| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br>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:** 1 | 04 | 2023

## INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

**Tipo de participante:** (X) Niño/a entre 0 y menor de 5 años ( ) Persona Gestante

**Tipo de vinculación:** ( ) Participante de nuevo ingreso (X) 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:** 1122343882

**Fecha nacimiento:** 24 | 12 | 2021

**Nombres:** Xiomara Salome

**Apellidos:** Benitez Martinez

**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 ( ) 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:** Urb.

**Barrio:** La libertad

**Vereda:**

**Sector:**

**Dirección:** Cerca a la Iglesia Catolica.

## INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

**Parentesco:** (X) Madre ( ) Padre ( ) Cuidador/a

**Tipo documento identidad:** ( ) Tarjeta identidad (X) 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:** 1126446688

**Nombres:** Helen Lifany

**Apellidos:** Martinez Hoyos

**País de nacimiento:** Colombia

**Fecha nacimiento:** 21 | 08 | 2005

**Correo electrónico:** hoyoslifany@gmail.com

**Número de celular:** 3228171736

**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:** Helen Martinez

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

**Observaciones:**

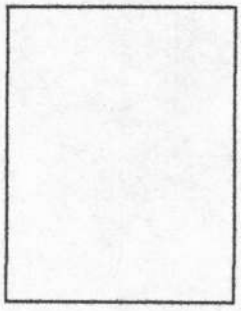
Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

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

Fundación Alma de Vida

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



**NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:**
Xiomara Jalome Benitez Martinez

**Nº DOCUMENTO:** 1122343887 **TIPO DOCUMENTO: RC** X **CC** ___ **OTRO** ___

**FECHA DE NACIMIENTO:** 24/Dic/2021 **EDAD:** _____

**LUGAR DE NACIMIENTO:** Pto Asis

**NOMBRE DE LA UDS:** CDI Fronteras de paz
**CODIGO UDS:** 8675111269472 **BARRIO/VEREDA:** 7 de agosto
**FECHA DE INGRESO:** 01/04/2025 **FECHA DE RETIRO:** _____

**SISBEN:** A4 **EPS:** Emssanar **RÉGIMEN (C)** ___ **(S)** X

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

**GRUPO ETNICO: SI** ___ **NO** X **¿CUAL?** _____

**GRUPO AFROCOLOMBIANO: SI** ___ **NO** X **¿CUAL?** _____

**NOMBRE DE LA MADRE:** Helen Lifany Martinez Hoyos

**Nº CÉDULA:** 1126446688 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Valle Guamuez

**NOMBRE DEL PADRE:** Dany Alejando Benitez M.

**Nº CÉDULA:** _____ **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** _____

**Nº DE CELULAR:** 3228171736

**NOMBRE DEL ACUDIENTE:** Helen Lifany Martinez

**Nº CÉDULA:** 1126446688 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Valle Guamuez

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

**NUMERO DE CELULAR** 3228171736

·Helen martinez
**FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE**

Leidy Marcela Rincón
**NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO**

3

**REPUBLICA DE COLOMBIA**
ORGANIZACION ELECTORAL
**REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL**

**CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO**
Número: **N** 1573526

**NUIP** 1.122.343.882

*Tipo de certificado* | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco ☒

***Datos del Inscrito***

Apellidos y Nombres completos
BENITEZ MARTINEZ XIOMARA SALOME

| Fecha de Nacimiento (Mes en letras) | | | | | | | | | | | Sexo (en letras) | Tipo Sanguíneo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Año | 2 | 0 | 2 | 1 | Mes | D | I | C | Día | 2 | 4 | FEMENINO | B - |

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA PUTUMAYO PUERTO ASIS

| Fecha de Inscripción (Mes en letras) | | | | | | | | | | | Indicativo serial |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Año | 2 | 0 | 2 | 2 | Mes | E | N | E | Día | 0 | 3 | 0061322403 |

***Datos de la Madre***

Apellidos y Nombres completos
MARTINEZ HOYOS HELEN LIFANY

Documento de Identificación (Clase y número): TARJETA DE IDENTIDAD 1.126.446.688 | Nacionalidad: COLOMBIA

***Datos del Padre***

Apellidos y Nombres completos
BENITEZ MADRONERO DANY ALEJANDRO

Documento de Identificación (Clase y número): TARJETA DE IDENTIDAD 1.120.098.480 | Nacionalidad: COLOMBIA

***Datos del Solicitante***

Apellidos y Nombres completos
BENITEZ MADRONERO DANY ALEJANDRO

Documento de Identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 1.120.098.480

***Espacio para notas***
VALIDO PARA TRAMITES LEGALE O CIVILES

***Datos de la oficina de registro que expide el certificado***

País - Departamento - Municipio: COLOMBIA PUTUMAYO SAN MIGUEL(LA DORADA) | Código: X 0 2

| Fecha de Expedición del certificado (mes en letras) | | | | | | | | | | | Nombre y firma del funcionario |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Año | 2 | 0 | 2 | 2 | Mes | E | N | E | Día | 0 | 3 | ROY EDISON CALLE QUIRAMA |

Registrador del Estado Civil

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil
29831195-0

CÉDULA DE CIUDADANÍA

[redacted]

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.126.446.688



Apellidos
MARTINEZ HOYOS

Nombres
HELEN LIFANY

Nacionalidad
COL

Estatura
1.58

Sexo
F

Fecha de nacimiento
21 AGO 2005

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
VALLE DEL GUAMUEZ
(LA HORMIGA)(PUTUMAYO)

Fecha y lugar de expedición
13 SEPT 2023, PUERTO ASIS

Firma
Lifany Martinez

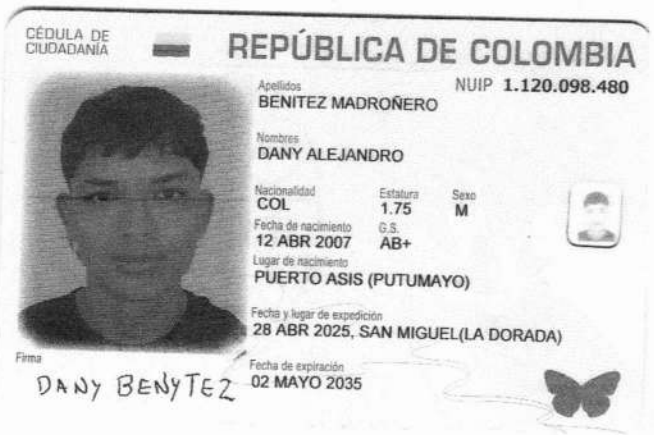
Fecha de expiración
13 SEPT 2033

.CO

031941200

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL031941200064002<<<<<<<<<<<
0508218F3309139COL1126446688<8
MARTINEZ<HOYOS<<HELEN<LIFANY<<



CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.120.098.480

Apellidos
BENITEZ MADROÑERO

Nombres
DANY ALEJANDRO

Nacionalidad
COL

Estatura
1.75

Sexo
M

Fecha de nacimiento
12 ABR 2007

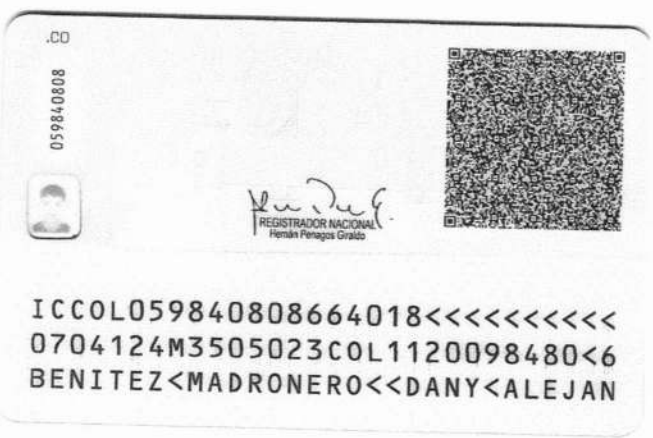
G.S.
AB+

Lugar de nacimiento
PUERTO ASIS (PUTUMAYO)

Fecha y lugar de expedición
28 ABR 2025, SAN MIGUEL(LA DORADA)

Firma
DANY BENYTEZ

Fecha de expiración
02 MAYO 2035



.CO

0598408808

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL0598408086640 18<<<<<<<<<<
0704124M3505023COL1120098480<6
BENITEZ<MADRONERO<<DANY<ALEJAN

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

**Fecha de consulta:** 25/03/2025

**Ficha:** 867576741052800010858

# A4

## Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

**Nombres:** XIOMARA SALOME

**Apellidos:** BENITEZ MARTINEZ

**Tipo de documento:** Registro civil

**Número de documento:** 1122343882

**Municipio:** San Miguel

**Departamento:** Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

**Encuesta vigente:** 06/11/2024

**Última actualización ciudadano:** 06/11/2024

**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:** MARIA ZORAYDA LINARES MONTERO

**Dirección:** Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libertad

**Teléfono:** 4210537 - 3213138790

**Correo Electrónico:** sisben@sanmiguel-putumayo.gov.co

ADRES

# ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

## Resultados de la consulta

**Información Básica del Afiliado :**

| COLUMNAS | DATOS |
|---|---|
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | RC |
| NÚMERO DE IDENTIFICACION | 1122343882 |
| NOMBRES | XIOMARA SALOME |
| APELLIDOS | BENITEZ MARTINEZ |
| 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 | 25/12/2021 | 31/12/2999 | BENEFICIARIO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Impresión:** | 09/09/2025 21:08:54 | **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

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

Cuidamos de ti en cada paso

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS EMSSANAR EPS SAS
### Régimen Subsidiado

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

| | |
|---|---|
| Tipo y Número de identificación: | RC 1122343882 |
| Apellidos: | BENITEZ MARTINEZ |
| Nombres: | XIOMARA SALOME |
| Tipo de discapacidad: | Ninguna |
| Plan de salud: | Régimen Subsidiado |
| Estado de servicio: | Vigente |
| Fecha de Afiliación: | 25/12/2021 |
| Departamento de Afiliación: | PUTUMAYO |
| Municipio de Afiliación: | SAN MIGUEL |
| Zona: | Urbana - Cabecera Municipal |

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

**IPS de atención de primer nivel**

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

Tiene derecho a recibir los servicios contemplados en el Plan de Beneficios en Salud.
Válida únicamente para comprobación de derechos de la red prestadora, en la fecha de expedición. No es válido para aclarar multiafiliación ni para traslados (Decreto 806 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 25 de Marzo de 2025 a solicitud del interesado.

**JEFE COMERCIAL**
**EMSSANAR EPS SAS**

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

# CARNET DE CONTROL

## NIÑO Y NIÑA

## ...Sanos



E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

## MIS DATOS

| | |
|---|---|
| Nombres: XIOMARA SAIOME | Apellidos: BENITEZ MARIÑO |
| Fecha de nacimiento: 24 (DÍA) \| 12 (MES) \| 2021 (AÑO) | Historia Clínica: 1122343882 |
| Barrio/Vereda: B/ LA ESPERANZA | Responsable del niño: Lifany Martinez. |
| Teléfono: 3107651949 | EPS: 118 |

# CITAS PROGRAMADAS

| DÍA | MES | AÑO | HORA | ASISTIÓ SI | ASISTIÓ NO |
|---|---|---|---|---|---|
| 25 | ABRIL | 2022 | x MEDICO | ✓ | |
| 10 | 06 | 2022 | x Medico | | |
| 07 | octubre | 2022 | Medico. | | |
| 23 | Dicem. | 2022 | Medico | ✓ | |
| 24 | JUNIO | 2023 | Enfer | | ✓ |
| 26 | Julio | 2023 | Enf. | SI ✓ | |
| 26 | Diciembre | 2023 | Medico | | X |
| 17 | Oct | 2024 | Med | ✓ | |
| 24 | 06 | 2024 | Enfer | ✓ | Milena |
| 24 | DIC | 2024 | Medico | | |
| 24 | Dic | 2025 | Jefe | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

# CONDICIONES DEL NIÑO(A) AL NACER

Necesidad de reanimación: SI ☐ NO ☐

APAGAR al minuto:_____ APAGAR a los 5 minutos:_____

Peso: 3730 Talla: 51 Perímetro Cefálico: _____

Ictericia: _____ Antes de 24 horas:_____ Después de 72 horas: _____

¿Estuvo en fototerapia? SI ☐ NO ☐ ¿Dónde?_____

Grupo sanguíneo: B (+)

**Perímetro braquial**

¿Estuvo hospitalizado? SI NO

¿Dónde? *UCI **UCE CUNA

¿Cuánto tiempo?_____

Diagnostico: _____

TSH: _____ Resultado:_____

**ANTES DE SALIR DE LA CLÍNICA**

¿Le aplicaron las vacunas? SI NO

¿A qué tiempo de nacimiento comenzó la lactancia materna?

Antes de la hora SI NO

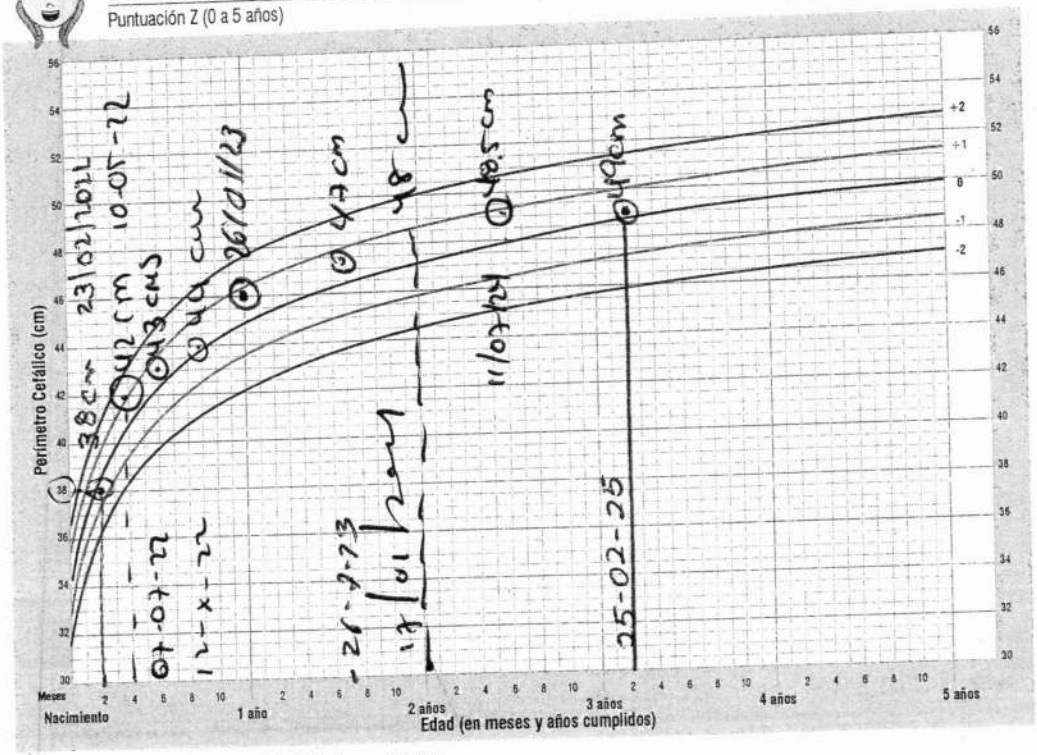
Después de la hora SI NO

Antes de salir de la clínica SI NO

12

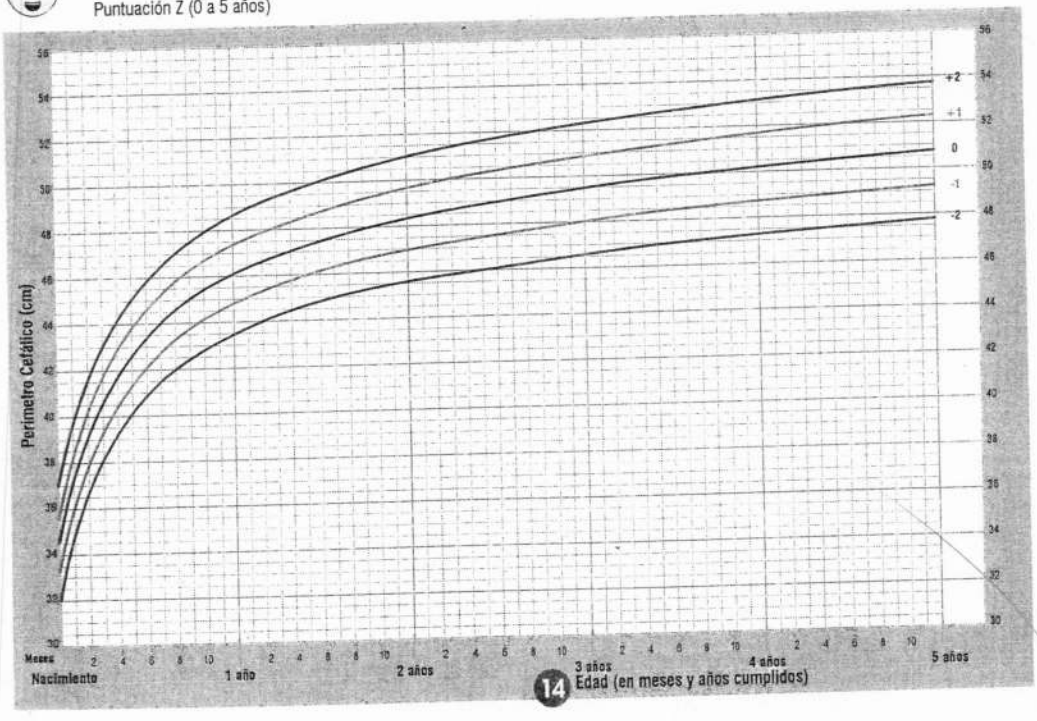
## Perímetro Cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)




## Perímetro Cefálico Niños

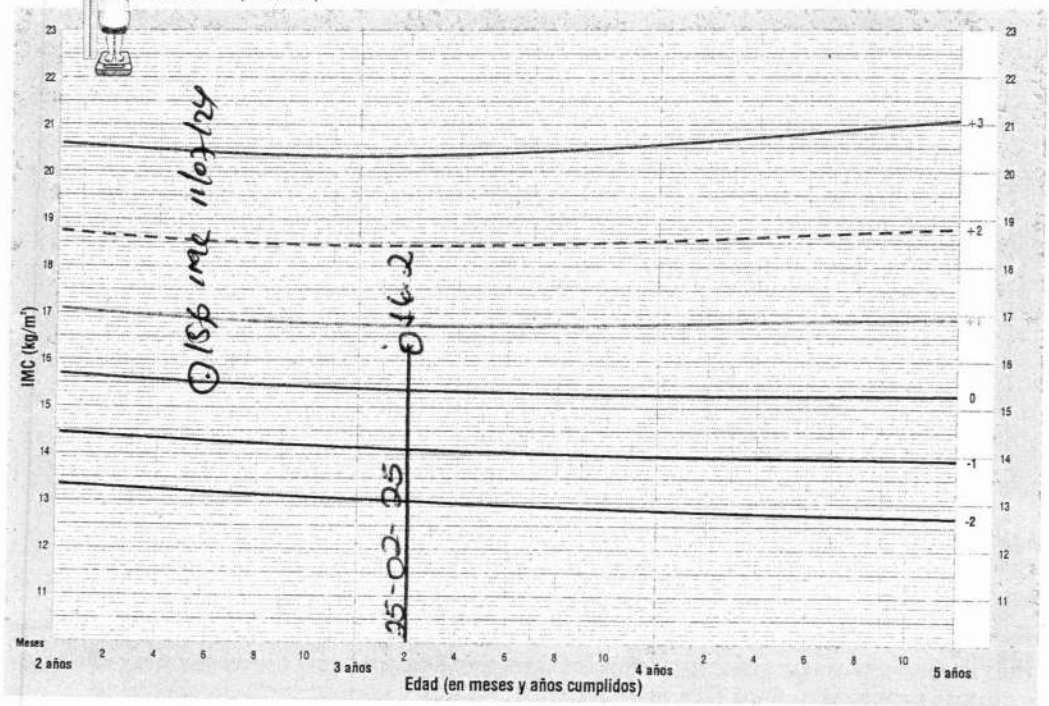
Puntuación Z (0 a 5 años)



13

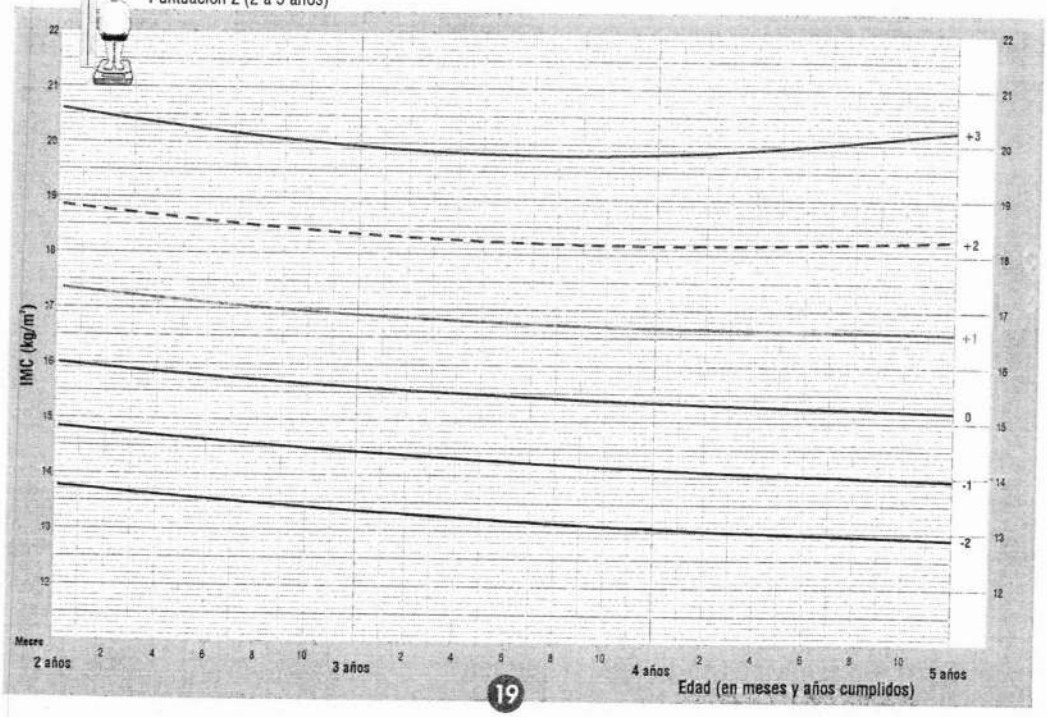
## IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



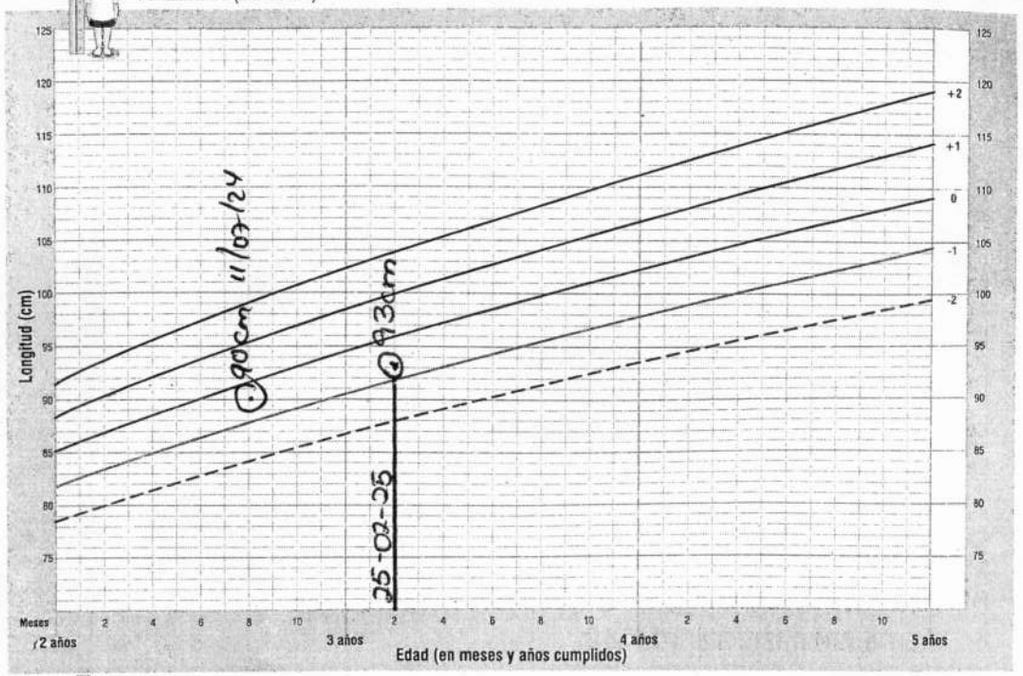

## IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



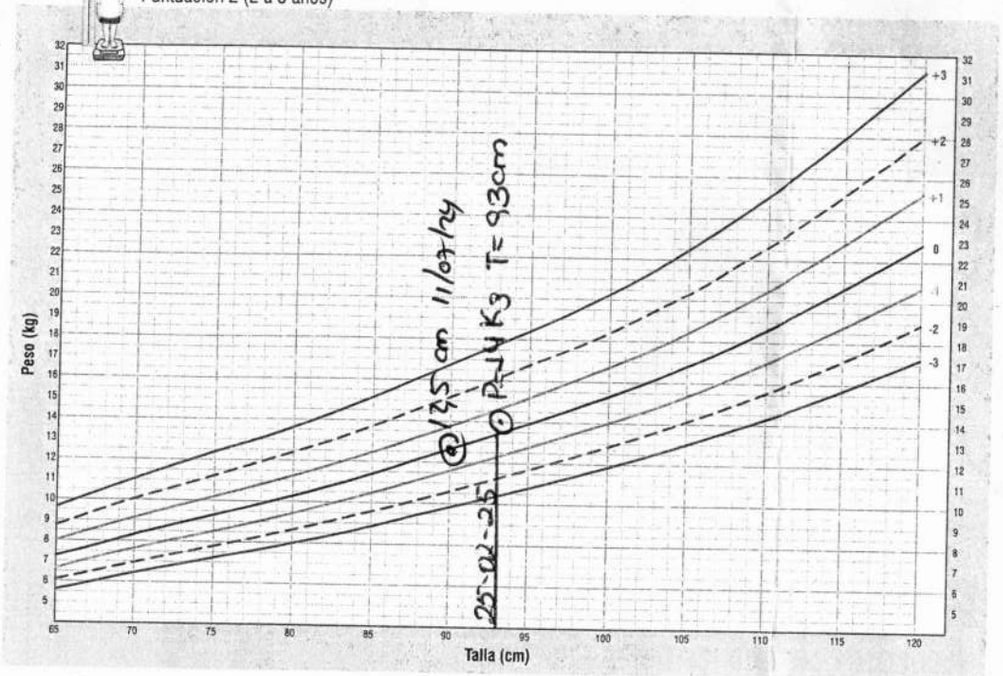
## Talla para la edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



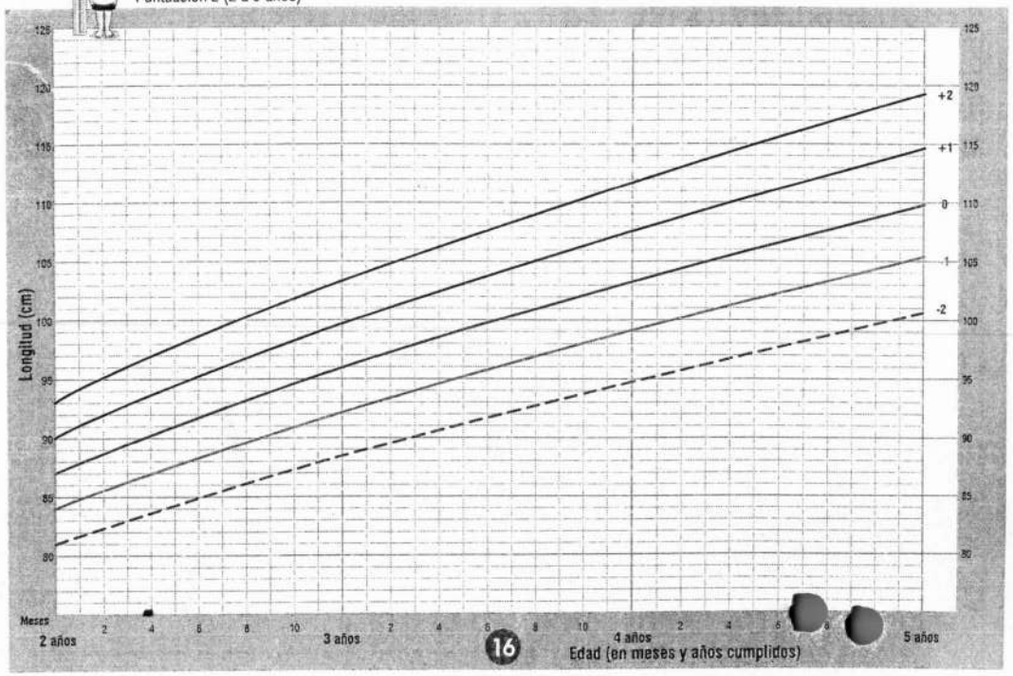

## Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)




## Talla para la edad Niños

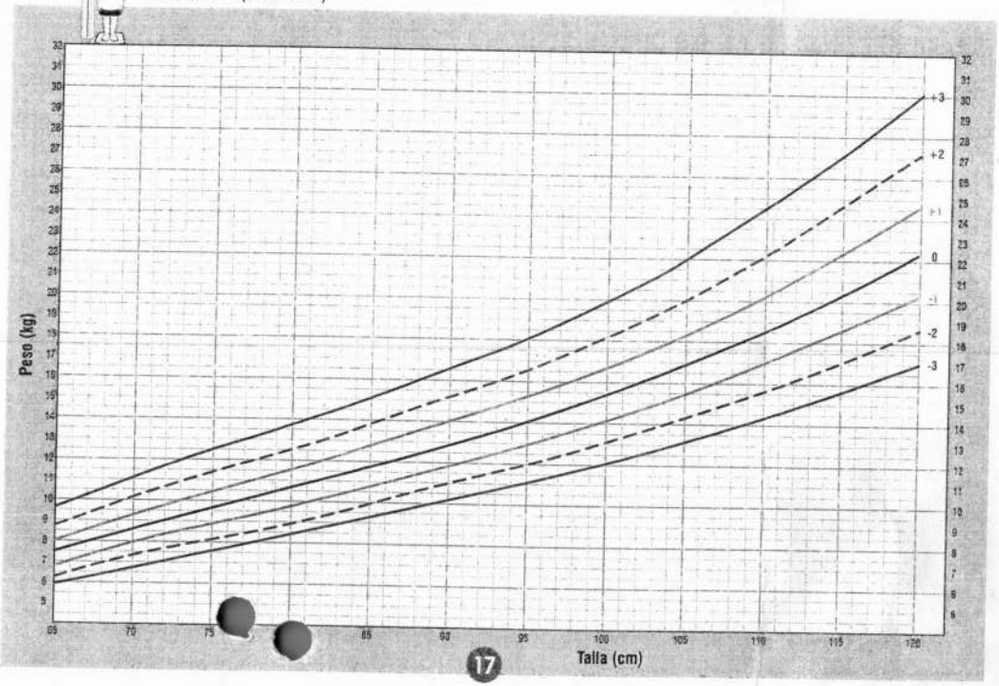
Puntuación Z (2 a 5 años)






## Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



citas 5 años Cumplidos

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

| Edad | Me protege de | Dosis | Fecha de aplicación Día | Mes | Año | Laboratorio | Número de lote | IPS vacunadora | Fecha próxima cita Día | Mes | Año | Nombres y apellidos del vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐ | | | | | | | | | |
| Recién nacido | Tuberculosis meningea (BCG) | Única | 24 | DIC | 21 | Serum | 037065170 | HCFTO Asy | | | | Angelly Cristal |
| | Hepatitis B | Recién nacido | 24 | DIC | 21 | Serum | 032024074C | HCFTO Asy | | | | |
| | | | Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐ | | | | | | | | | |
| 2 meses | Poliomielitis (VIP) | 1.ª | 25 | 02 | 22 | Biolog | 21C500C1A | | | | | |
| | PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib) | 1.ª | 25 | 02 | 22 | Serum | 285CXCC55A | | | | | |
| | PENTAVALENTE Hepatitis B | 1.ª | 25 | 02 | 22 | Serum | 111111117 | | | | | |
| | PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT) | 1.ª | 25 | 02 | 22 | Serum | 111111117 | | | | | |
| | Diarrea por rotavirus | 1.ª | 25 | 02 | 22 | GSK | APO1CES8 | HFLD | cita 25 abril 2022 | | | Julio Casanova |
| | Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo | 1.ª | 25 | 02 | 22 | GSK | ASPNB315 | | | | | |
| | | | Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐ | | | | | | | | | |
| 4 meses | Poliomielitis (VIP) | 2.ª | 25 | 04 | 22 | Serum | 211500 6 | | | | | |
| | PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib) | 2.ª | 25 | 04 | 22 | Serum | 285040388D | | | | | |
| | PENTAVALENTE Hepatitis B | 2.ª | 25 | 04 | 22 | | | | | | | |
| | PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT) | 2.ª | 25 | 04 | 22 | GSK | | | | | | |
| | Diarrea por rotavirus | 2.ª | 25 | 04 | 22 | GSK | ARO1S89CAF | HFLD | cita1 25 Junio/2022 | | | Edwin Ipial Tec. Aux. en Enfermería CC. No. 1004768431 |
| | Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo | 2.ª | 25 | 04 | 22 | GSK | ASPNB338FA | | | | | |
| | | | Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐ | | | | | | | | | |
| 6 meses | Poliomielitis (VIP) | 3.ª | 8 | julio | 22 | Biological | 215006 | LTFLD | | | | Alivio C |
| | PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib) | 3.ª | 8 | julio | 22. | Serum | 295140358 | HFLD | | | | Alivio C |
| | PENTAVALENTE Hepatitis B | 3.ª | - | - | - | | 111111 | | | | | |
| | PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT) | 3.ª | - | - | - | | | | | | | |
| | Influenza estacional | 1.ª | 8 | Jul | 22 | Green Cross | V502200 8 | HFLD | | | | Alivio C. Julio. |
| 7 meses | Influenza estacional | 2.ª | 22 | 08 | 22 | Green. | V502220 8 | HFLD | 8 Ago 2022. | | | |
| 12 meses | Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP) | 1.ª | 26 | 01 | 23 | Serum | 013094135B | 1 | | | | Daniela Casanova Tec. Aux. en Enfermería CC. No. 1007728227 |
| | Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo | Refuerzo | 26 | 01 | 23 | GSK. | ASPNB342AQ | | | | | |
| | Varicela | 2.ª | 26 | 01 | 23 | merck | 00355 74 | HFLD | cita 24 Dic 2022 | | | |
| | Hepatitis A | Única | 26 | 01 | 23 | MSD | W0040802 | | | | | |
| | Influenza estacional | Anual | 7 | Jul | 23 | Green Cross | V505230001 | H. local pt. Asy | | | | |
| 18 meses | Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐) | 1.er refuerzo | 7 | Jul | 23 | Biological | 220801G | H. local pte Asy | | | | |
| | Difteria, tosferina y tétano (DPT) | 1.er refuerzo | 7 | Jul | 23 | Sem I. I | 2851X040C | H. local pte Asy | cita 31/Julio/2023 | | | Daniela Casanova Tec. Aux. en Enfermería CC. No. 1007728227 |
| | Fiebre amarilla | Única | 26 | 01 | 23 | Sanofi | V3ES4 | 1 HFCD | | | | |
| 5 años | Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐) | 2.º refuerzo | | | | | | | | | | |
| | Difteria, tosferina y tétano (DPT) | 2.º refuerzo | | | | | | | | | | |
| | Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP) | 2.ª | 7 | Jul | 23 | Sem I. I | 013N071A | H local pte Asy | | | | |
| | 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 | | | | | | | | | | | | |

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.

Busca ya las vacunas

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

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

## 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 | D | M | A |
| 2.ª entrega | D | M | A |
| 3.ª entrega | D | M | A |

### ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| A partir de 6m | D | M | A |
| 1 año | D | M | A |
| 2 años | D | M | A |
| 3 años | D | M | A |
| 4 años | D | M | A |
| 5 años | D | M | A |

### SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

### VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 3 años | D | M | A | OD | OND |
| 4 años | D | M | A | OI | OND |
| 5 años | D | M | A | OP | OND |

*Menor o igual a 20 normal

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

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

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




**Ministerio de Salud y Protección Social**
Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

La salud es de todos | Minsalud

16

# Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Xiomara Salome. Benitez Martinez

Fecha de nacimiento: 24 Dic 21

Nº de certificado de nacido vivo: 709592257

Registro civil: 1122343882

Sexo: Femenino.

Grupo sanguíneo: B −

Peso al nacer: 3730 Talla: 51'

Dirección: SOM 40

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Responsable: Glen Liseni Martinez M

Municipio de residencia: La Jagueder

Departamento: Cesar

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

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

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL

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

La salud es de todos

CIUDAD San Miguel FECHA: DÍA 07 MES 04 AÑO 2025 HORA: 2:22 P

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:**

NOMBRES Xiomara Salome APELLIDOS Benitez Martinez

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1.122.343.982.

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 24 MES: 12 AÑO: 2021 / EDAD: 3 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Emssanar Tel: 3228171736

**INFORMACIÓN PREVIA.** La vacunación es una forma segura y eficaz de prevenir enfermedades y salvar muchas vidas. En la actualidad dispone de vacunas para proteger contra al menos 26 enfermedades, entre ellas, la difteria, el tetanos, la tosferina, la poliomielitis, la hepa cáncer de utero y el sarampión. En conjunto, estas vacunas salvan cada año millones de vidas en el mundo. Con la aplicación de las vacu 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 inicia la aplicación de esta vacuna, se han reconocido beneficios y riesgos, que es importante que usted conozca antes de dar el consent 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 seg humanos.

**DATOS IMPORTANTES DE LA VACUNA** (por favor, leer con detenimiento. Puede formular preguntas) Papá no autoriza.

| | |
|---|---|
| ¿COMO SE APLICA? | Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides). |
| VACUNA Y DOSIS | Nombre de la vacuna a aplicar Ninguna.<br>Esquema que tiene esta vacuna: Dos dosis [ ] o dosis unica [ ] |
| BENEFICIOS | Prevencion de la enfermedad COVID-19, causada por el virus SARS-CoV-2. Reducción de la severidad de la enfermedad en 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, dol cabeza (cefalea, articulaciones (artralgia), muscular (mialgia); fatiga (cansancio); resfriado; fiebre (pirexias); enrojecimie inflamación leve en el lugar de la inyección; inflamacion de los ganglios (linfadenopatia); malestar general; sensaci adormecimiento en las extremidades, reacciones alérgicas leves, moderadas o severas. Estos no se presentan en toda personas. |
| ALTERNATIVAS | A la fecha no se ha identificado otra medida farmacologica más eficaz que la vacunación para la prevencion 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 a con mi condición, así como las explicaciones adecuadas, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicacione aplicación de la vacuna que se me ofrece. De la misma manera, se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo 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 exi responsabilidad a las autoridades sanitarias o gubernamentales ni a las entidades que participaron en la aplicación de la vacuna contra el CoV-2/COVID-19 de brindar la atención en salud que sea necesaria por la aparición de posibles reacciones adversas no reportadas.

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

Firma de la persona: Helen martinez

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

Nombres Helen Ufany Apellidos Martinez Hoyos

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1.126.446.688.

Firma: - Helen martinez

**En caso de requerirse firma a ruego:**

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

OTRO ☐ Número _____ de _____ no sabe o no puede firmar, a su ruego firma el(la) señor(a)

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

de _____

Huella dactilar o plantar del Rogante

Firma del Rogado

C.C. N° _____

C.C. N° _____

Nombres y apellidos del vacunador: Jeniffer Cabezas Meneses

Firma

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 1126446069

**DATOS DE LA INSTITUCIÓN**

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFUD

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

GOBERNACIÓN PUTUMAYO
2020 - 2023

**JINA A. BELALCAZAR FLOREZ**
Gerente

CARNET RIAS **PRIMERA INFANCIA**

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA
*Servimos con amor*



Nombres y apellidos: Xiomara Salome Benitez

Doc. de identidad: 1122343882 EPS: Emssanar

Teléfono: 3228171756 Domicilio: B/Libertad.

| | | PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS | FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) O AÑOS (A) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 5 DÍAS | 1 M | 2-3 M | 4-5 M | 6-8 M | 9-11 M | 12-17 M | | 18-23 M | | 24-29 M | | 30-35 M | | 3 A | 4 A | | 5 A |
| VALORACIÓN INTEGRAL | ATENCIÓN | Control del recién nacido por médico | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Atención en salud por medicina general | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Atención en salud por enfermería | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Atención en salud bucal por odontología | | | | | | | | | | | | | 18-01-24 | | | | | |
| | | Promoción y apoyo de la lactancia manterna | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PROTECCIÓN ESPECÍFICA | ODONTOLOGÍA | Aplicación de barniz de fluor | | | | | | | | | | | | | X | | 7402-0211 | | | |
| | | Profilaxis y remoción de placa bacteriana | | | | | | | | | | | | | X | | 5202-2253-01 | | | |
| | | Aplicación de sellantes (según criterio) | | 1 | | | | | | | | | 5202-2253-01 | | RC: 18-07-2024. | | 5202-2253-01 | | | |
| | V | Vacunación | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Katherine Rodríguez Bastidas
Odontóloga
C.C. 1.087.674.471

LILIANA MARIBEL CORDOBA
AUX. EN SALUD ORAL
[illegible]550

Servimos con amor

19

| 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 Xiomara Salome Benitez Martinez, identificado (a) con documento de identidad número 1122343887, 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, Helen Tinfany Martinez Hoyos, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1126446688, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

| Autorización | Fotos | / | Audios | / | Videos | / | Otros datos personales | / |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**La autorización comprende:**

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

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

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

Los productos autorizados son originados por Fundacion Alma de Vida, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa CDI Institucional

**Suscriben:**

Firma: Helen martinez
Nombre: Helen Martinez
Calidad - Titular: X Representante legal: ____
Teléfono de contacto: 3228171736
Fecha: 01/04/2025
Municipio: San Miguel

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

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

# PACTO DE CONVIVENCIA MODALIDAD INSTITUCIONAL

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

## DERECHOS Y DEBERES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

### DERECHOS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

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

### DEBERES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

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

## DERECHOS Y DEBERES DE LOS PADRES DE FAMILIA

### DERECHOS DE LOS PADRES DE FAMILIA

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

### DEBERES DE LOS PADRES DE FAMILIA

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

(telefónico, mensajería y/o escrito).

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

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

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

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

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

**PAOLA CHATES**
Coordinadora pedagógica

**EDDY PATRICIA LÓPEZ**
Apoyo psicosocial

Lifany Martinez
**Firma del Padre de Familia y/o acudiente**

Leidy Marcela Rincón
**Agente educativa**

**Huella del niño/niña**

Yomara

"Generamos Desarrollo con Energía"

Vigilado Superservicios

# ENERGÍA DEL MAYO S.A. E.S.P.

553-0 - NUIR: 2-86568000-7
Grandes Res. 547 de 25/01/2002
Responsables de IVA

| Código de Suscripción | SM 20739 | Pago oportuno hasta: | 02-ABR-2025 | Mes Facturado |
|---|---|---|---|---|
| Factura Nro. | 203704224 1 | Suspensión a partir de: | 03-ABR-2025 | MARZO 2025 |

JOSE ENRIQUE MARTINEZ CARRERA — 07-MAR-2025 — Último pago $ 52,300

BR LA LIBERTAD — Tuvo servicio de energía entre: 17-FEB-2025 - 17-MAR-2025 (28) - 22-MAR-26

| Ruta | Orden | Estrato | Tipo de Uso | Área | Nivel de Tensión | Carga Instalada | Tipo de Red | Propiedad de Activos | Tarifa | División Geopolítica |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SM1 | S161 | 153 | 1 RESIDENCIAL | URBANA | 1 | 4 | AEREA | EMPRESA | 105 | SAN MIGUEL - LA LIBERTAD |

| 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 527.60 + Transmisión 49.85 + Distribución 253.23 + Comercialización 121.95 + Pérdidas 70.79 + Restricción 14.68 = CU 1,038.10 ($/KwH)

### 2A.Información Medidor

| Marca | Serial | Factor Múltiplo |
|---|---|---|
| MET | 13050486 | |

### 2B.Información de Lecturas

| Energía | Lectura Actual | Lectura Anterior |
|---|---|---|
| Activa: | 8029 | 7925 |
| Reactiva: | | |

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

### 2C.Liquidación Consumo del Periodo

| | |
|---|---|
| Consumo Activa Kwh: | 104 |
| Consumo Reactiva KVarh: | 0 |
| Costo del consumo $ | 107962.4 |
| Tarifa (hasta 173 Kwh): | 415.24 |
| Subsidio: % 60 $ | 64777.44 |
| Contribución: % $ | 0 |
| Sub Total $ | 43184.96 |

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

### 2D.Consumo Ultimos 6 Meses

| Mes | Consumo |
|---|---|
| 2025/Feb | 119 |
| 2025/Ene | 95 |
| 2024/Dic | 236 |
| 2024/Nov | 0 |
| 2024/Oct | 120 |
| 2024/Sep | 112 |

Promedio: 114

### 2E.Información Calidad del Servicio

Tel O R EEPB 01 8000 942415
Transformador SLD112 Grupo 22
DUG 30.24 FRUG 19 Circuito C14
Cargo D 249.01 Descto 50.20
CFC 120.29
DIU 70.22 FRU 92.00
BC 1.96 VC 4.00
Valor a comparar 11,980.90

## 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 | 107,962.40 | 0 | 0.00 | 107,962 |
| SUBSIDIO | 64,777.44 | 0 | 0.00 | 64,777 |
| AJUSTE A SUBSIDIO | 1,778.25 | 0 | 0.00 | 1,778 |
| COMPENSACION RES CREG 015/2018 | 11,980.90 | 0 | 0.00 | 11,981 |
| AJUSTE A LA DECENA | 3.31 | 0 | 0.00 | 3 |

## 5.Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP

32,979

## 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 | 6,391 | 0 | 6,391 |

## 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 32,979 | | 6,391 | | 6,000 | | 0 | | 45,370 |

CUFE: [illegible]

(415)7709988005532(8020)1009203704224114(3900)0000045370(96)20250402

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

www.eebpsa.com.co @eebpsaesp /eebpsa

Fac. Electronica: EEBP 167702

Resolución de facturación electronica DIAN No 18764003711901
de fecha 20\11\2024 desde No. 1 hasta No. 1000000
vigencia 20\11\2024

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

## PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

**Ciudad** San Miguel-la dorada-ptyo

**Nombre completo de la niña o niño** Xiomara Salome Benitez Martinez

**Fecha de nacimiento** Día 29 Mes 12 Año 2021 **N° Documento de Identidad** 1122343882

**Sexo** Masculino ○ Femenino ● **Fecha de 1er día de atención en el año** Día 01 Mes 04 Año 2025

**Primer Registro Cualitativo**

**Nombre del observador** Leidy Marcela Rincón E hijo #1

**Fecha de registro cualitativo** 02 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**

Xiomara se comunica de una forma fluida formando oraciones más complejas y entabla conversacion con el adulto contando anecdotas vividas, se debe fortalecer el conocimiento del lugar donde vive y la ubicacion espacial del entorno.

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

**Segundo Registro Cualitativo**

**Nombre del observador** Leidy Marcela Rincón Echeverry

**Fecha de registro cualitativo** Día 2 Mes 10 Año 2025

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

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

**Observaciones generales**

Xiomara ha mostrado ser muy independiente resolviendo dificultades con sus compañeros sin la ayuda del adulto, tambien sigue normas de la vida cotidiana, es muy creativa y le gusta Inventar nuevos juegos con sus compañeros.

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)***

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

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

BIENESTAR FAMILIAR

25 RV

**REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES**

NOMBRE DEL USUARIO: Xiomara Benitez UNIDAD DE ATENCIÓN: pre jardinz AGENTE EDUCATIVO: Yarcela R.

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 01-04-2025

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) |
|---|---|---|---|---|
| Miercoles 29/10/25 | El dia de hoy la niña no asiste y la madre mediante un mensaje de whatsap refiere que necesita un permiso por dos dias debido q que la madre tiene que viajar al municipio de puerto Asis para realizar unas diligencias personales y no tiene con quien dejar laniña para que no falte al CDI. | Se realizan recomendaciones a la madre de familia de procurar no hacer faltar la niña al CDI A menos que sea necesario. | Yarcela R. | - Helen Martinez |
| Jueves 30/10/25 | El dia de hoy no asistio la niña y la madre mediante un mensaje de whatsap refiere que se encuentra con la niña en el municipio de puerto asis realizando unas diligencias personales y no tenia con quien dejar la niña y se la llevo, perola niña esta bien | nuevamente se realizan recomendaciones a la madre de familia de procurar no hacer faltar la niña al CDI a menos que sea necesario. | Yarcela R. | - Helen Martinez |

| | SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO |
|---|---|
| Martes 4/11/25 | El dia de hoy asiste la niña al CDI en compañia de la madre de familia la cual refiere que la niña se encuentra en aparentemente buen estado de salud y la madre realiza un compromiso de no hacer faltar la niña al CDI.<br><br>Marcela R. . Heleh Martinez |

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

BIENESTAR FAMILIAR

26 R/V

**REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES**

NOMBRE DEL USUARIO: Xiomara Salome Benitez UNIDAD DE ATENCIÓN: Pre jardin 2 AGENTE EDUCATIVO: Marcela R

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 01-04-2025

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) |
|---|---|---|---|---|
| Jueves 16-10-25 | El dia de hoy no asiste la niña y la agente educativa se Comunica via llamada con la madre de familia la cual refiere que la niña amaneció con dolor de cabeza, y malestar y la madre prefiere dejarla en casa bajo observación. | la agente educativa le recomienda a la madre estar pendiente de la evolucion de salud de la niña y si presenta más sistomas llevarla al medico e informar a la agente educativa.<br>* la agente educativa se comunica en horas de la tarde con la madre de familia la cual refiere que la niña se encuentra mejor de salud. | Marcela R. | Lizeth Martinez |

| | SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO |
|---|---|
| Viernes 17-10-25 | El dia de hoy asiste la niña en compañia de su madre la cual refiere que la niña se encuentra bien de salud, que el dia de ayer le dio acetaminofen y mostro mejoria y no presento más sintoma, tambien la agente educativa evidencio que la niña no presenta ningun malestar y se evidencia que la niña ingresa aparentemente en buen estado de salud y buen estado fisico y se reintegra a las actividades pedagogicos. * Helen Martinez Marcela R. |

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

BIENESTAR FAMILIAR

27

**REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES**

NOMBRE DEL USUARIO: Xiomara Benitez. UNIDAD DE ATENCIÓN: pre jardin 2 AGENTE EDUCATIVO: Marcela R.

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 01-04-2025

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) |
|---|---|---|---|---|
| Jueves 02-10-25 | El dia de hoy no asiste la niña al CDI, y la madre de familia se comunica con la agente educativa via whatsap manifestando que tiene un compromiso familiar en el municipio de puerto Asis y le es dificil traer la niña al CDI | Se entiende la situación y se recomienda a la madre de familia que deben organizar tiempos para que la niña no falte al CDI. | Marcela R. | Liliana Martinez |

| | SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO |
|---|---|
| Viernes 3-10-25 | El dia de hoy asiste la niña al CDI en aparentemente buen estado de salud y buen estado fisico, tambien se reintegra satisfactoriamente a las actividades sin novedad y se realica el cierre a la novedad.<br>Marcela R. *. Lifany Martinez |