BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

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

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: COI 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: 1126460619

Fecha nacimiento: 27 | 08 | 2021

Nombres: LIAN ZAID

Apellidos: CASTRO DIAZ.

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: LOS PRADOS

Vereda:

Sector:

Dirección: VIA AL COLEGIO LAS ELICONIAS

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: 1006788781

Nombres: SANDRA NATALIA

Apellidos: DIAZ RUALES.

Pais de nacimiento: 11-ABRIL-1999

Fecha nacimiento: 11 | 04 | 1999.

Correo electrónico:

Número de celular: 3228703455

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: Natalia Díaz.

Nombre y Firma del profesional que diligencia:

Observaciones:

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:

LIAN ZAID CASTRO DIAZ.

N° DOCUMENTO: 1126460619 **TIPO DOCUMENTO: RC** X **CC** ___ **OTRO** ___

FECHA DE NACIMIENTO: 19-AGOSTO-2021 **EDAD:** 3A-7M.

LUGAR DE NACIMIENTO: PUERTO ASIS

NOMBRE DE LA UDS: CDI FRONTERAS DE PAZ.
CODIGO UDS: 867571126972. **BARRIO/VEREDA:** SIETE DE AGOSTO
FECHA DE INGRESO: 01-04-2025 **FECHA DE RETIRO:** ___

SISBEN: B2 **EPS:** EMSSANAR **RÉGIMEN (C)**___ **(S)** X

DESPLAZADO: SI___ **NO** X **DISCAPACIDAD: SI**___ **NO** X **¿CUAL?** ___

GRUPO ETNICO: SI___ **NO** X **¿CUAL?** ___

GRUPO AFROCOLOMBIANO: SI___ **NO** X **¿CUAL?** ___

NOMBRE DE LA MADRE: SANDRA NATALIA DIAZ RUALES.

N° CÉDULA: 1006788781 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** SAN MIGUEL.

NOMBRE DEL PADRE: JONATHAN MIGUEL ORTEGA VITRIAGO

N° CÉDULA: 6196751 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** BOGOTA D.C

N° DE CELULAR: 3228703455

NOMBRE DEL ACUDIENTE: ___

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

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

NUMERO DE CELULAR ___

Natalia Diaz Ruales
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

LILIANA TUTISTAR
NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO C

Número: **N**

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil

28336063-6

NUIP 1 126 460 619

Tipo de certificado	Datos Esenciales ☐	Acreditar Parentesco X

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos

CASTRO DIAZ LIAN ZAID

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)			Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año 2021	Mes AGO	Día 19	MASCULINO	O +

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

COLOMBIA PUTUMAYO PUERTO ASIS

Fecha de Inscripción (Mes en letras)			Indicativo serial
Año 2021	Mes AGO	Día 27	0061320918

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos

DIAZ RUALES SANDRA NATALIA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.006.788.781	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos

CASTRO RIASCOS EDICSON ARLEY

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.126.458.177	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos

CASTRO RIASCOS EDICSON ARLEY

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 1.126.458.177

Espacio para notas

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio

COLOMBIA PUTUMAYO VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)

Código: Y 7 A

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)

Año 2021 Mes AGO Día 27

Nombre y firma del funcionario

CARMEN PATRICIA CASANOVA YANDI

Registrador del Estado Civil

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.006.788.781**

DIAZ RUALES
APELLIDOS

SANDRA NATALIA
NOMBRES

Natalia Diaz Ruales
FIRMA



B/los Prados
Cel°-3228703455
- 3183987294



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **11-ABR-1999**
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

17-ABR-2017 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-6401800-00949406-F-1006788781-20171026 **00582**50242G 2 9901882212



REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL
MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

No. 6196751
ORTEGA VITRIAGO
APELLIDOS
JONATHAN MIGUEL
NOMBRES
COL
VEN
NACIONALIDAD
M
SEXO
23425907
CÉD. NAL.
20-08-1995
FECHA DE NACIMIENTO
08-11-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO
VISIBLES
FIRMA



E1563605
INDICE DERECHO
El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información migratoria.
MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL6196751<<9<<<<<<<<<<<<<<<
9508200M3105308VENE1563605<<<2
ORTEGA<VITRIAGO<<JONATHAN<MIGU

3208202938

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta:	26/03/2025
Ficha:	86865049478000004427

B2

GRUPO SISBÉN IV

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres:	LIAN ZAID
Apellidos:	CASTRO DIAZ
Tipo de documento:	Registro civil
Número de documento:	1126460619
Municipio:	Valle del Guamuéz
Departamento:	Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:	06/05/2022
Última actualización ciudadano:	06/05/2022
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:	JHEISON ALEXANDER VALENCIA CASTRO
Dirección:	Calle 7 No 5 - 20
Teléfono:	4282059 - 3223167301
Correo Electrónico:	sisben@valledelguamuez-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	1126460619
NOMBRES	LIAN ZAID
APELLIDOS	CASTRO DIAZ
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	19/08/2021	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/10/2025 19:33:38	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado 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

emssanar EPS
NIT. 901.021.565-8
Registro de Cámara de Comercio
N° 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 1126460619
Apellidos:	CASTRO DIAZ
Nombres:	LIAN ZAID
Ficha Sisben:	86865049478000004427
Nivel Sisben:	Nivel I
Grupo Sisben	B02
Tipo de discapacidad:	Ninguna
Plan de salud:	Régimen Subsidiado
Estado de servicio:	Vigente
Fecha de Afiliación:	19/08/2021
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

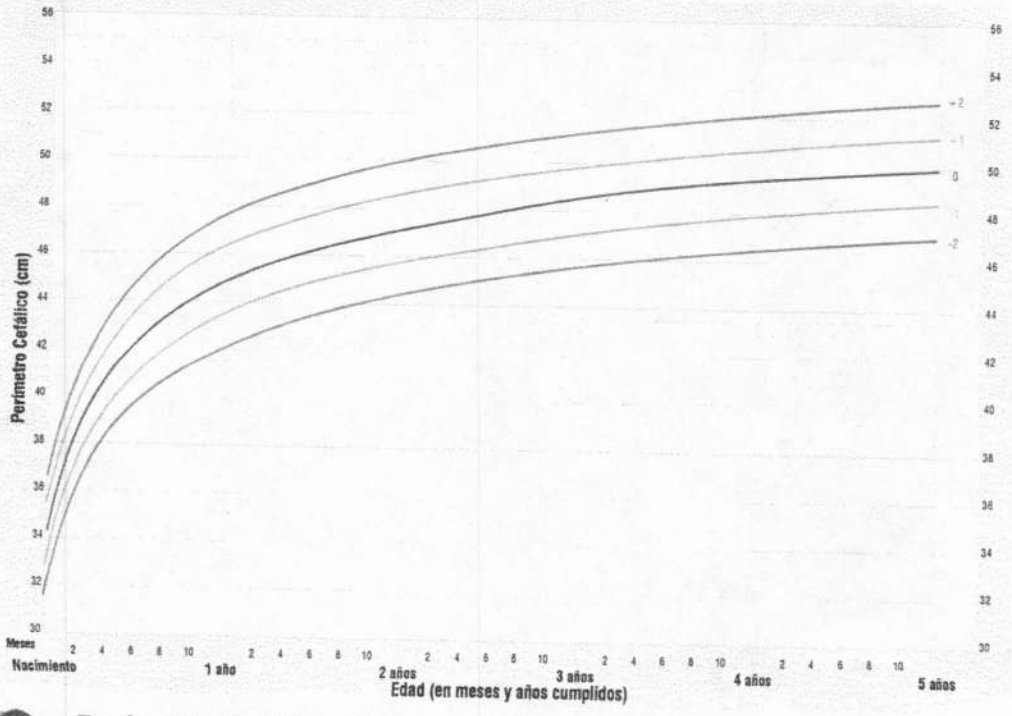
En constancia se firma el 20 de Junio de 2025 a solicitud del interesado.

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.

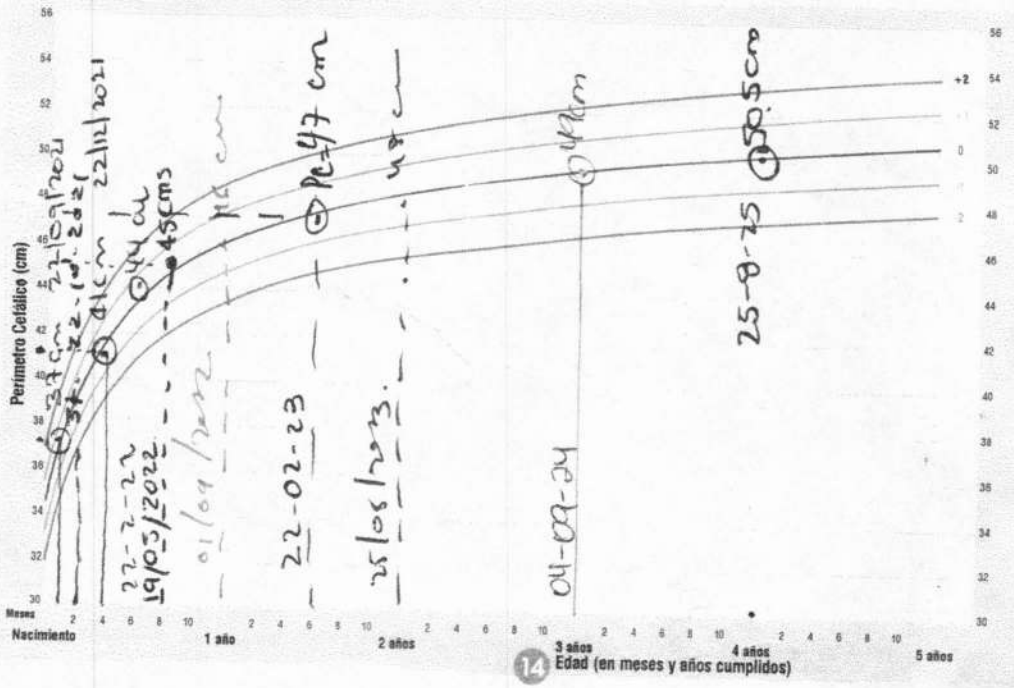
Perímetro Cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)



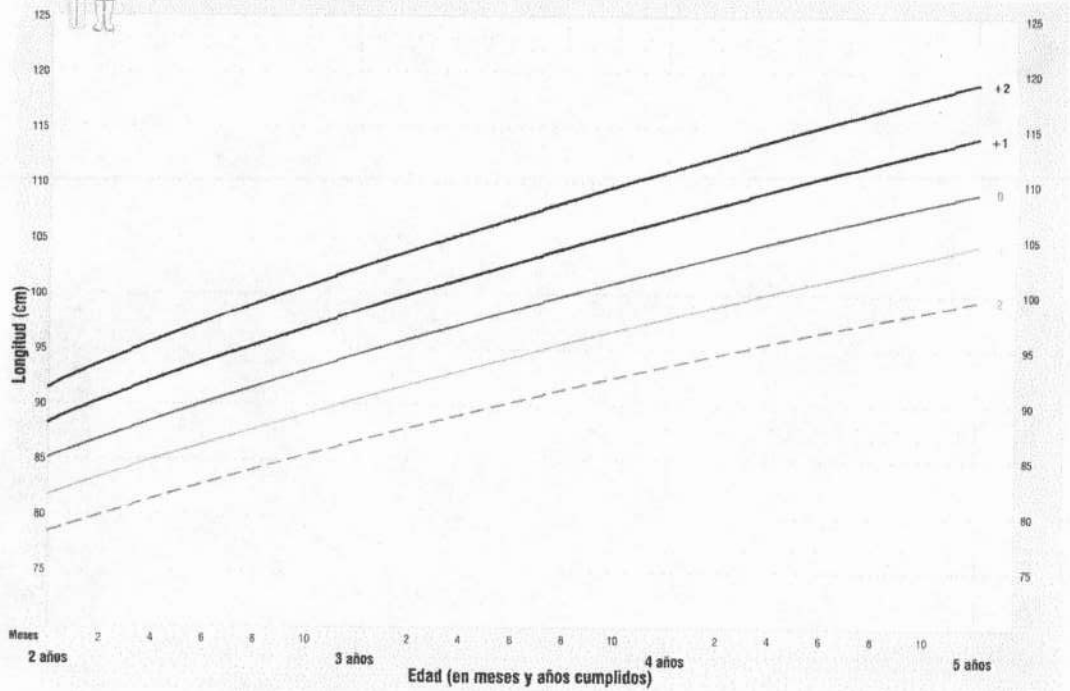
Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)



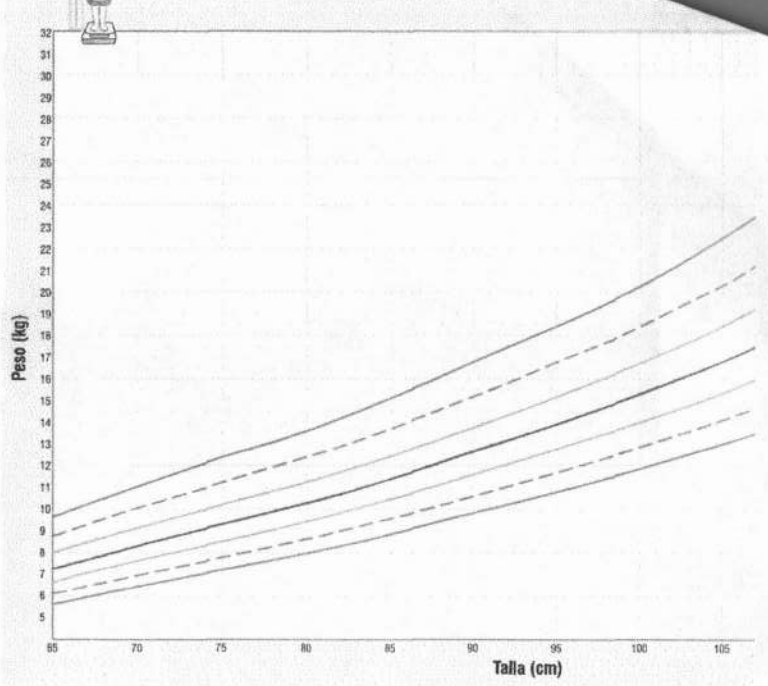
Talla para la edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



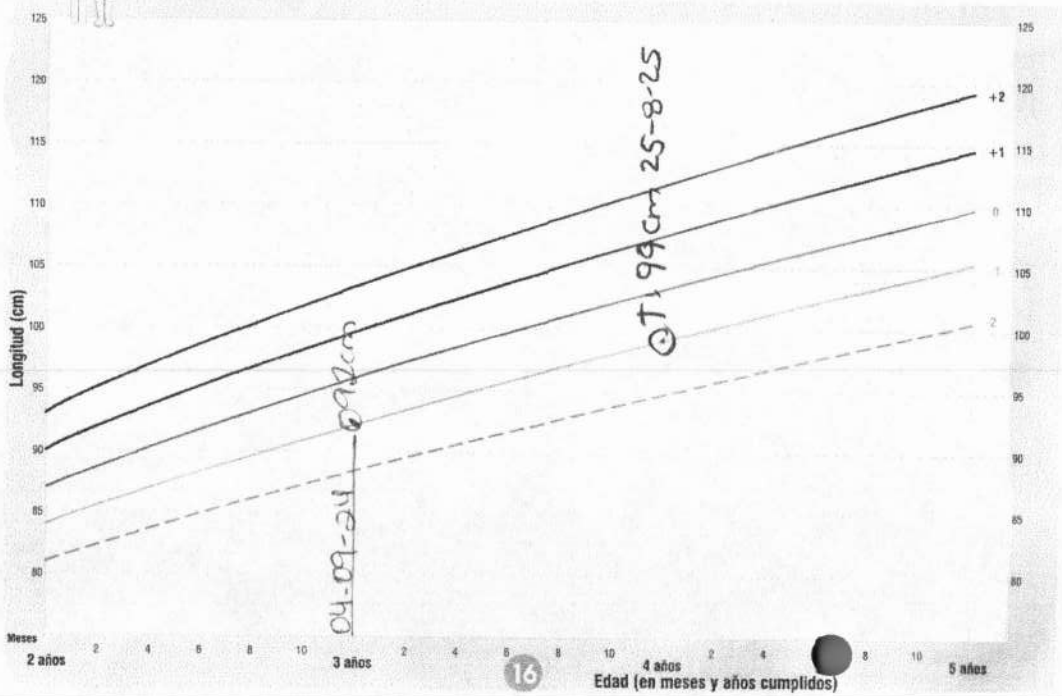
Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



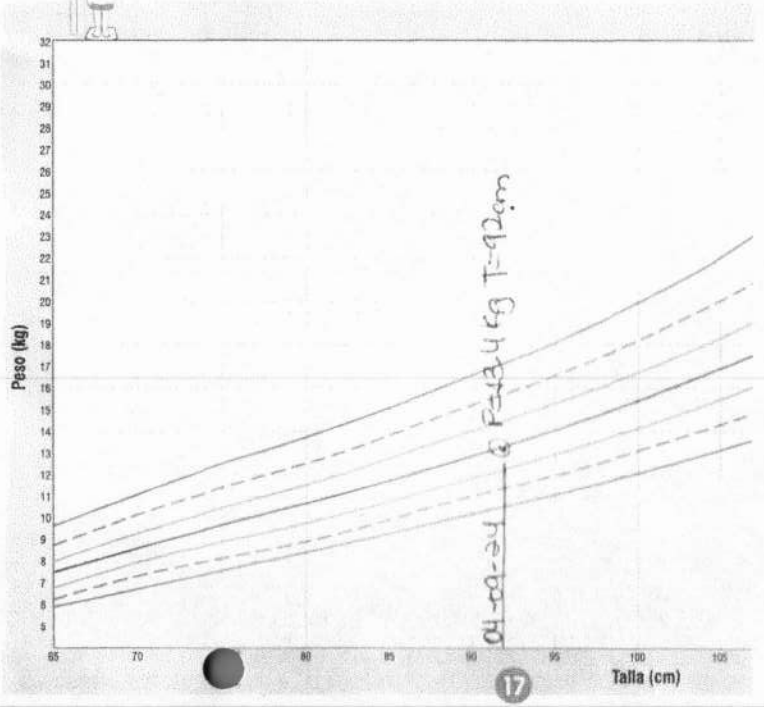
Talla para la edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



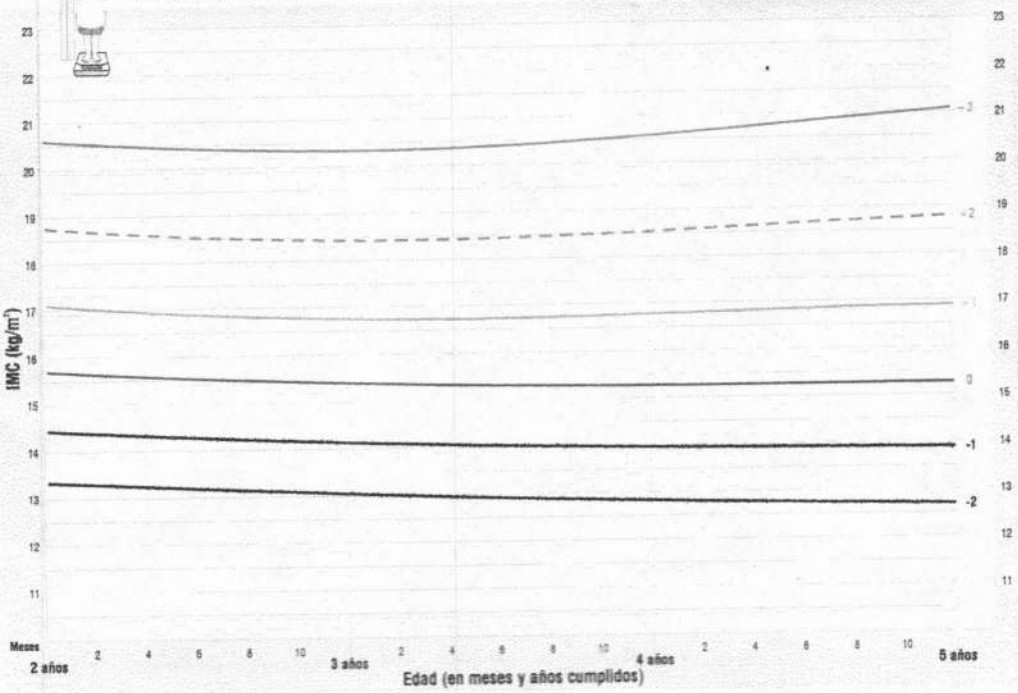
Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



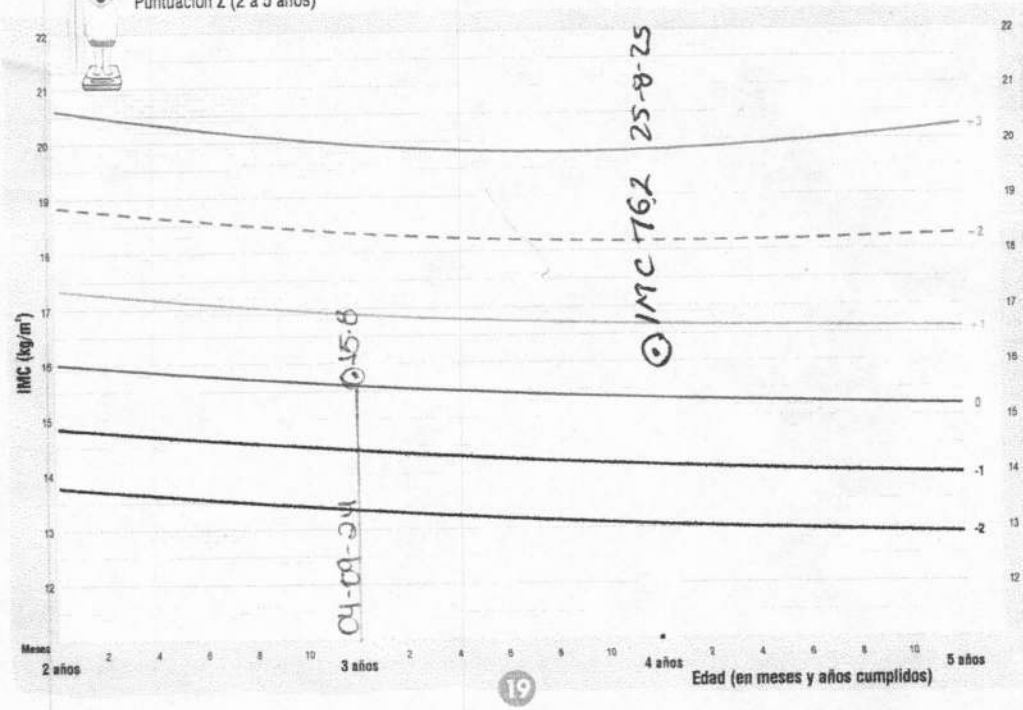
IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ	
				SI	NO
22	OCTUBRE	2021	Enferm.	✓	
20.	Dic	2021	Medico	✓	
20	FEBRERO	2022	X ENF.		
22	MARZO	2022	X ENF ctrol peso.		
19	Mayo	2022	X ENFERMERIA	✓	
19	Agosto	2022	Medico.	✓	
20	02	2023	ENFERMERIA SI Jorge		
21	08	2023	MEDICO		X
25	08	2023		✓	
19	02	2024			
19	08	2025	X enf		
25	08	2025	Enfer	SI Milena C	
19	08	2026	Medco	Cita	

13
R/11

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

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

CARNET RIAS PRIMERA INFANCI

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

Mi prioridad es tu salud...



Nombres y Apellidos: Lian Zaid Castro Diaz

Doc. de Identidad: 1126460679

EPS: Gmssanar

Teléfono: 3228703455

Domicilio: B/ los prados

		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												25-8-2025	
		Atención en salud por Odontología													
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor											29-Julio 2025		
		Profilaxis y remoción de placa													
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	>	Vacunación													

Lizeth Jiménez Trujillo
Enfermera Profesional
Universidad de Cartagena

Próximo control 19 Agosto 2026

Agudeza Visual 20/20 Normal 25-8-2025

Higiene oral 29- Enero 2026 Próximo control

PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO

IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA

Al momento de nacer — Fecha:

PRIMER CONTROL MÉDICO

Durante el primer mes de vida — Fecha:

SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA

Edad	Fecha de cita programada	Fecha en que asistió	Profesional que atendió
1 a 3 meses			
4 a 6 meses			
7 a 9 meses			
10 a 12 meses			
13 a 16 meses			
17 a 20 meses			
21 a 24 meses			
25 a 30 meses			
31 a 36 meses			
37 a 48 meses			
49 a 60 meses			
61 a 66 meses			
67 a 72 meses			
73 a 78 meses			
79 a 84 meses			
8 años (1)			
8 años (2)			
9 años			

Todos los niños deben recibir suplementos con Hierro y Vitamina A, cada 6 meses desde los 6 meses hasta los 5 años de edad, de acuerdo al protocolo de la estrategia **AIEPI**.

Edad	Fecha	Edad	Fecha
6 meses		42 meses	
12 meses		48 meses	
18 meses		54 meses	
24 meses		60 meses	
36 meses		66 meses	

En todos los niños se debe realizar toma de TSH al momento de nacer para estudio de hipotiroidismo.

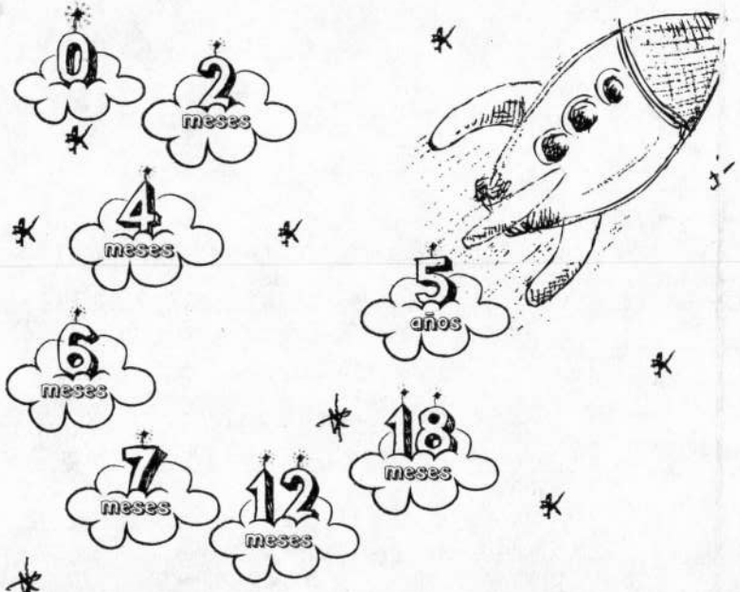
Valor reportado TSH:	
Fecha verificación:	
Profesional que verificó:	

Exíjalo

Vacunar oportunamente con todas las dosis a sus hijos, garantiza la protección frente a enfermedades como:

Poliomielitis, Difteria, Tétanos, Tosferina, Hepatitis, Enfermedad diarreica producida por rotavirus, Neumonías, Meningitis tuberculosa, Fiebre amarilla, Sarampión, Paperas, Meningitis por Haemophilus Influenza tipo B, Rubéola e Influenza.

Edad de aplicación de las vacunas a los niños y niñas menores de 6 años



- Cualquier día es bueno para vacunar a sus hijos.
- En Colombia todos los días son días de vacunación.
- **Es fácil, gratis y sobre todo muy importante.**

República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

www.minsalud.gov.co
Atención al Ciudadano: 018000 95 25 25

AIEPI
Porque mi vida hoy que protegerla hoy

de cero a Siempre
ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

NO SE APLICA VACUNA de INFLUENZA porque el lineamiento va de 6 meses hasta 1 año 11 meses 29 días

VACUNACIÓN PAI

Va se la

Nombre: Castro Diaz Lian Said
Fecha de nacimiento: 19-8-21
Nº de certificado de nacido vivo: 16838109
Registro civil: 1126160614
Sexo: masculino
Grupo sanguíneo: EAVB=118
Peso al nacer: 3090
Dirección: B/ Prado
Teléfono: 3209181573
Responsable: Sandra Diaz Rvales
Municipio de residencia: Puerto Asis
Departamento: Putumayo
CC = 1006788781

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

Nombre: _____ Registro Civil: _____

16

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de Aplicación Día Mes Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día Mes Año	Nombre del Vacunador
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐							
	Tuberculosis B.C.G.	Única	19 8 21	Serum	9			Diana Trujillo
	Hepatitis B	Recién nacido	19 8 21	Serum				
2 Meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐		~~22/10/21~~					
	Polio (Oral - IM)	1ª	22/10/21	Serum	18P0053	HFLD		Paula
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	22/10/21	Serum	2850X035B	HFLD	cita:	Paula
	Rotavirus	1ª	22/10/21	GSK	AHDLC858AC	HFLD	22/Dic/21	Paula
	Neumococo	1ª	22/10/21	GSK	ASPNB3141BA	HFLD		Paula
4 Meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐							
	Polio (Oral - IM)	2ª	22-12-2021	Sanofi	2001S001	HFD		Ana Lagarda
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	22-12-2021	Serum	2850X035S	HFD		Ana Lagarda
	Rotavirus	2ª	22-12-2021	GSK	AHDLC858AC	HFD		Ana Lagarda
	Neumococo	2ª	22-12-2021	GSK	ASPNB3141BA	HFLD		Ana Lagarda
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.						cita.	
	Polio (Oral - IM)	3ª	22-02-22	Biolog.	21050001	HFLD	22 feb 2022	Daniela Guerrero Tec. Aux. en Enfermería CC. No. 1007728227
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	02-02-22	Serum	2850X035A	HFLD		
	Influenza	1ª	01-09-22	Green	US0222008	HFLD		
7 Meses	Influenza	2ª	06-12-22	Green	US0221008	HFLD	cita.	Sanly Martinez Tec. Aux. en Enfermería CC. No. 1122336822
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	01-09-22	Serum	0130N133A	HFLD	19 agosto 2022.	
	Fiebre Amarilla	1ª	01-09-22	Fatcher	(211VFC01N	HFLD		
	Neumococo	Refuerzo	01-09-22	GSK	ASPNB3A2AA	HFLD		
	Influenza	Anual						
	Hepatitis A	ÚNICA	01-09-22	MSD	U014226	HFLD		
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª Refuerzo	15 oct 2024	Serum	2823X013A	HSCJ	cita. 22 febrero 2023	Leonisa Gomez
	Polio (Oral - IM)	1ª Refuerzo	15 oct 2024	Bilthoven	22J9003	HSCJ		Leonisa Gomez
5 Años	Polio (Oral - IM)	2° Refuerzo						
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2° Refuerzo						
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo	15 octubre	Serum	013N014B	HSCJ	19 Agosto 2026	Leonisa Gomez
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª						
	VPH	2ª						
	VPH	3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis	covid SR	cd Rf.	01-09-22	Macic	U026357	HFLD		Sanly Martinez Tec. Aux. en Enfermería CC. No. 1122336822
			06-12-22	Serum	0122W017	HFLD		

Tu salud, nuestro compromiso

VACUNACION

Estas vacunas son gratuitas

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

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre 17

Ciudad la dorada san miguel

Nombre completo de la niña o niño JIAN ZAID CASTRO DIAZ

Fecha de nacimiento 19 08 2021 **N° Documento de Identidad** 1.126.460.619

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador JULIANA TUTISTAR

Fecha de registro cualitativo Día 30 Mes 07 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

JIAN SE ENCUENTRA EN PERFIL ESPERADO DE DESARROLLO. PARA SU EDAD, PUESTO QUE SE EVIDENCIA UN ADECUADO PROGRESO EN CADA UNO DE LOS ITEM PROPUESTOS, POR LO TANTO SE SEGUIRA FORTALECIENDO SUS ALCANCES CON ACTIVIDADES LUDICAS. 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 ROJAS.

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

JIAN DURANTE ESTE PERIODO PRESENTA UN DESARROLLO INTEGRAL, ESPERADO YA QUE CUMPLE CON LA MAYORIA DE LOS ITEM PROPUESTOS. DE ACUERDO A SU EDAD, SE EVIDENCIA DESTREZAS FISICAS. GRUESAS Y FINAS, EXPLORA EL MEDIO QUE LO RODEA CON CURIOSIDAD Y PREGUNTAS PARA RESOLVER ALGUNAS DUDAS.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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

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

Observaciones generales

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

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

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

19
12/4

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 dorada FECHA: DÍA 31 MES 03 AÑO 25 HORA:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES lian zaid APELLIDOS castro diaz

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1126460619

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 19 MES: 08 AÑO: 2021 / EDAD: 3 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE 118

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)

¿CÓMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides).
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar NO accede ala vacuna 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.

20

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

Firma de la persona: Sandra Natalia Diaz Rodales.

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

Nombres _____ Apellidos _____

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

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 _____

Firma del Rogado

Huella dactilar o plantar del Rogante

C.C. N° _____

C.C. N° _____

Nombres y apellidos del vacunador: HEID

Firma

Tipo de Identificación: RC ☒ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 1004784371

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HEID

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.

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

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
NIT. 846.002.309-9

Mi prioridad es tu salud...

Nombres y Apellidos: Maicol Esteban Derazo Pantoja

Doc. de Identidad: 1122393843 EPS: Emssana

Teléfono: 3196637904 Domicilio: B/ 09 Abril

		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	4A	5A
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									X 26-09-24				
		Profilaxis y remoción de placa									X 26-09-24		28-03-2025		
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)											28-03-2025		
	V	Vacunación													

LILIANA MARIBEL CORDOBA
AUX. EN SALUD ORAL
RES. 8600483-2011

Stephanny ODONTOLOGA Reg. 52-570

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 JUAN ZAID CASTRO DIAZ, identificado (a) con documento de identidad número 1126460619 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, SANDRA NATALIA DIAZ RUALES., quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1006788781 de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	✓	Audios		Videos	✓	Otros datos personales	

La autorización comprende:

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

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

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

Los productos autorizados son originados por FUNDACION ALMA DE VIDA, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa CDI FRONTERAS DE PAZ

Suscriben:

Firma: Natalia Diaz Ruales
Nombre: Natalia Diaz R.
Calidad - Titular: X. Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3228703455
Fecha: 04-04-2025
Municipio: SAN MIGUEL.

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

PACTO DE CONVIVENCIA MODALIDAD INSTITUCIONAL

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

DERECHOS Y DEBERES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

DERECHOS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

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

DEBERES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

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

DERECHOS Y DEBERES DE LOS PADRES DE FAMILIA

DERECHOS DE LOS PADRES DE FAMILIA

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

DEBERES DE LOS PADRES DE FAMILIA

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

(telefónico, mensajería y/o escrito).

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

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

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

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

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

PAOLA CHATES
Coordinadora pedagógica

EDDY PATRICIA LÓPEZ
Apoyo psicosocial

Natalia Díaz Rueles
Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Agente educativa

Huella del niño/niña

Lian Zaid Castro Díaz.

EMPRESA DE ENERGIA DEL BAJO PUTUMAYO S.A. E.S.P.
NIT. 846.000.553-7 NURI: 2-86568000-7
Autorretenedores Res. 547 de 25/01/2002
Responsables de IVA

"Generamos Desarrollo con Energía"

Vigilado Superservicios

Código de Suscripción	SM 23330	Pago oportuno hasta:	06-MAR-2025	Mes Facturado
Factura Nro.	2037006233	Suspensión a partir de:	07-MAR-2025	FEBRERO 2025

1. Información General

Nombre:	ROSA AMELIA YELA ROSERO		05-FEB-2025	Ultimo pago: $
Dirección:	BR 9 DE ABRIL	Tuve servicio de energía entre:	17-ENE-2025 - 18-FEB-2025 (32)	25-FEB-20

Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Area	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Tarifa	División Geopolítica
SM1	S103	192	1	RESIDENCIAL	URBANA	1	.6	AEREA	EMPRESA	105	SAN MIGUEL - 9 DE ABRIL

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

2.Información Consumo Energía

Componentes del Costo (CU): Generación 502.93 + Transmisión 56.03 + Distribución 249.01 + Comercialización 113.93 + Pérdidas 69.99 + Restricción 10.4 = CU [redacted] ($/KwH)

2A.Información Medidor

Marca	Serial	Factor Multiplo
HOL	090904242	1

2B.Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	14250	14190
Reactiva:		

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

2C.Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	60	
Consumo Reactiva KVarh:	0	
Costo del consumo $	60101.99	
Tarifa (hasta 173 Kwh):	402.74	
Subsidio: %	59.794	-35937.63
Contribución: %	0 $	0
Sub Total $	24164.36	

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

2D.Consumo Ultimos 6 Meses

Mes	Consumo
2025/Ene	96
2024/Dic	94
2024/Nov	100
2024/Oct	103
2024/Sep	116
2024/Ago	105

Promedio: 103

2E.Información Calidad del Servicio

Transformador SLD114 Grupo 22
DIUG 30.24 FIUG 19 Circuito C14
Cargo D: 257.19 Dscto Nt 20
CEC: 96.17
DIU: 106.25 FIU: 101.00
HC: 0.00 VC: 2.00
Valor a compensar: 4,946.70

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	60,101.99	0	0.00	60,102
SUBSIDIO	-35,937.63	0	0.00	-35,938
AJUSTE A SUBSIDIO	2,374.85	0	0.00	2,375
COMPENSACION RES CREG 015/2018	-4,946.70	0	0.00	-4,947
AJUSTE A LA DECENA	1.81	0	0.00	2

5.Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP 21,591

6.Información Facturación Convenio Impuesto Alumbrado Público

Sujeto Activo	Operador A.P.	Convenio No.	Dirección PQR	Valor Periodo	Saldo Ant.	Valor Total
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL	MUNICIPIO SAN MIGUEL	ACUERDO 008 31/08/2023	Cra 4 Cll 7 Esquina	6,459	0	6,459

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	0	0	6,000

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

8.Información Facturación Otros Convenios

Concepto	Empresa	Dirección PQR y/o Teléfono	Valor Tarifa	Saldo Anterior	Valor Total
					0
					0
					0

Total EEBP	+	Total Impuesto Alumbrado público	+	Total Aseo y/o Alcantarillado	+	Total Otros Convenios	=	Debo pagar en Total
21,591		6,459		6,000		0		34,050

CUFE:

f0c48150e8fa170801a861a3a44439bb1d3cdcaec04dc9dbd2cd7bb33fe9290cdd1c7cb3122e9bb8a14fb4f2764a436b

(415)7709998005532(8020)1000203700623377(3900)0000034050(96)20250306

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

www.eebpsa.com.co @eebpsaesp /eebpsa

Fac. Electronica: EEBP 121704

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 Civil y Comercial Ley 142 Art. 130

Proveedor Tecnológico: Alexandria S.A.S. NIT: 860035827-5 Software Factura

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: LIAN ZAID CASTRO 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)
1-03-25	A LAS 7:27 A.M DEL DIA DE HOY LA MADRE DE FAMILIA ENVIA MENSAJE POR WHATSAPP A LA DOCENTE, SOLICITANDO PERMISO. YA QUE LA SEÑORA TIENE UNA CITA MEDICA EN EL IAGO AGRIC (ECUADOR). POR LO TANTO SE VE EN LA NECESIDAD DE LLEVAR AL NIÑO CON ELLA YA QUE NO HAY UNA PERSONA RESPONSABLE QUE LO TRAIGA AL CDI.	* LA DOCENTE REGISTRA LA NOVEDAD		Natalia Diaz R.

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: LIAM ZAID CASTRO UNIDAD DE ATENCIÓN: PREJARDIN 1 AGENTE EDUCATIVO: LILIANA TOLOSTAR

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)
21-11-25	A LAS 7:13 A.M DIA DE HOY LA MADRE DE FAMILIA ENVIA UN MENSAJE A LA DOCENTE POR WHATSAPP, REFIRIENDO QUE ESTE DIA EL NIÑO NO ASISTIRA AL CDI PORQUE SALIO UN VIAJE INESPERADO QUE REGRESE DE TODO EL DIA.	X LA DOCENTE REGISTRA LA NOVEDAD		Natalia Diaz

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: LIAN ZAID CASTRO UNIDAD DE ATENCIÓN: PREJARDIN 1 AGENTE EDUCATIVO: LILIANA TATISTAR

MUNICIPIO: SAN MIGUEL FECHA DE INGRESO: 01-03-2024

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)
23-10-25	A LAS 7:29 A.M LA MADRE DE FAMILIA EN-VIA MENSAJE VIA WHATSAPP; SOLICITANDO PERMISO POR EL DIA DE HOY, YA QUE EL NIÑO SE ENCUENTRA CON MALESTAR GE-NERAL. Y UN POCO DE FIEBRE.	* LA DOCENTE ESTABLECE LA NOVEDAD Y RECOMIENDA A LA MADRE DE FAMI-LIA, LLEVAR AL MEDICO, SI PRESENTA FIEBRE ALTA.		Natalia Diaz.

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
24-10-25	LA MADRE DE FAMILIA SE COMUNICA CON LA DOCENTE DANDO A CONOCER QUE EL NIÑO SE ENCUENTRA MEJOR. PERO POR EL MAL ESTADO DEL CLIMA POR EL DIA DE HOY PREFIERE CUIDAR EN CASA PARA QUE NO DECAIGA.

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: LIAN ZAID CASTRO UNIDAD DE ATENCIÓN: PREJARDIN 1 AGENTE EDUCATIVO: LUCERA TOTOSTAP

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)
24-09-25	LA MADRE DE FAMILIA DA A CONOCER A LA DOCENTE QUE TENIA REGISTRADA LA CITA A CONTROL DE HIGIENE EL DIA 28 DE SEPTIEMBRE. AL IR A SOLICITAR LA CITA LE DAN A CONOCER QUE DEBE ASISTIR A CONTROL EL 28 DE OCTUBRE YA QUE EL CONTROL ES A LOS 3 MESES, POR LO TANTO DEBE. VOLVER UNOS DIAS ANTES DE LA FECHA PARA AGENDAR. LA CITA. TAMBIEN REFIERE QUE NO LE DIERON UN SOPORTE DONDE VERIFIQUE EL MOTIVO POR EL CUAL NO FUE ATENDIDO EN LA FECHA ESTABLECIDA EN EL CARNET	X LA DOCENTE REGISTRA LA NOVEDAD, DANDO A CONOCER EL MOTIVO POR EL CUAL NO FUE ATENDIDO EN LA FECHA ESTABLECIDA EN EL CARNET.		Natalia Diaz

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: LIAN ZAID CASTRO. **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)
15-09-25	LA MADRE DE FAMILIA REFIERE QUE EL FIN DE SEMANA PRESENTO DAÑO DE ESTO. MAGO Y LE ESTA DANDO MEDICAMENTO YA SE ENCUENTRA MUCHO MEJOR. Y PRE- FIERE CUIDAR EN CASA POR EL DIA DE HOY PARA DAR EL MEDICAMENTO A LA HORA INDICADA.	*LA DOCENTE ESTABLECE LA NOVEDAD Y RECOMIENDA LLEVAR AL MEDICO SI EL DAÑO DE ESTÓMAGO VUELVE A PRESEN TARSE.		Natalia Diaz

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
18-09-25	EL DIA DE HOY EL NIÑO ASISTIO PUNTUALMENTE AL CDI, LA MADRE DE FAMILIA REFIERE QUE YA ESTA BIEN DEL ESTÓMAGO. DESDE EL DIA DE AYER YA NO PRESENTÓ DAÑO O MOLESTIA.

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: LIAN ZAID CASTRO **UNIDAD DE ATENCIÓN:** PREJARDIN 1 **AGENTE EDUCATIVO:** GLADYS TORRES

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)
15-08-25	LA MADRE DE FAMILIA REFIERE QUE LA CITA PARA CRECIMIENTO Y DESARROLLO ESTA AGENDADA PARA EL DIA VIERNES. 22 DE AGOSTO.	X LA DOCENTE RECOMIENDA TRAER COPIA ACTUALIZADA DEL CONTROL PARA ANEXAR A CARPETA.	Yuliet R.	Sandra Díaz

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: LIAN ZAID SANCHEZ. UNIDAD DE ATENCIÓN: PREJARDIN 1 AGENTE EDUCATIVO: LILIANA

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)
16-07-25.	A LAS 8:15 A.M. LA MADRE DE FAMILIA ENVIA UN MENSAJE VIA WHATSAPP A LA DOCENTE, SOLICITANDO PERMISO POR EL DIA DE HOY POR QUE EL NIÑO PRESENTA DAÑO DE ESTOMAGO.	* LA DOCENTE RECOMIENDA LLEVAR AL MEDICO PARA VALORACION. * NO AUTOMEDICAR.	DOCENTE.	Sancho Natalia

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Lian Zaid castro **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Pre - Jardin 1 **AGENTE EDUCATIVO:** _____

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** _____

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)
15-8-23	Siendo las 7:30 am del dia de hoy madre se comunica via whatsapp informando que el niño fue atendido con diarrea y vos.	Agent Educativa Recomienda ala madre sida Dieta y la toma pastilla lleva al niño por el area de urgencias	[illegible]	Natalia Diaz.

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	EN HORAS DE LA MAÑANA LA MADRE DE FAMILIA SE COMUNICA CON LA DOCENTE REFIRIENDO QUE EL NIÑO NO ASISTIO EL DIA DE HOY POR QUE AMANECIO INDISPUESTO Y PREFIERE CUIDARLO EN CASA. POR EL DIA DE HOY
08-23	EL DIA DE HOY HABIS LA MADRE LLEGA PUNTUAL A DEJAR A NIÑO AL CDI, SE EVIDENCIA EN BUEN ESTADO DE SALUD Y BUEN ESTADO EMOCIONAL