar de nacimiento (Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
ECUADOR , SUCUMBIOS , NUEVA LOJA,LAGO AGRIO

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
REGISTRO DE NACIMIENTO EXTRANJERO	2150713390

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
LONDOÑO VILLEGAS NODIER

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 9802165	COLOMBIANA

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

Apellidos y nombres completos
ERAZO LOPEZ RUBY NELLY

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1089904712	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
ERAZO LOPEZ RUBY NELLY

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1089904712	Ruby Nelly

Datos Primer testigo

Apellidos y nombres completos
XXXXXXXXXXXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
XXXXXXXXXXXXXXXX	SIN FIRMA

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos
XXXXXXXXXXXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
XXXXXXXXXXXXXXXX	SIN FIRMA

Fecha de inscripción	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2022 Mes ABR Dia 07	MAURA MERCEDES CAMACHO TORRES Mercedes Camacho T. Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

Otro (comentario).: Nota no se imprime huellas circular 082 del 28 de agosto de 2020 emitida por el registrador nacional del estado civil. con el fin de proteger y salvaguardar los derechos de los niños y niñas, y de mitigar el riesgo de contagio de propagación del coronavirus covid19. - MAURA MERCEDES CAMACHO TORRES el 2022-04-30

Mercedes Camacho T.

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

TC/3573

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.089.904.712
ERAZO LOPEZ

APELLIDOS
RUBY NELLY

NOMBRES

Rubi Nelly Erazo.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 25-JUL-1988
LEIVA
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

26-FEB-2007 PUERTO CAICEDO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-2308000-01237589-F-1089904712-20210609 0074576597G 1 9915139774



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 9.802.165
LONDOÑO VILLEGAS

APELLIDOS
NODIER

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 20-NOV-1983
GENOVA
(QUINDIO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

11-FEB-2003 GENOVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-6401800-00652875-M-0009802165-20141222 0042013503A 1 43311671

6.

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta:	25/03/2025
Ficha:	86757023477900000114

A2

GRUPO SISBÉN IV
Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: **BELLA LIDANIS**

Apellidos: **LONDOÑO ERAZO**

Tipo de documento: **Registro civil**

Número de documento: **1126144173**

Municipio: **San Miguel**

Departamento: **Putumayo**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:	09/08/2018
Última actualización ciudadano:	08/06/2022
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 MONTE
Dirección:	Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libert
Teléfono:	4210537 - 32131387
Correo Electrónico:	sisben@sanmiguel-putumayo.gov

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	1126144173
NOMBRES	BELLA LIDANIS
APELLIDOS	LONDOÑO ERAZO
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	14/06/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/10/2025 11:38:28	**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

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 1126144173
Apellidos:	LONDOÑO ERAZO
Nombres:	BELLA LIDANIS
Ficha Sisben:	86757023477900000114
Nivel Sisben:	Nivel I
Grupo Sisben	A02
Tipo de discapacidad:	Ninguna
Plan de salud:	Régimen Subsidiado
Estado de servicio:	Vigente
Fecha de Afiliación:	14/06/2022
Departamento de Afiliación:	PUTUMAYO
Municipio de Afiliación:	SAN MIGUEL
Zona:	Urbana - Cabecera Municipal

IV - Afiliado cumple con metodología IV SISBEN.

IPS de atención de primer nivel

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

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

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

En constancia se firma el 20 de Junio 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



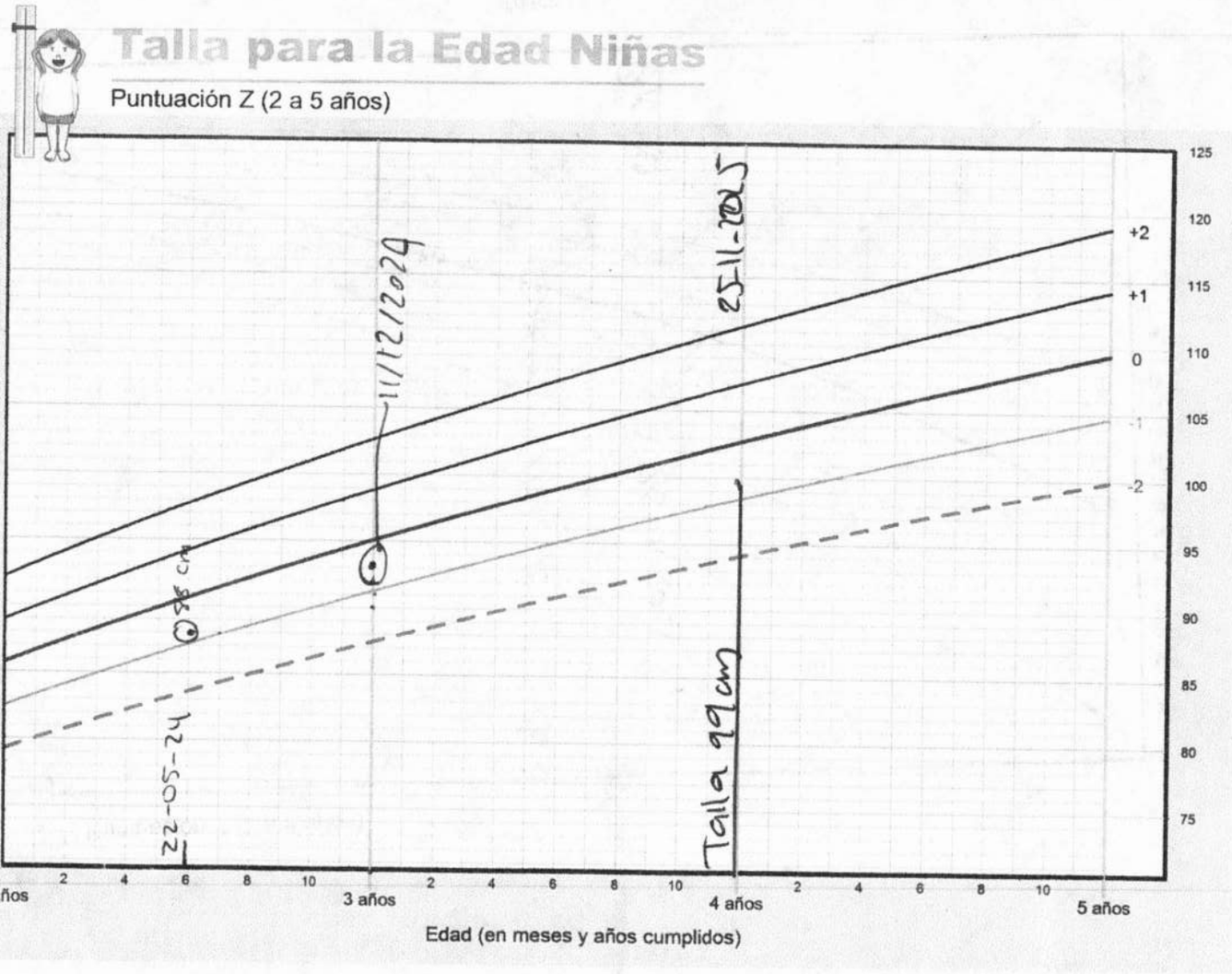
E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

Nombres: REINA YIDANIS	Apellidos: LONDOÑO ERAZO
Fecha de nacimiento: 22 DÍA | 11 MES | 26 AÑO	Historia Clínica: 1122144173
Barrio/Vereda: B/ 9 DE ABRIL	Responsable del niño:
Teléfono:	EPS: 118

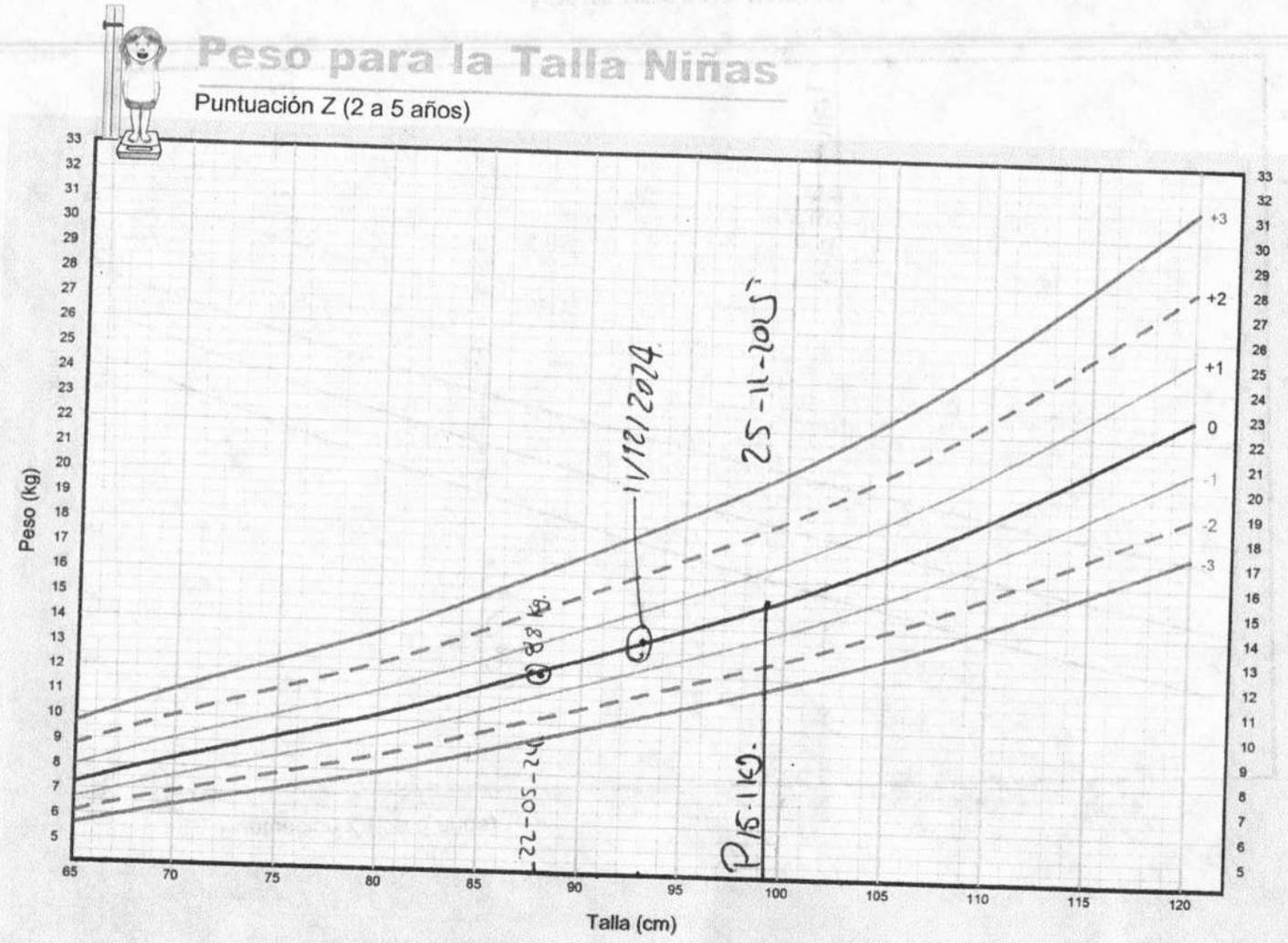
Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
14-06-22	9,8	66	43	14,5		29-07-22	
27-08-22	8090	69	45	16.7MC	17.7MC	22-NOV-22	victor oviedo
22/11/22	8.	74	45	14	14.6	22/05/23	Enf.
02-06-23	9.8kg	77	45	14	16.6	22-11-23	Dra. Magaly Cabrera Médico General R.M. 67027189-Univalle
20-11-23	10	80	47	12	15.6	22-05-24	
22-05-24	12.4	88	48	15	16	22-11-24	
11-02-2024	13.5	93	47.5	11	15.6	22-11-2025	Raul Mon
25-11-2025	15.1	99	45.	15.	15.4	22-11-2026	Dupnalcanta

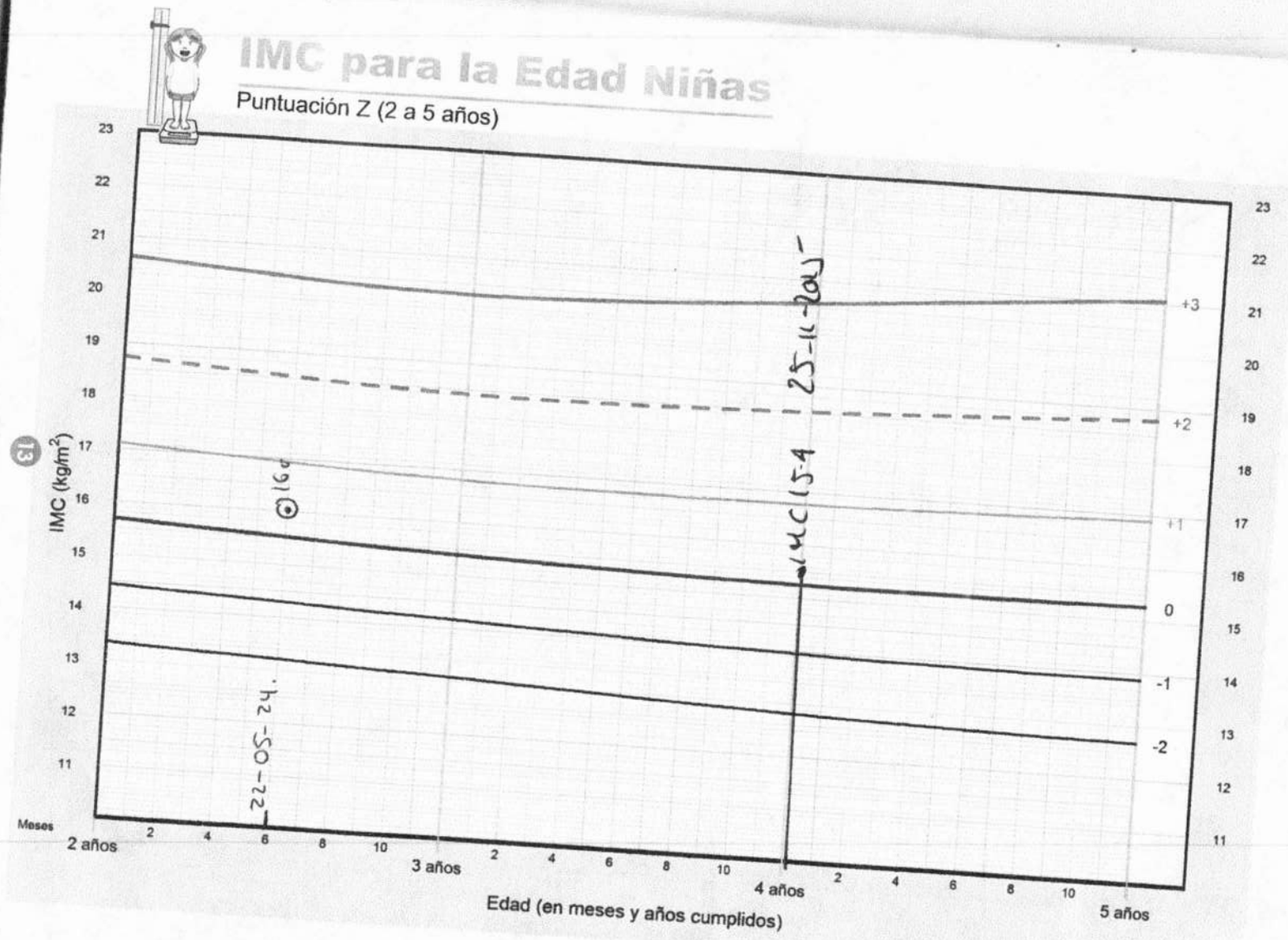
35


Talla para la Edad Niñas
Puntuación Z (2 a 5 años)
Talla (cm)
125
120
115
110
105
100
95
90
85
80
75
+2
+1
0
-1
-2
11/12/2024
25-11-2025
22-05-24
Talla 99cm
Meses
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)

Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)




IMC para la Edad Niñas
Puntuación Z (2 a 5 años)
IMC (kg/m²)
Meses
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)
+3
+2
+1
0
-1
-2
25-11-2015
14 C 15-4
16 d
22-05-22.

LIBRETA INTEGRAL DE SALUD



- Salud infantil/crecimiento y desarrollo niñas menores de cinco años
- Esquema de vacunas

HCU: 2150713408

C.C.:

Nombres: BELLA LIDANIS

Apellidos: [illegible]

Fecha de nacimiento: 22 | 11 | 2021

Teléfono domicilio: 1126144173

Teléfono celular:

Dirección domicilio:

Nombre de la madre/padre: [illegible]
CC 1313746.

Zona: 1

Distrito: 21D02

Cantón: [illegible]

Provincia: [illegible]

Establecimiento de salud: HMV1

Unicódigo:

Seguro de salud:

Seguro de la Policía: ☐ Otro: ☐

Seguro de las Fuerzas Armadas: ☐

IESS: ☐

Seguro Social Campesino: ☐ Ninguno: ☐

ES UN DERECHO RECIBIRLA Y SU DEBER CUIDARLA

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Toda una Vida

EL GOBIERNO DE TODOS

Vacunar oportunamente a los niños y niñas con todas las dosis, **disminuye el riesgo** de padecer enfermedades.

Protégelos contra:

Tuberculosis meníngea (BCG), **H**epatitis B, **P**oliomielitis (VIP), **M**eningitis y otras enfermedades causadas por ***H**aemophilus **I**nfluenzae* tipo b, **D**ifteria, **T**osferina, **T**étanos (Pentavalente), diarrea por **R**otavirus; neumonía, otitis, meningitis bacteriemia causada por **N**eumococo, enfermedad respiratoria causada por el virus de la **I**nfluenza, **S**arampión, **R**ubéola, **P**arotiditis (Triple Viral), **V**aricela, **H**epatitis A, **F**iebre Amarilla, **C**áncer causado por **V**irus de **P**apiloma **H**umano (VPH) y **C**ovid-19.



Las vacunas son seguras y salvan vidas

¡Ponte al Día!

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)

www.**minsalud**.gov.co @MinSaludCol

ATENCIONES DEFINIDAS MEDIANTE RESOLUCIÓN 3280 DEL 2018 PARA LA PRIM[illegible] INFANCIA

Seguimiento al Recién Nacido						D	M	A
Resultado Tamizaje Neonatal	TSH neonatal	Normal		Alterado				
	Auditivo OEA/PEAA	Normal		Alterado				
	Cardiopatía Congénita Compleja	Normal		Alterado				
	Visual	Normal		Alterado				
Atención en salud para la promoción y apoyo a la lactancia materna						D	M	A
Seguimiento a la atención en salud para la promoción y apoyo a la lactancia materna						D	M	A

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

Edad	Fecha D M A	Valoración Nutricional				Valoración del Desarrollo										Profesional que atendió perfil
		Peso	Talla	PC	Punt. Z	Motor Grueso A	R	SP	Motor Fino A	R	SP	Audición y Lenguaje A	R	SP	Personal Social A	R	SP	
3 a 5 días																		
Al mes																		
2 a 3 m.																		
4 a 5 m.																		
6 a 8 m.																		
9 a 11 m.																		
12 a 17 m.																		
18 a 23 m.																		
24 a 29 m.																		
30 a 35 m.																		
3 años																		
4 años																		
5 años																		

A Desarrollo adecuado para la edad R Riesgo de problema en el desarrollo SP Sospecha de problema en el desarrollo

Atención en Salud Bucal								
A partir de los 6 meses	D	M	A	Un año	D	M	A
Dos años	D	M	A	Tres años	D	M	A
Cuatro años	D	M	A	Cinco años	D	M	A

Valoración de la Salud Visual - Agudeza Visual						
Tres años	D M A	Menor o igual a 20 normal	SI		NO	
Cuatro años	D M A	Menor o igual a 20 normal	SI		NO	
Cinco años	D M A	Menor o igual a 20 normal	SI		NO	

Suplementación con hierro (Menores de 6 meses con riesgo)			
1 mes	D	M	A
2 a 3 meses	D	M	A
4 a 6 meses	D	M	A

Fortificación casera con micronutrientes en polvo 6 a 23 meses			
6 a 8 meses	D	M	A
12 a 17 meses	D	M	A
18 a 23 meses	D	M	A

Suplementación con micronutrientes (Hierro y Vitamina A)						
2 años	D	M	A	D	M	A
3 años	D	M	A	D	M	A
4 años	D	M	A	D	M	A
5 años	D	M	A	D	M	A

Desparasitación			
1 año	D	M	A
2 años	D	M	A
3 años	D	M	A
4 años	D	M	A
5 años	D	M	A

Tamizaje para Anemia - Hemoglobina (Según criterios de riesgo)				
D	M	A	Resultado	

Educación para la Salud en la Primera Infancia			
Edad	Fecha	Tema	Observaciones

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

15
RN

Salud

LAS VACUNAS SON SEGURAS Y SALVAN VIDAS ¡PONTE AL DÍA!

Carné de Vacunación

Nombres y Apellidos: Bella Lidanis Londoño Erato

[x] R.C [ ] T.I [ ] OTRO — Tipo de Documento

1.126.199.173. — No. de Documento

Fecha de Nacimiento: 22 DIA / 11 MES / 2021 AÑO

Sexo: Femenino

Grupo sanguíneo: Rh:

Peso al nacer: Talla:

Dirección:

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Responsable: Ruby Nelly Erato Lopez

Municipio de residencia: San Miguel

Departamento: putumayo.

Nombres y Apellidos: _____ Tipo de Indentificación _____ No. ID: _____ 16

Edad	Vacuna	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 ☐						
	BCG	Única	23	11	21	Serum	0379620CA	HGMUI				Hilary C.
	Hepatitis B	Recién nacido										
2 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Poliomielitis	1ª	28	01	22	Biological D	2105007					
	*Pentavalente	1ª	28	01	22	Serum	2850X035B					
	Rotavirus	1ª	28	01	22	GSK	ARUC77AF	HFLD				Karen A.
	Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	1ª	28	01	22	Pfizer	ADPNB301EA					
4 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Poliomielitis	2ª	04	04	22	Biological D	2105007					
	Pentavalente	2ª	04	04	22	Serum	2850X035B					
	Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	2ª	04	04	22	Pfizer	ADPNB315BA	HFLD				Karen A.
	Rotavirus	2ª	04	04	22	GSK	ARUC838A					
6 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Poliomielitis	3ª	08	06	22	Biological	2115006					
	Pentavalente	3ª	08	06	22	Serum	28504038	HFLD				Karen A.
	Influenza estacional	1ª	08	06	22	Green crops	U502220GB					
7 meses	Influenza estacional	2ª	12	07	22	Green crops	U502220GB	HFLD				Karen A.
12 meses	Sarampión, Rubéola , Paperas	1ª	20	11	22	Serum	0130N013B					
	Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	Refuerzo	24	11	22	Pfizer	ADPNB338K	HFLP				Tolya 6
	Varicela	1ª	24	11	22	Merck	L2121U					
	Hepatitis A	Única	20	11	22	Merck	T036258	HFLD				Eduar I
	**Influenza estacional	Anual	12	06	23	Green crops	U250230GT					
18 meses	Poliomielitis	1er Refuerzo	12	06	23	Biological D	2200668					
	Pentavalente	1er Refuerzo	12	06	23	Serum	28514031D	HFLD				Eduar I. Tolya 6.
	Sarampión, Rubéola , Paperas	Refuerzo	12	06	23	Serum	0131N077A					
	***Fiebre Amarilla	Única	20	11	22	Sanofi	V016961	HFLD				
5 años	Poliomielitis	2do Refuerzo						5 AÑOS 5 AÑOS Cumplidos				
	Difteria, Tétanos, Tosferina	2do Refuerzo										
	Varicela	Refuerzo										
A partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH) Tetra ☐ Nona ☐											
Sin rango de edad	Covid-19											
Vacunas complementarias y otras dosis	SOR		22	11	23	Serum	0122W108	HFLD				Karen A.

*Difteria-Tétanos-Tosferina-Hepatitis B-Haemophilus influenzae tipo b **De acuerdo al antecedente de primovacunación ***A los 12 meses en municipios priorizados de acuerdo a la normatividad vigente

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 nutritivc

Esquema de vacunación niñas menores de un año

Tipo Vacunas	Dosis	Edad óptima de vacunación	Fecha de aplicación día	mes	año	Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de Salud
*BCG (Meningitis)	1 dosis	dentro de las 24 horas	23	11	21	12h	03796 209	IRE Hilary Campos	HG HvI
Hepatitis B (HB cero)	1 dosis	dentro de las 24 horas							
**Rotavirus (Diarrea)	1ra. dosis	2 meses	28	1	2022	2m	AROIC77 AF	E.SE HF1D	Karen A
	2ra. dosis	4 meses	4	4	2022	4M	AROIC855A	HF1D	Karen A
Pentavalente (Difteria, Tosferina, Tétanos, Hepatitis B, Meningitis, Neumonia)	1ra. dosis	2 meses	28	1	2022	2m	28500 35B	E.SE HF1D	Karen A
	2da. dosis	4 meses	4	4	2022	4M	28500035D	HF1D	Karen A
	3ra. dosis	6 meses	8	6	2022	6M	28504038	HF1D	Karen A.
***fIPV (Poliomielitis)	1ra. dosis	2 meses	28	1	2022	2m	2105001	E.SE HF1D	Karen A.
	2da. dosis	4 meses	4	4	2022	4M	2105001	HF1D	Karen A
**bOPV (Poliomielitis)	3ra. dosis	6 meses	8	6	2022	6M	2118006	HF1D	Karen A.
Neumococo conjugada (Neumonia, Meningitis, Otitis)	1ra. dosis	2 meses	28	1	2022	2m	ASPNB 301EA	E.SE HF1D	Karen A.
	2da. dosis	4 meses	4	4	2022	4M	ASPNB 315BA	HF1D	Karen A.
	3ra. dosis	6 meses	08	06	22	6meses		HF1D	Karen A

CITA 8 Julio

* BCG dosis única: se administraría hasta los 11 meses 29 días.
** Rotavirus. La segunda dosis podrá administrarse hasta los 7 meses de edad (7 meses 29 días).
*** El intervalo entre fIPV (1) y fIPV (2) debe ser de 8 semanas.
**** DT solo ante casos de reacción anafiláctica al componente pertusis de la vacuna pentavalente que incluye componente DPT.
***** El uso de vacuna HB pediátrica en niñas que tuvieron reacción anafiláctica a la vacuna pentavalente. Se administrará HB pediátrica más DT pediátrica.

Esquema de vacunación niñas de 12 a 23 meses

Tipo Vacunas	Dosis	Edad óptima de vacunación	Fecha de aplicación día	mes	ao	Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de Salud
SRP (Sarampión, Rubeola, Parotiditis) TV	1a. dosis	12 meses	24	11	22	1A	0130N338	Talya 6	HF1D
	2a. dosis SR	18 meses	12	06	23	1y6M	0131N011A	Eduar.	HF1D
Fiebre amarilla	1a. dosis	12 meses	24	11	22	1A	U016461	Talya 6	HF1D
Varicela	1a. dosis	15 meses	24	11	22	1A	U211U	Talya 6	HF1D
DPT (Difteria, Tosferina, Tétanos)	1er refuerzo (4a. dosis componente DPT)	18 meses	12	06	23	1y6M	28814031D	Eduar I	HF1D
bOPV (Poliomielitis)	1er refuerzo (4a. dosis)	18 meses	12	06	23	1y6M	2200608	Eduar I	HF1D

Esquema de vacunación niñas de 5 a 15 años

Tipo vacunas	Dosis	Edad óptima de vacunación	Fecha de aplicación día	mes	año	Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de salud
bOPV	5ta. dosis	5 años							
*DPT	*5ta. dosis	5 años							
HPV	1ra. dosis	9 años (niñas)							
	2da. dosis (6 meses después de la 1ra. dosis)								
dT adulto	3er. refuerzo	15 años							

* DPT. 5ta dosis o 2do refuerzo, se aplica y se registra siempre y cuando se verifique en el carnet que se ha recibido las 3 dosis de pentavalente y la 4a dosis con DPT; caso contrario proceder con la aplicación de, 1a dosis al primer contacto; 2a. dosis al mes de la primera dosis; 3a. dosis a los 6 meses después de las segundas dosis; 4a. dosis al año de la 3a dosis; 5a dosis al año de la cuarta dosis en otras vacunas.

Otras vacunas (de 0 a 15 años)

Tipo vacunas	Dosis	Edad óptima de vacunación	Fecha de aplicación día	mes	año	Edad de aplicación	Lote	Nombres del vacunador	Establecimiento de salud
Influenza	1d	.	8	6	2022	6M	V8022008	Karen	A HF1D
Influenza	2d		12	7	2022	7M	V8022008	Karen	HF1D
H.A.	Unica 1 Año	24	11	2022	11	T036268		Talya 6	HF1D
Neumococo	Unica 1 Año	24	11	2022	11	ASPN03338K		Talya 6	HF1D
Influenza	Ref.	18	06	23	23	Sanofi	V2802300	HF1D	Eduar I.

Observaciones: SR REF 22-11-23 Sanofi 0122V008 HF1D Karen



Salud infantil

RECIÉN NACIDA

PESO AL NACER: 2740 g

<2500 g ○ >4000 g ○

P. CEFÁLICO cm: 32,3

LONGITUD cm: 48,

EDAD GESTACIONAL: sem. 37 días. FUM ○ ECO ○ ESTIMADA ○

PESO E.G.: adec. ○ peq. ○ gde. ○

APGAR (min): 1er 08 · 5to 09 · 10mo n/a ○

REANIMACIÓN

	no	si		no	si
estimulac.	○	✓	tubo endotraq.	✓	○
aspiración	○	✓	masaje c.	✓	○
máscara	✓	○	medicación	✓	○
bolsa	✓	○			

ATENDIÓ: médico obst. enf. auxil. estud. empir. otro

PARTO	✓	○	○	○	○	○	○
NEONATO	✓	○	○	○	○	○	○

LUGAR DE PARTO: Establecimiento de salud ✓ · Domicilio ○ · Otro ○

MÉTODO CANGURO

Amerita	Se aplica
no ○	si ○
si ○	no ○

EXAMEN FÍSICO — NORMAL: no ○ si ✓

DEFECTOS CONGÉNITOS: no ○ menor ○ mayor ○ · CIE 10 ____

Tipificación R.N. ----------

Vitamina K: no ○ si ✓

Profilaxis Ocular: no ○ si ✓

ENFERMEDADES

ninguna ○ 1 ó más ○

CIE 10 ____ ----------

CIE 10 ____ ----------

TAMIZAJE METABÓLICO: Se realiza ○ · No se realiza ○ · n/a ○

TAMIZAJE AUDITIVO: Pasa OI ○ OD ○ · No pasa OI ○ OD ○ · No se hace ○

EGRESO RN

Apego inmediato: no ○ si ○

PESO AL EGRESO ____ g

FECHA AL ALTA ____

ALIMENTO AL ALTA: lactancia exclusiva ○ · parcial ○ · artificial ○ · leche humana ○

Ligadura de cordón al cesar pulsaciones: no ○ si ○

Meconio 1er. día: no ○ si ○

Lactancia inmediata: no ○ si ○

Responsable egreso materno / nombres completos / sello ----------

○ Alerta

RECOMENDACIONES

- Cepillate los dientes despues de cada comida
- mantenga una dieta balanceada baja en azucares y carbohidratos
- Cambia tu cepillo de dientes cada 2 meses si tiene gripa o tos, cambialo inmediatamente

Tu sonrisa refleja lo que tu eres

I.A.M.I. INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y DE LA INFANCIA

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

MI CARNET DE HIGIENE ORAL

E.P.S.	Emssanar
Nombres:	Bella Idanis
Apellidos:	Landaño Erazo
Sexo:	M [X]
Fecha de Nacimiento:	22 / 11 / 21
Identificación:	1126144173
Dirección:	N.H.C.

Servimos con amor

FECHA	PROCEDIMIENTO CP	S	F	D	PROXIMA CITA
20-02-23	X		X		20-09-23
22-08-23	X		X		22-02-24
19-03-24	X		X		19-Sep-24
26-09-24	X		X		26-03-25
26-03-25	X	X	X		26-Sep-2025
01-10-25	X	X	X	4-01-A01	01-2026

Stephanny Ortega
ODONTOLOGA
Reg. 52-570

20
R/N

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

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

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL

La salud es de todos | Minsalud

CIUDAD San Miguel FECHA: DÍA 18 MES 06 AÑO 2025 HORA: 2.47 p.m

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Bella Victoria APELLIDOS Londoño Erazo.

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [x] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1.726.194.173.

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 22 MES: 11 AÑO: 2021 / EDAD: 3 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Emssanar Tel°. 313 374 5357

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 ncia 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)

Temedo a la reacción

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

EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD

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

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

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

Firma de la persona: Rubi Nelly Erazo

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

Nombres Rubi Nelly Apellidos Erazo Lopez

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 1089902772

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 el(la) señor(a)

_____ identificado(a) con C.C ☐ C.E. ☐ OTRO ☐ número _____

de _____

Huella dactilar o plantar del Rogante

Firma del Rogado

C.C. N°

C.C. N°

Nombres y apellidos del vacunador: Isabel Arcos Erazo

Firma Isabel Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1006795436

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFUB

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.

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 BELLA UDANIS LONDOÑO ERAZO, identificado (a) con documento de identidad número 1126144173, 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, RUBY ERAZO, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1089904712, 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 INSTITUCIONAL.

Suscriben:

Firma: Rubi Nelly Erazo
Nombre: Rubi Nelly Erazo.
Calidad - Titular: x. Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3133745351
Fecha: 4-04-2024
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

Rubi Nelly Erazo
Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Agente educativa

Huella del niño/niña

Bella Londoño

con daño

EMPRESA DE ENERGIA DEL BAJO PUTUMAYO S.A. E.S.P.
Nit. 846.000.55340 • NUIR: 2486568000-7
Autorretenedores Res. 547 de 25/01/2002
Responsables de IVA

"Generamos Desarrollo con Energía"

Vigilado Superservicios

Codigo de Suscripción	SM 43235-1	Pago oportuno hasta:	02/04/2025	Mes Facturado
Factura Nro	2037043329	Suspensión a partir de:	03/04/2025	MARZO 2025

1.Información Genera

Nombre:	RIGO BERTO TORO GUERRA										Último pago	$ 230,430
Dirección:	BR 7 AGOSTO								Tuve servicio de energia entre:		20-FEB-2025 - 19-MAR-2025 (27)	
Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Area	Nivel de Tension	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Codigo Tarifa	División Geopolítica	
SM1	S105	233	1	RESIDENCIAL	URBANA	1	2	AEREA	EMPRESA	105	SAN MIGUEL - 7 DE AGOSTO	

Tipo de Documento	Fecha y hora de Emisión	Fecha y hora de Generación	Medio de Pago	Forma de Pago	Factura Electrónica de Venta	0
FACTURA DE VENTA	22/03/25	22-MAR-25	PAGO EN EFECTIVO	CONTADO	EEBP - 168697	

2.Información Consumo Energía

Componentes de Costo (CU)* Generación + Transmisión + Distribución + Comercialización + Perdidas + Restricción = CU

527.6	49.85	253.23	121.95	70.79	14.68	= CU 1038.1 ($/KwH)

2A.Información Medidor

Marca	Serial	Factor Multiplic.
APP	4604498465	1

2B.Información de Lecturas

Energia	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	11168	10954
Reactiva:		

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

2C.Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	214		
Consumo Reactiva KVarh:	0		
Costo del consumo $	222153.4		
Tarifa (hasta 173 Kwh)	415.24		
Subsidio: %	60	$	-107754.78
Contribución: %	0	$	0
Sub Total $	114398.62		

Meses en mora: 1 — % Tasa Interes Moratorio: 0.5

2D.Consumo Últimos 6 Meses

	Mes	Activa	Reactiva
2024	SEPTIEMBRE	421	0
2024	OCTUBRE	353	0
2024	NOVIEMBRE	398	0
2024	DICIEMBRE	370	0
2025	ENERO	399	0
2025	FEBRERO	318	0
	PROMEDIO	377	0

2E.Información Calidad del Servicio

Tel. O R EEBP: 01 8000 942415
Transformador: SDP004 Grupo: 22
DIUG: 30.24 FIUG: 19 Circuito: C14
Cargo D: 249.0104 Dscto %t:20
CEC: 0
DIU: 81.94 FIU: 96
HC: 0 VC: 0
Valor a Compensar: 0

3.Información de Créditos EEBP

Tipo de Plan	Capital Crédito	No Cuotas	Saldo Capital	Cuotas Pagadas	Cuotas por Facturar

Gerente General

4.Detalle Conceptos del Servicio de Energí

Conceptos EEBP	Valor Liquidado	Saldo Anterior	Saldo a Favor o Anticipado	Total
ACTIVA SENCILLA MONOMIA	222,153.40	.00	.00	222,153.40
SUBSIDIO	-107,754.78	.00	.00	-107,754.78
AJUSTE A SUBSIDIO	3,224.79	.00	.00	3,224.79
AJUSTE A LA DECENA	2.59	.00	.00	2.59

5.Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP 117,626

6.Información Facturación Convenio Impuesto Alumbrado Públi

Sujeto Activo	Operador A.P	Convenio No.	Dirección PQR	Valor Periodo	Saldo Ant.	Valor Total
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL	MUNICIPIO SAN MIGUEL	ACUERDO 008 31/08/2023	Cra 4 Cll 7 Esquina	26,844	0	26,844

7.Información Facturación Convenio Aseo y Alcantarillad

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

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

8.Información Facturación Otros Convenios

Concepto	Empresa	Direccion PQR y/o Telefono	Valor Tarifa	Saldo Anterior	Valor Total

Total EEBP	+ Total Impuesto Alumbrado público	+ Total Aseo y/o Alcantarillado	+ Total Otros Convenios	= Debo pagar en Total
117,626	26,844	6,000	0	$ 150,470

CUFE: ae6f210cba05fe303ff819b15e090ed549f8a4b0f9a051801 7a6642848af7324b13e52433468a350a7d16ec92a19f159

(415)7709998005532(8020)100020370433294 4(3900)000015047 0(96)20250402

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

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

Proveedor Tecnológico: dispacables S.A.S. NIT 860028580-2 Software fact-e

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre 26

Ciudad La Dorada San Miguel

Nombre completo de la niña o niño BELLA IDANIS LONDOÑO ERAZO

Fecha de nacimiento 21 11 2021 **N° Documento de Identidad** 1.126.144173

Sexo Masculino ○ Femenino ⊗ **Fecha de 1er día de atención en el año** 01 04 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Liliana Tutistar

Fecha de registro cualitativo Día 2 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
BELLA SE ENCUENTRA EN PERFIL ESPERADO, PUESTO QUE HA DEMOSTRADO HABILIDADES PROPIAS A SU EDAD, COMO EL HECHO DE EXPLORAR CON CURIOSIDAD EL MEDIO QUE LA RODEA, EL INTERACTUAR POSITIVAMENTE CON SUS PARES, FACILITANDO SU CONVIVENCIA, POR LO TANTO SE SEGUIRA FORTALECIENDO SUS AVANCES CON ACTIVIDADES LUDICAS.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador LILIANA TUTISTAR RUIZ.

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
BELLA MUESTRA LOGROS SIGNIFICATIVOS DE ACUERDO A SU EDAD. POR LO TANTO SE ENCUENTRA EN PERFIL DE DESARROLLO ESPERADO, SE HA CUIDADO CONTROL POSTURAL, DESPLAZAMIENTO SEGURO, IDENTIFICA Y VALORA ALGUNAS PROFESIONES Y LAS ASOCIA CON ELEMENTOS DE TRABAJO, MUESTRA EMPATIA CON SUS PARES.

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 tativa ⇨	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: BELLA LUDANIS LONDOÑO UNIDAD DE ATENCIÓN: PREJARDIN 1 AGENTE EDUCATIVO: LILIANA TOTASTA.

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)
07-03-25	LA MADRE DE FAMILIA ENVIA UN MENSAJE DE VOZ A LA DOCENTE REFIRIENDO QUE TUVO UN INCONVENIENTE POR LO TARDE DE PODER TRAER A LA NIÑA, PERO MAÑANA LA TRAERA PUNTUALMENTE.	X LA DOCENTE LE DA A CONOCER LA IMPORTANCIA DE LA ASISTENCIA.	DOCENTE.	RUBI NELLY

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: BELLA LIDANA LONDOÑO **UNIDAD DE ATENCIÓN:** PREJARDIN 1 **AGENTE EDUCATIVO:** LILIANA TOTISTAR

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)
1-06-2025	SE REALIZA REVISION DE CARPETAS Y SE EVIDENCIA QUE EN EL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO, NO SE ENCUENTRA DILIGENCIADA EN LAS REJILLAS LOS DATOS DE: PESO, TALLA, PERIMETRO CEFALICO, PERIMETRO BRAQUIAL, IMC, SIN EMBARGO EN LA HOJA DE CONTROL SI ESTA REGISTRADO ALGUNOS DATOS, MENOS EL PERIMETRO BRAQUIAL Y EL IMC.	* LA DOCENTE LE DA A CONOCER A LA MADRE DE FAMILIA LO ANTERIORMENTE ESTABLECIDO, RECOMENDANDO ACERCARSE AL HOSPITAL Y SOLICITAR LE ESTABLEZCAN LA INFORMACION EN LAS REJILLAS.	DOCENTE.	Rubi Nelly Erazo

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: BELLA UDANIS LONDOÑO **UNIDAD DE ATENCIÓN:** PREJARDIN 1 **AGENTE EDUCATIVO:** LILIANA TOTISTAR

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 DOCENTE REALIZA REVISION DE CARPETAS Y EVIDENCIA EN EL CARNET DE VACUNAS QUE LE HACE FATA. LA PRIMERA DOSIS DE HEPATITIS B.	-LA DOCENTE SE COMUNICA CON LA MADRE DE FAMILIA, QUIEN REFIERE QUE LA NIÑA NACIO EN EL ECUADOR, Y ESTA SEMANA QUE LE APLICARON PERO NO LE HAN REGISTRADO EN EL CARNET			Rubi Nelly Erazo