BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE INSCRIPCIÓN FÍSICA PARA LA PRE - MATRÍCULA EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA	F2.MT1.PP	30/01/2025
		Versión 2	Página 2 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

Fecha de diligenciamiento: 11 | 11 | 2025

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

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

Tipo de vinculación: [x] Participante de nuevo ingreso [ ] Participante de continuidad

Unidad de Servicio sugerida: CDI Fronteras de paz

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

Número de documento: 1030083728

Fecha nacimiento: 08 | 09 | 2021

Nombres: Edgar Andres

Apellidos: Hernandez Querales

Presenta discapacidad? [ ] Si [x] No

¿Se autoreconoce en alguno de los siguientes grupos étnicos? [ ] Si [x] No

¿Se autoreconoce en alguno de los siguientes grupos poblacionales? [ ] Si [x] No

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

Seleccione la que aplique: [ ] Afrocolombiano [ ] Indígena [x] No se autorreconoce [ ] Comunidad neg [ ] Rom / Gitano [ ] Palenquero (a) [ ] Raizal

Indique cuales aplican: [ ] Migrante [ ] Campesinado [ ] Firmante de paz [ ] Víctima conflicto armado

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

Departamento residencia: putumayo

Municipio de residencia: San Miguel

Zona: Urb

Barrio:

Vereda:

Sector:

Dirección:

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

Parentesco: [x] Madre [ ] Padre [ ] Cuidador/a

Tipo documento identidad: [ ] Tarjeta identidad [ ] Cédula de ciudadanía [x] 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: 30323445

Nombres: Mariexis

Apellidos: Querales

País de nacimiento: Venezuela

Fecha nacimiento: 17 | 11 | 2003

Correo electrónico:

Número de celular: 3504351844

Número de fijo:

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

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

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

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Leidy Marcela Rincón E.

Observaciones:

FICHA DE INFORMACION VIGENCIA 2025
CENTRO DE DESAR LIDAD INSTITUCIONAL



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:
Edgar Andres Hernandez Querales

N° DOCUMENTO: 1030083728 TIPO DOCUMENTO: RC X CC ___ OTRO ___
FECHA DE NACIMIENTO: 8/09/2021 EDAD: 4 años
LUGAR DE NACIMIENTO: Mocoa - putumayo

NOMBRE DE LA UDS: CDI fronteras de paz
CODIGO UDS: _____ BARRIO/VEREDA: paraiso
FECHA DE INGRESO: _____ FECHA DE RETIRO: _____

SISBEN: A2 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: Mariexis Anyelimar Querales
N° CÉDULA: 30323445 LUGAR DE EXPEDICIÓN: Venezuela
NOMBRE DEL PADRE: Jose Andres Hernandez Brizuela
N° CÉDULA: 30169355 LUGAR DE EXPEDICIÓN: Venezuela
N° DE CELULAR: _____
NOMBRE DEL ACUDIENTE: Mariexis Anyelimar Querales
N° CÉDULA: 30323445 LUGAR DE EXPEDICIÓN: Venezuela
DIRECCIÓN VIVIENDA: B/paraiso ZONA POBLACIONAL: (R)___ (U) X
NUMERO DE CELULAR _____

Mariexis
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Marcela Rincón E.
NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO

DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL 26667181-8

5956 3

NUIP 1030083728

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial **59569361**

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registrador	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de	Código	A	H	E
X									

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - PUTUMAYO - MOCOA MOCOA-H REGIONAL J M H **********

Datos del Inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
HERNANDEZ **********	QUERALES **********

Nombre(s)

EDGAR ANDRES **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2021 Mes SEP Día 08	MASCULINO	B	POSITIVO

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

COLOMBIA - PUTUMAYO - MOCOA **********

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO **********	168339976 ********

Datos de 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

QUERALES VILLEGAS MARIEXIS ANYELIMAR **********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CE No. 30323445 **********	VENEZUELA ********

Datos de 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

HERNANDEZ BRIZUELA JOSE ANDRES **********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CE No. 30169355 **********	VENEZUELA ********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

HERNANDEZ BRIZUELA JOSE ANDRES **********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CE No. 30169355 **********	Andres H

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

****

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
**********	**********

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

****

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
**********	**********

Fecha de inscripción	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2021 Mes SEP Día 16	HOLMES ERNEY IMBACHI RODRIGUEZ Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Andres H Firma	HOLMES ERNEY IMBACHI RODRIGUEZ Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS:FOLIO 52; OTRO:CN - VALIDO PARA NACIONALIDAD, SEGÚN LEY 1997 DEL 16 SEPTIEMBRE 2019;16/09/2021

NÚMERO DE PREPARACIÓN 17177072


REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

CEDULA DE IDENTIDAD

V 30.323.445

MM743
Juan Dugarte
Director

APELLIDOS QUERALES VILLECAS

NOMBRES MARIEXIS ANYELIMAR

MarieXiS Q.

FIRMA TITULAR

17-11-03 SOLTERA
F. NACIMIENTO EDO CIVIL

12-08-16 08-2026
F. EXPEDICION F. VENCIMIENTO

VENEZOLANO


REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
CEDULA DE IDENTIDAD
V 30.169.355
007
APELLIDOS HERNANDEZ BRIZUELA
NOMBRES JOSE ANDRES
Gustavo Vizcaino
Director
FIRMA TITULAR
10/12/2002 SOLTERO
F. NACIMIENTO EDO CIVIL
03/02/2020 02/2030
F. EXPEDICION F. VENCIMIENTO
VENEZOLANO

Sisbén
Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: **10/11/2025**

Ficha: **865684741028900006163**

A2

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: **EDGAR ANDRES**

Apellidos: **HERNANDEZ QUERALES**

Tipo de documento: **Registro civil**

Número de documento: **1030083728**

Municipio: **Puerto Asís**

Departamento: **Putumayo**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **03/04/2025**

Última actualización ciudadano: **03/04/2025**

Última actualización via registros administrativos:

***Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente**

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: **DORA GIXLENA AJA OSORIO**

Dirección: **Calle 9 No 18-05 Barrio San Franciscor**

Teléfono: **3116759590**

Correo Electrónico: **sisben@puertoasis-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	1030083728
NOMBRES	EDGAR ANDRES
APELLIDOS	HERNANDEZ QUERALES
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	PUERTO ASIS

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EMSSANAR S.A.S.	SUBSIDIADO	13/09/2021	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	11/10/2025 10:29:27	**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

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

PASTO NOVIEMBRE 14, 2025

ID Portabilidad: 1155660

Señor(a)
EDGAR ANDRES HERNANDEZ QUERALES
SAN MIGUEL (PUTUMAYO)
BR METROPOLITANO
Teléfono: 6084200573 - 3184098526

Ref. Solicitud de prestación de servicios de salud

Cordial Saludo

En cumplimiento a las disposiciones normativas definidas en la resolución 1683 del 2013, por la cual se reglamenta el articulo 22 de la ley 1438 del 2011, sobre la portabilidad nacional en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, me permito notificarle que en aras de garantizar la continuidad en la prestación de los servicios de salud, a que tiene derecho la población afiliada al régimen subsidiado, en relación a la atención médica y odontológica de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y de recuperación de la salud de baja complejidad y definidos en la resolución 5521 del 27 de diciembre del 2013, se le brindarán en:

NOMBRE DE LA ENTIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD	DIRECCION - TELEFONO	TIEMPO DE DURACION DE LA ATENCION
ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA - SAN MIGUEL (PUTUMAYO)	KR 7 # 1 - 36 - 3174276879	13/11/2025 - 14/03/2026

Cualquier inquietud por favor comunicarse a nuestra línea nacional 01 8000 187050, donde nuestro personal le atenderá las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Muy cordialmente.

JEFE COMERCIAL

EMSSANAR EPS SAS

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

Cuidamos de ti en cada paso

PASTO NOVIEMBRE 14, 2025

ID Portabilidad: 1155660

Señores

ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA - SAN MIGUEL (PUTUMAYO)

KR 7 # 1 - 36 - 3174276879

SAN MIGUEL - PUTUMAYO

Ref. Solicitud de prestación de servicios de salud

Cordial Saludo

En cumplimiento a las disposiciones normativas definidas en la resolución 1683 del 2013, por la cual se reglamenta el artículo 22 de la ley 1438 del 2011, sobre la portabilidad nacional en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, me permito solicitar muy comedidamente, en aras de garantizar la continuidad en la prestación de los servicios de salud, a que tiene derecho la población afiliada al régimen subsidiado, se garantice para el usuario afiliado a EMSSANAR EPS SAS a continuación relacionado, la atención médica y odontológica de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y de recuperación de la salud, habilitados por su IPS y definidos en la resolución 5521 del 27 de diciembre del 2013.

IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA NACIMIENTO	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CELULAR	EMAIL
RC 1030083728	EDGAR ANDRES HERNANDEZ QUERALES	08/09/2021	BR METROPOLITANO		3184098526	
PT 6998732	JOSE ANDRES HERNANDEZ BRIZUELA	10/12/2002	VILLA PAZ	6084200573	3184098526	
RC 1122344149	ANDREA CAROLINA HERNANDEZ QUERALES	25/11/2022	VILLA PAZ	6084200573	3184098526	

TEMPORALIDAD	FECHA INICIO	FECHA FINAL	ORIGEN	IPS ORIGEN	DESTINO	PORTABILIDAD
4 Meses y 1 día	13/11/2025	14/03/2026	PUERTO ASÍS	ESE HOSPITAL LOCAL PUERTO ASIS - PUERTO ASIS (PUTUMAYO)	SAN MIGUEL	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA - SAN MIGUEL (PUTUMAYO)

Teniendo en cuenta lo anterior, la prestación de los servicios deberá ser facturado a EMSSANAR EPS SAS, según lo definido en la resolución 3047 de 2008, cualquier inquietud por favor comunicarse a nuestra nuestra línea nacional 01 8000 187050, donde nuestro personal le atenderá las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...SANOS

MIS DATOS:

Nombres:

EDGAR ANDRES

Apellidos:

HERNANDEZ QUERALES

Fecha de nacimiento:

08 09 2021

Historia Clínica:

1036083728

Barrio / Vereda:

B/ METROPOLITANO

Responsable del niño (a):

MARIAXI Q.

Teléfono:

EPS:

EMSSANAR



CITAS PROGRAMADAS

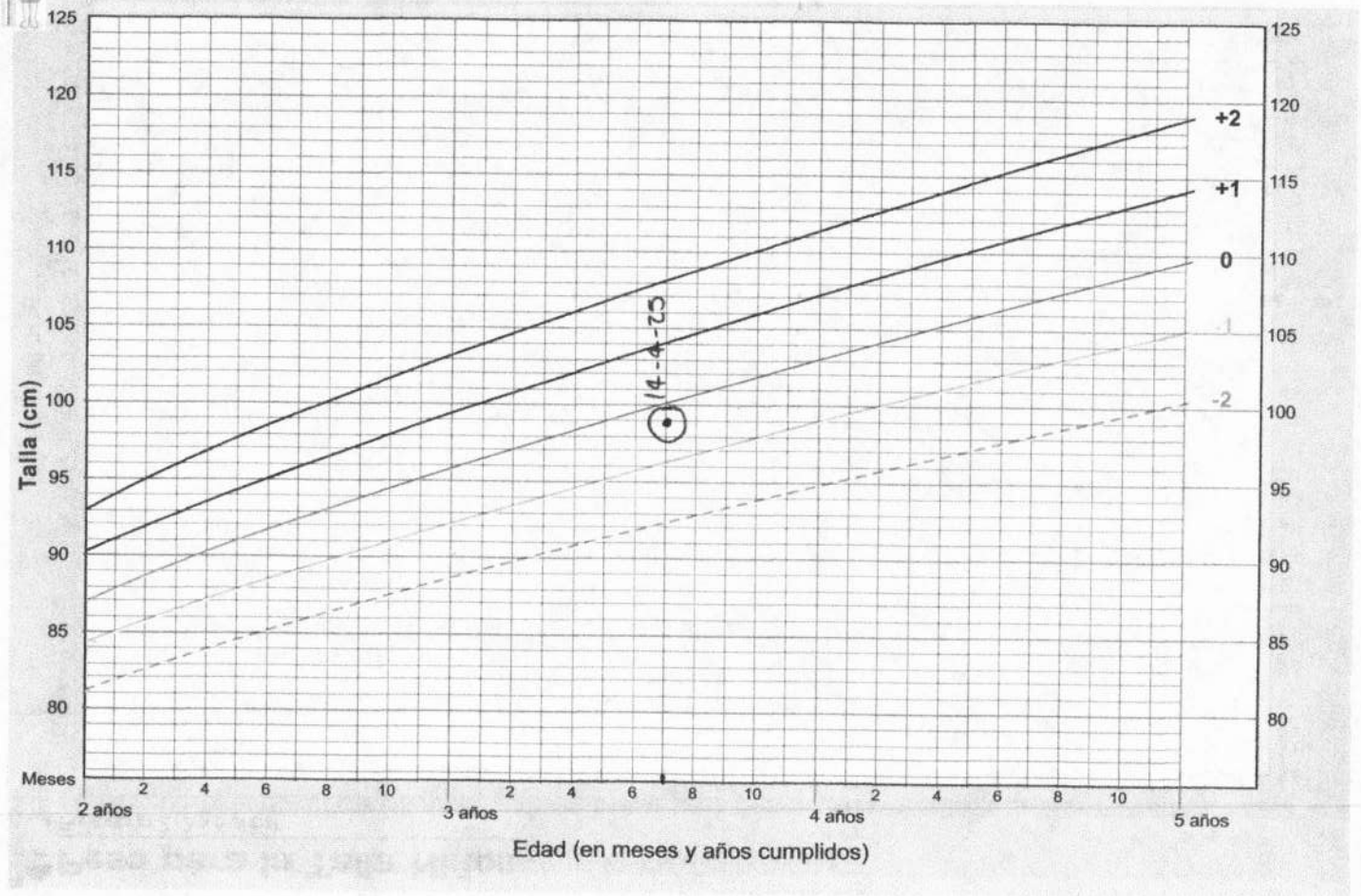
DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ	
				SI	NO
14	4	2025		✓	
21	4	2026			

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro Cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
14-4-2025	14.5	99			14,8	21-4-2026	

13

Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)

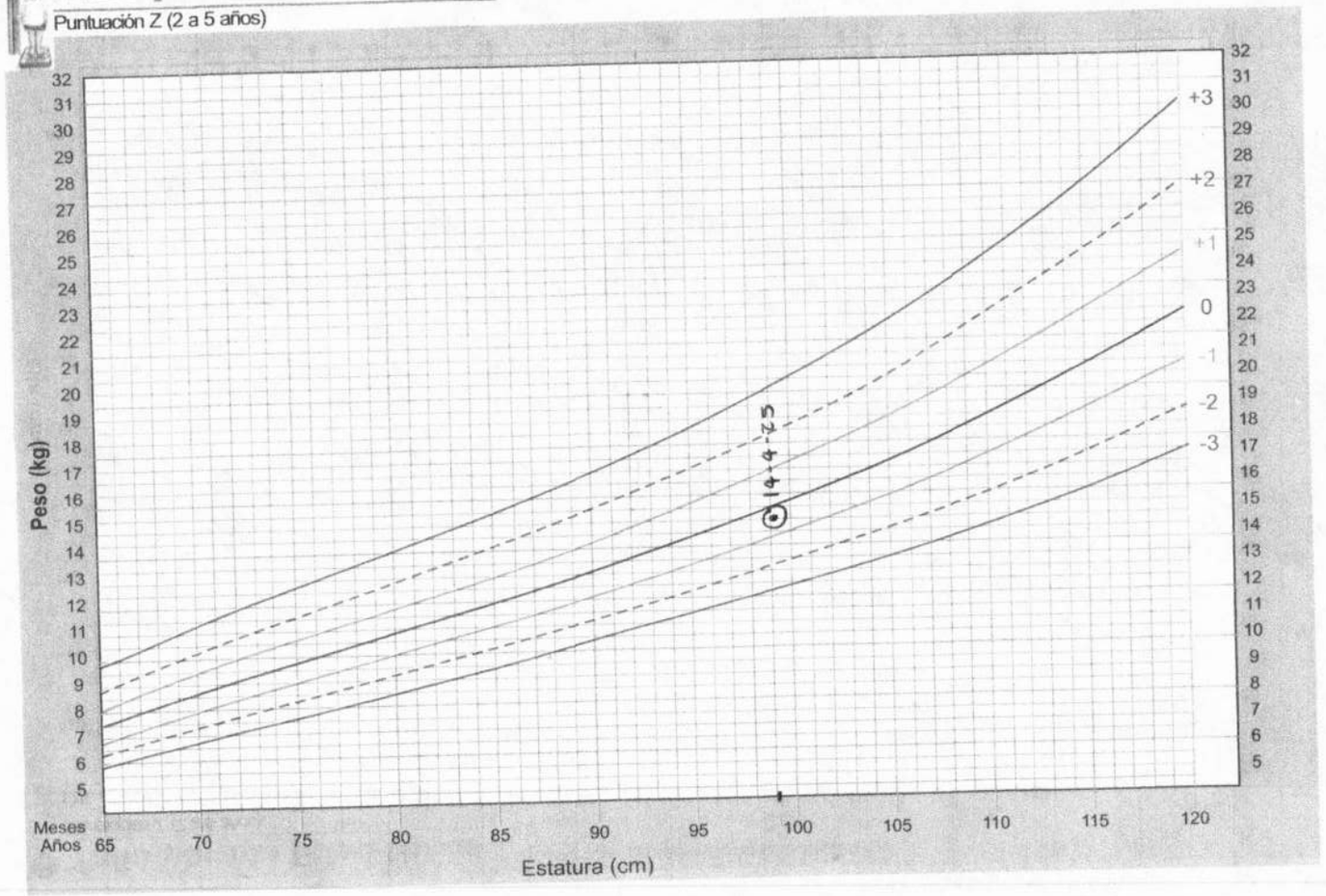


25

14

Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)

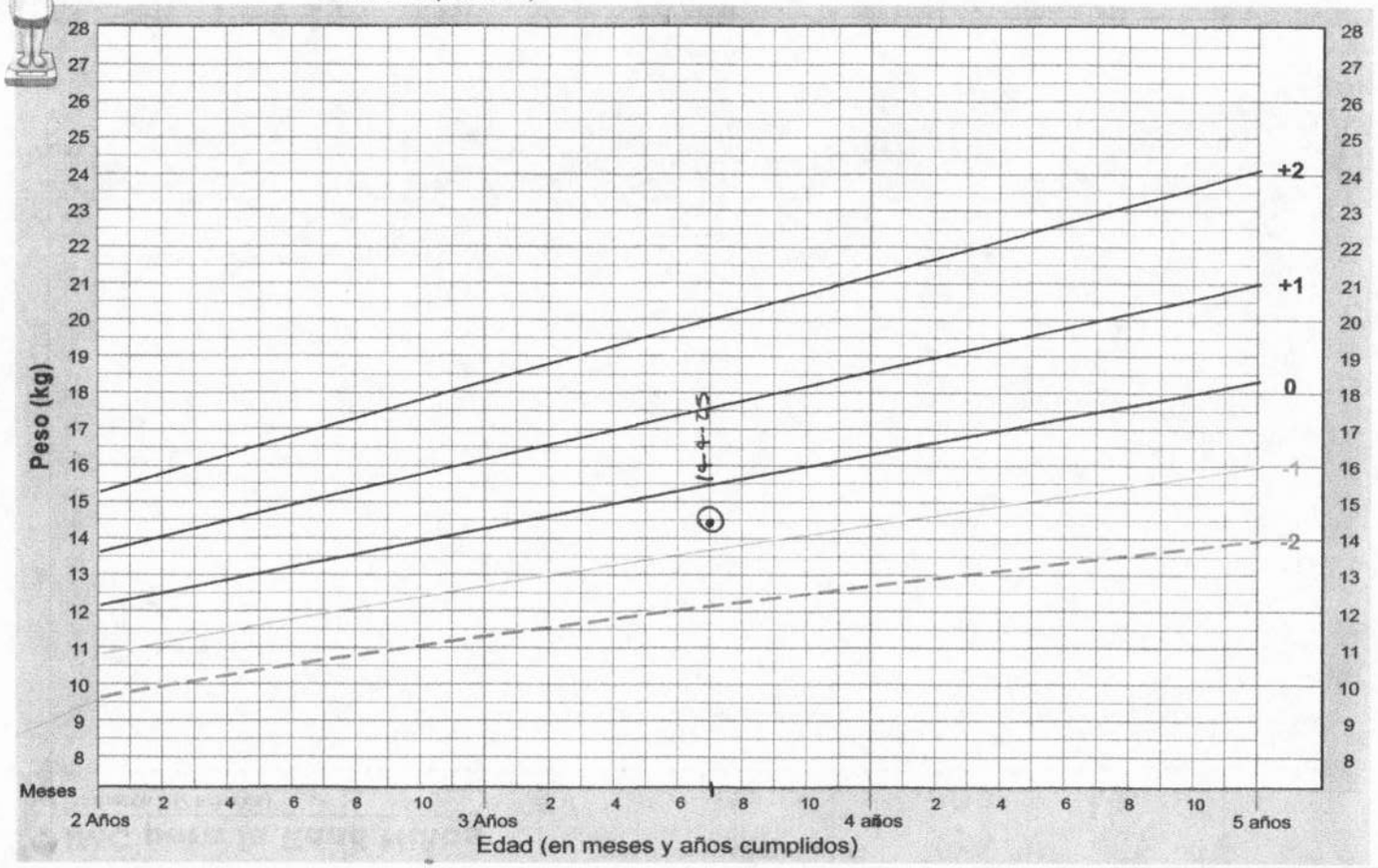


(26)



Peso para la Edad Niños

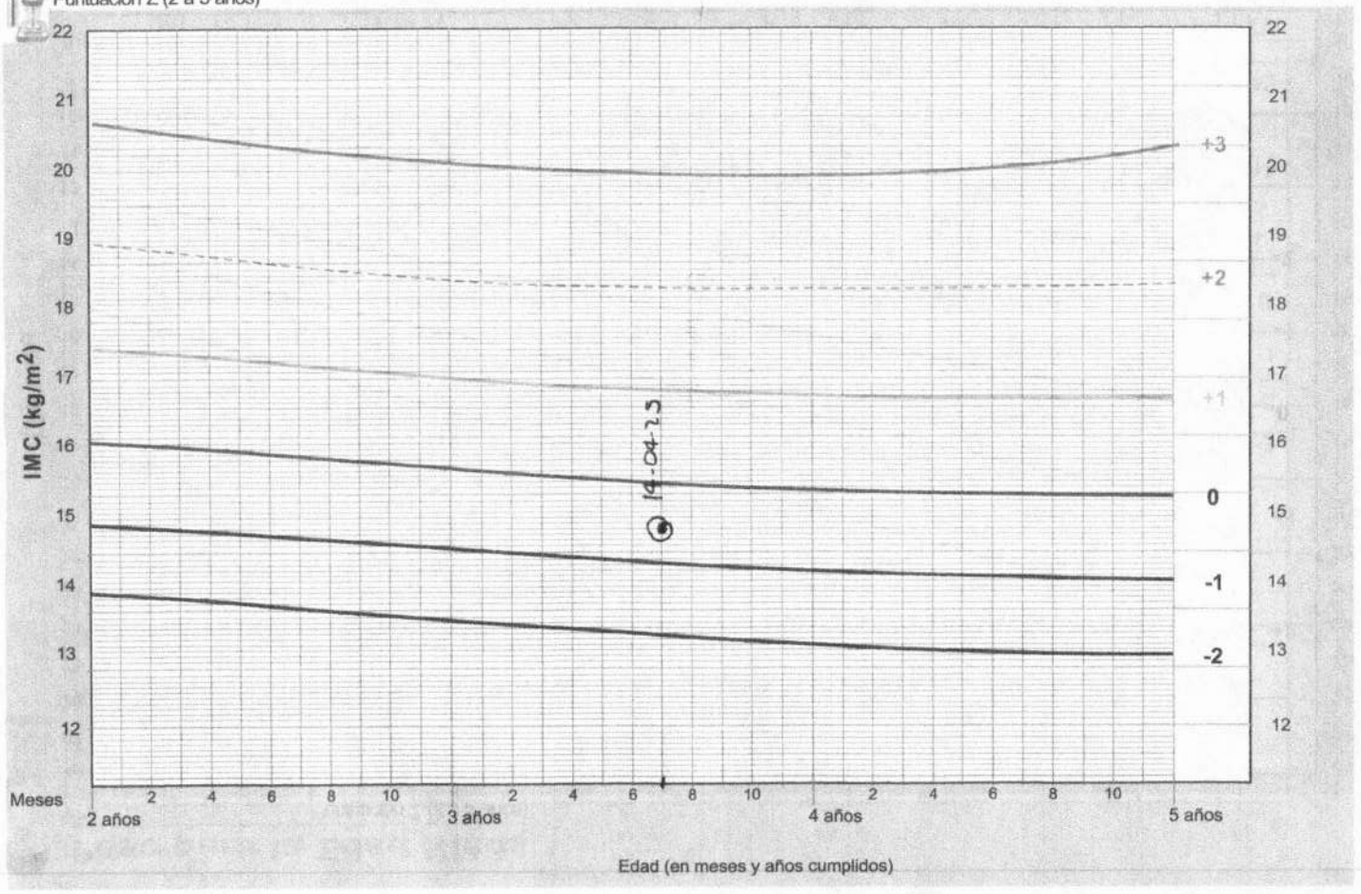
Puntuación Z (2 a 5 años)



(27)

IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



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

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

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

Edad	Fecha			Valoración nutricional		Puntuación Z	Atención en salud por
	Día	Mes	Año	Peso	Talla		
Al mes							
2 a 3 meses							
4 a 5 meses							
6 a 8 meses							
9 a 11 meses							
12 a 17 meses							
18 a 23 meses							
24 a 29 meses							
3 años							
4 años							
5 años							

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega			
2.ª entrega			
3.ª entrega			

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

3 años					
4 años					
5 años					

*Menor o igual a 20 normal

...portunamente con todas las dosis a tus hijos, ...ntiza la protección frente a enfermedades como:

Tuberculosis meníngea, hepatitis B, poliomielitis, meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b, difteria, tosferina, tétanos, diarrea por rotavirus; neumonía, otitis, meningitis, bacteriemia causada por neumococo, enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza, sarampión, rubéola, parotiditis, varicela, hepatitis A, fiebre amarilla y virus del papiloma humano.

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



Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

ESE HOSPITAL J.M.H
PROGRAMA VACUNACIÓN
MOCOA

17

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: EDGAR ANDRES HERNANDEZ QUERALES
Fecha de nacimiento: 08 - SEP. 2021
Nº de certificado de nacido vivo: 168339976
Registro civil: 1030083728
Sexo: MASCULINO
Grupo sanguíneo:
Peso al nacer: 2650 Talla: 48
Dirección: B1 CENTRO
Teléfono 1: 3184098526
Teléfono 2:
Responsable: MARIEXIS ANGELIMAR QUERALES
Municipio de residencia: MOCOA
Departamento: PUTUMAYO

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

18

Nombres y Apellidos: **Tipo identificación:**

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién nacido			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
	Tuberculosis meníngea (BCG)	Única	08	SEP	2021	SERUM	03701MAA02A	HGAH				LIZED C
	Hepatitis B	Recién nacido	08	SEP	2021	SERUM	03201400145A	HGAH				LIZED C
2 meses			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
	Poliomielitis (VIP)	1.ª	10	11	21	sanofi	201700745A					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	10	11	21		28504035A	HOSPITAL FONTANERO LA DORADA	CITA: 10-ENERO 2022			Ana Legarda
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª	10	11	21	SERUM						
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	1.ª	10	11	21							
	Diarrea por rotavirus	1.ª	10	11	21	GSK	ARCLC853A					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	10	11	21	GSK.	ASPNB51AE					
4 meses			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
	Poliomielitis (VIP)	2.ª	12	01	22	Biological	21050101	HFID				SAOM H
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	12	01	22	Serum	2EJ0X035B	HFID				SAOM H
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª	12	01	22	Serum	2EJCX035B	HFID				SAOM H
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	2.ª	12	01	22	Serum	2EJ0X035B	HFID				SAOM H
	Diarrea por rotavirus	2.ª	12	01	22	GSK	ARCLC853AC	HFID				SAOM H
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	12	01	22	GSK	ASPNB515BA	HFID				SAOM H
6 meses			Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐									
	Poliomielitis (VIP)	3.ª	15	3	22	Biolog.	21050001	HFID				
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	15	3	22		2EJCX035A	HFID	CITA 12-MAR-2022			Saoly Martino Tec Ai
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª	15	3	22	Serum	2EJCX035A	HFID				
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	3.ª	15	3	22		2EJCX035A	HFID				
	Influenza estacional	1.ª	24	07	24	Butantan	2400979100	HELO				
7 meses	Influenza estacional	2.ª										
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	06	12	22		01301N13A		CITA: 8-SEP 2022			Daniela Castiblanco Tec. Aux. en Enfermería CC No. 1007728227
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	06	12	24		ASBNB3424					
	Varicela	2.ª	06	12	24		W02208	HFID				
	Hepatitis A	Única	06	12	24	Serum	W0045002					
	Influenza estacional	Anual	17	09	24	GCFW	NT05E504	RSO Externo				Kerly J
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.er refuerzo	24	04	23	Biological	22390014	HFID				Kerly J
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.er refuerzo	24	04	23	Serum	28522X014B	HELO				
	Fiebre amarilla	Única	00	12	22	MSD	V3E37.					
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª	24	07	24	Serum	01320N074A	HELO				Kerly J
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.ª										
		2.ª										
		3.ª										
Vacunas complementarias y otras dosis	Vdo Comp	30-08-22										

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

Cita: 24-AGOSTO-24

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

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

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

NOMBRE DE LA UDS: Fronteras de Paz

NOMBRES Y APELLIDOS	PESO	TALLA	PERIMETRO BRAQUIAL	CLASIFICACION NUTRICIONAL	FECHA	REMITIDO SI/NO	OBSERVACIONES	FIRMA DEL RESPONSABLE
Edgar Andres Hernandez	15	105	15,2	Riesgo de desnutrición	17/11/25		Sin signos clinicos de DNT	
Edgar Andres Hernandez	15	105	15,2	Riesgo de desnutrición Aguda	25/11/25		Sin signos de desnutrición	
Edgar Andres Hernandez	14,9	105	15,3	Riesgo de desnutrición Aguda	9/12/25		sin signos clinicos de desnutrición	

FIRMA DEL PROFESIONAL RESPONSABLE: _____

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

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

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

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL

La salud es de todos — Minsalud

CIUDAD dorada FECHA: DÍA 10 MES Nov AÑO 25 HORA:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES edgar andres APELLIDOS Hernandez quevares

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [x] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1030083728

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 08 MES: 09 AÑO: 2021 / EDAD: 4 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. 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 por miedo Primera dosis [ ] Segunda dosis [ ] dosis única [ ]
BENEFICIOS	Prevención de la enfermedad COVID-19, causada por el virus SARS-CoV-2. Reducción de la severidad de la enfermedad en caso de presentarse. Potencial protección del entorno familiar y los allegados.
RIESGOS	Presentación de efectos adversos a corto y mediano plazo posterior a su aplicación como: dolor en el sitio de inyección, dolor de cabeza (cefalea, articulaciones (artralgia), muscular (mialgia); fatiga (cansancio); resfriado; fiebre (pirexias); enrojecimiento e inflamación leve en el lugar de la inyección; inflamación de los ganglios (linfadenopatía); malestar general; sensación de adormecimiento en las extremidades, reacciones alérgicas leves, moderadas o severas. Estos no se presentan en todas las personas.
ALTERNATIVAS	A la fecha no se ha identificado otra medida farmacológica más eficaz que la vacunación para la prevención de la COVID-19.

INFORMACIÓN ESPECIFICA PARA GESTANTES

La vacuna tiene aprobado el uso en mujeres gestantes desde la semana doce (12) y durante los 40 días postparto, siempre que los posibles beneficios superen los posibles riesgos con base en la evaluación clínica realizada en conjunto por el médico tratante y la gestante, lo cual deberá presentar al momento de la vacunación certificación que acredite tal evaluación.

La vacuna que se le está administrando es eficaz para evitar complicaciones severas y muerte en la gestante y el feto por SARS CoV-2 COVID-19

A la fecha no hay pruebas que la vacuna cause efectos adversos importantes para la mujer embarazada, el feto o la placenta, además de los ya observados para la población general

A nivel poblacional son muchos mayores los beneficios de administrar el biológico, sobre los riesgos de llegar a padecer COVID-19 durante la gestación, por el impacto que sobre la salud materna y perinatal produce la infección por SARS-Co-2 y ante el alto riesgo de complicaciones severas, ingreso a UCI, y morbilidad y mortabilidad materna y fetal asociada a esta enfermedad.

EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD

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

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

Soy mujer con más de 12 semanas de gestación o durante los 40 días postparto: SI ☐ NO ☒ y en caso afirmativo aporto certificación del médico tratante que acredita evaluación clínica para que obre adjunto a este consentimiento, requisito indispensable para recibir la vacuna.

En consecuencia, decido **ACEPTAR:** ☐ que se me aplique la vacuna. **NO ACEPTAR:** ☒ que se me aplique la vacuna

Firma de la persona: -Mariexis

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

Nombres _____ Apellidos _____

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

Firma: Mariexis

En caso de requerirse firma a ruego:

En virtud de que la persona a vacunar _____, identificado(a) con C.C. ☐ C.E. ☐

OTRO ☐ Número _____ de _____ no sabe o no puede firmar, a su ruego firma

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

de _____

Huella dactilar o
plantar del Rogante

Firma del Rogado
C.C. N°

Nombres y apellidos del vacunador: Eduard IB

Firma Tipo de Identificación: CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1004768431

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFID

DEPARTAMENTO/DISTRITO: putumayo MUNICIPIO: San Miguel

Nota 1: Los menores de edad a partir de 12 años deben firmar junto con uno de sus padres o su representante legal
Nota 2: Para los menores de 12 años deben firmar sus padres o su representante legal

		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	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													
		Profilaxis y remoción de placa													
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	>	Vacunación													

ERIKA MARIBEL CORDOBA
AUX. EN SALUD ORAL
RES. 8600493-2021

24-11-2025
OS 2026

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

Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

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

CARNET RIAS
PRIMERA INFANCIA

E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA

Mi prioridad es tu salud



Nombres y Apellidos: Edgar Andres Hernandez Querales

Doc. de Identidad: 1030083728

EPS: Emssanar

Teléfono:

Domicilio: B/ Metropolitano

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 Edgar Andres Hernandez Querales, identificado (a) con documento de identidad número 1030083728, 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, Marlexis Anyelimar Querales villegas, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 30323443, 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 Fundación 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 Institucional.

Suscriben:

Firma: Marlexis
Nombre: Marlexis Anyelimar Querales
Calidad - Titular: Y Representante legal: _____
Teléfono de contacto: _____
Fecha: 11/Nov/2015
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.

CLASIFICADA

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.

EDITH ISABEL MENESES
Coordinadora pedagógica

MARGARITA MOSQUERA
Apoyo psicosocial

Manexis
Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Marcela Rincón E.
Agente educativa

Huella del niño/niña

EMPRESA DE ENERGÍA DEL BAJO PUTUMAYO S.A. E.S.P.
Nit. 846.000.553-0 - NUIR: 2-86568000-7
Autorretenedores Res. 547 de 25/01/2002
Responsables de IVA

"Generamos Desarrollo con Energía"

Vigilado Superservicio

Código de Suscripción	SM 50209-0	Pago oportuno hasta:	07/11/2025	Mes Facturado
Factura Nro	2037343758	Suspensión a partir de:	08/11/2025	OCTUBRE 2025

1.Información General

Nombre: MANUEL JESUS CUARAN — **Último pago** $ 305,920

Dirección: BARRIO SAN FELIPE INSP POLICIA LA DORADA AP1 — **Tuve servicio de energía entre:** 18-SEP-2025 - 20-OCT-2025 (32)

Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Área	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Código Tarifa	División Geopolítica
SM1	S106	247	1	RESIDENCIAL	URBANA	1	.84	AEREA	EMPRESA	105	SAN MIGUEL - SAN FELIPE

Tipo de Documento	Fecha y hora de Emisión	Fecha y hora de Generación	Medio de Pago	Forma de Pago	Factura Electrónica de Venta
FACTURA DE VENTA	27/10/25	27-OCT-25	PAGO EN EFECTIVO	CONTADO	EEBP - 448671

2.Información Consumo Energía

Componentes de Costo (CU)*: Generación 411.7 + Transmisión 51.66 + Distribución 269.4 + Comercialización 142.55 + Pérdidas 58.46 + Restricción 37.23 = CU 971 ($/KwH)

2A.Información Medidor

Marca	Serial	Factor Múltiplo
UNI	2000133457	1

2B.Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	6755	6382
Reactiva:		

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

2C.Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	373	
Consumo Reactiva KVarh:	0	
Costo del consumo $	362183	
Tarifa (hasta 173 Kwh):	451.42	
Subsidio: % 53.51 $	-89881.99	
Contribución: % 0 $	0	
Sub Total $	272301.01	

Meses en deuda: 1 — % Tasa Interés Moratorio: 0.5

2D.Consumo Últimos 6 Meses

Mes		Activa	Reactiva
2025	ABRIL	303	0
2025	MAYO	389	0
2025	JUNIO	407	0
2025	JULIO	400	0
2025	AGOSTO	497	0
2025	SEPTIEMBRE	427	0
	PROMEDIO	404	0

2E.Información Calidad del Servicio

Tel. O.R EEBP: 01 8000 942415
Transformador: SLD108 Grupo: 22
DIUG: 30.24 FIUG: 19 Circuito: C14
Cargo D: 269.7063 Dscto %t: 20
CEC: 434.81
DIU: 93.72 FIU: 107
HC: 12.52 VC: 12
Valor a Compensar: 46908.8

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	362,183.00	.00	.00	362,183.00
SUBSIDIO	-89,881.99	.00	.00	-89,881.99
COMPENSACION RES.CREG_015/2018	-46,908.80	.00	.00	-46,908.80
AJUSTE A LA DECENA	-3.21	.00	.00	-3.21

5.Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP — 225,389

6.Información Facturación Convenio Impuesto Alumbrado Públi

Sujeto Activo	Operador A.P.	Convenio No.	Dirección PQR	Valor Periodo	Saldo Ant.	Valor Tot
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL	MUNICIPIO SAN MIGUEL	ACUERDO 008 31/08/2023	Cra 4 Cll 7 Esquina	29,131	0	29,131

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 Tot
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	Dirección PQR y/o Teléfono	Valor Tarifa	Saldo Anterior	Valor Tot

Total EEBP	+ Total Impuesto Alumbrado público	+ Total Aseo y/o Alcantarillado	+ Total Otros Convenios	= Debo pagar en Total
225,389	29,131	6,000	0	$ 260,520

UFE: 80b8b8a44ded2f4fdd97369e627688d2e28e5eef9662a355d39d096041259d63fd688004a153bf301b643726a31da8cb

(415)7709998005532(8020)1000203734375888(3900)0000260520(96)20251121

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

27 RV

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Edgar Andres Hernandez **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Pre jardin 2 **AGENTE EDUCATIVO:** Yarccla R

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)
Martes 18-11-2025	El dia de hoy asistio el niño en Compañia de su madre, al recibir el niño se evidencio que el niño presentaba un golpe en su cabeza, al indagar a la madre ella refiere que anoche se le cayo de la cama.	la agente educativa al evidencia el golpe del niño lo remite a la coordinadora local, la cual le sugiere a la madre llevar el niño al medico para que lo revisen e informar cualquier novedad al CDI. * El dia de hoy la madre se acerca al CDI manifestando que lo llevo al medico y le realizaron la revision pertinente donde le dieron 3 dias de incapacidad y le enviaron medicamentos.	Yarccla R.	Mariexis
Lunes 24/11/2025	El dia de hoy al realizar el llamado a lista se evidencio que el niño no asistio al CDI, la agente educativa se intento comunicar con la madre y no hay respuesta y se desconocen las causas de la inasistencia.	la agente queda atenta al respuesta de la madre de familia y la llamara más tarde para saber sobre el niño	Yarccla R.	Mariexis

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
Miercoles 19-11-25	El dia de hoy el niño no asiste y la agente educativa se comunica con la madre de familia la cual refiere que el niño esta evolucionando al tratamiento medico y tiene incapacidad medica por tres dias se realica la remision al area salud y nutricion para que le realice el seguimiento pertinente. Marcela R.
Jueves 20-11-25	La agente educativa se comunica con la madre de familia la cual refiere que el niño se encuentra bien de salud pero no asiste por que todavia tiene la incapacidad la cual termina el dia de hoy y ya mañana asiste al CDI, tambien se encuentra en tratamiento medico y ha mostrado mejoria Marcela R
Viernes 21-11-25	El dia de hoy asiste el niño al CDI en compañia de su madre de familia la cual refiere que el niño se encuentra bien de salud y que la herida en su cabeza esta cerrando y evolucionando bien al tratamiento medico, tambien se realica la observacion y verificacion y la herida esta sanando sin dificultad y no muestra signos de alarma. Marcela R. * Mariexis

82

ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

Codigo de habilitacion 867570002101 nit: 846002309

Dir:Barrio El Paraiso Tel: 3134821413

INCAPACIDAD MEDICA.

FOLIO No. 1617227
PACIENTE: HERNANDEZ QUERALES EDGAR ANDRES
IDENTIFICACION: RC1030083728
No HISTORIA: 1030083728
EMPRESA: EMSSANAR EPS S.A.S.
REGIMEN: Subsidiado

No ADMIN: 1512423
E.CIVIL: Soltero
EDAD: 4 Años 2 Meses
GENERO: Masculino
FEC. NAC: 08/09/2021 12:00:00a

FECHA ING: 18/11/2025 09:05:00a. m.
TELEFONO: 3184098526
MUNICIPIO: MOCOA PUT
DIRECCION: METROPOLITANO

DATOS DEL ACOMPAÑANTE

Nombre Padre: JOSE HERNANDEZ
Nombre Madre: MARIEXIA QUERALES
Acudiente: MARIEXI QUERALES

ENFOQUE DIFERENCIAL

BARRIO:. . . . . Los Prados ZONA: URBANA DIRECCION: METROPOLITANO
NIVEL EDUCATIVO:
ORIENT SEXUAL. . No Refiere
RELIGION:. . . . Otro
CONSUMO DE SPA. No
GESTACION: . . . No
IDENTIDAD DE GENERO: . . . . . .
MINAS ANTI PERSONAS: . . . . . .
MUSE-MUNICION SIN EXPLOTAR:. .
RUV-REGISTRO UNICO VICTIMA:. .
HABITANTE DE CALLE:. . . . . No
ORIENT SEXUAL: . . . No Refiere
OCUPACION: . . . . . No se tiene Informacion
ETNIA: . . . . . Ninguno de los anteriores
RESGUARDO INDIGENA . NINGUNO
ACOMPAÑANTE: . . . . MADRE

VIC CONFLICTO ARMADO:.No
DESPLAZADO:. . . . . .No
VIC.MALTRATO:. . . . .No
ABANDONO SOCIAL: . . .No
DESESCOLARIZADO: . . .No

DESEMPLEADO:. . . . No
CARCELARIO: . . . . No
MIGRANTE: . . . . . Si
TRABAJADORA SEXUAL: No
POBLACION LGTBI:. . No

INFORME INCAPACIDAD

INCAPACIDAD MEDICA POR 3 DIAS

DIAGNOSTICO

S019-HERIDA DE LA CABEZA, PARTE NO ESPECIFICADA

DATOS INCAPACIDAD

Ha sido Incapacitado durante: X3 DIAS

Fecha Inicio Incapacidad: X18/11/2025

Fecha Final de Incapacidad: X20/11/2025

Dr. Armando Ahumada
R.M. 521578

PROFESIONAL: AHUMADA CANAR ARMANDO
ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL
REGISTRO: 521578