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: 1 | 04 | 2025

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: centro de desarrollo infantil Fronteras 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: 1.122.343.534

Fecha nacimiento: 14 | 10 | 2020

Nombres: HELLEN ARYANA

Apellidos: AGUIRRE TONGUNO

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 ( ) N/A

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

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

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

Departamento residencia: PUTUMAYO

Municipio de residencia: SAN MIGUEL

Zona: URBANO

Barrio: LOS PRADOS

Vereda:

Sector:

Dirección: A lado de la Clinica I.P.S. LA DORADA.

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

Parentesco: ( ) Madre (x) 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: 1.122.337.602

Nombres: Armando wladimir.

Apellidos: Aguirre Imbajoa.

País de nacimiento: COLOMBIA

Fecha nacimiento: 26 | 7 | 1991

Correo electrónico: 07wladi@gmail.com

Número de celular: 3114689475

Número de fijo:

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

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

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

Nombre y Firma del profesional que diligencia: OLGA MILENA R.

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
Fomentando caminos de esperanza

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:
Hellen Aryano Aguirre Tonguino.

N° DOCUMENTO: 1.122.343.534 **TIPO DOCUMENTO:** RC X CC ___ OTRO ___
FECHA DE NACIMIENTO: 14-Oct-2020 **EDAD:** 4 años - 5 m.
LUGAR DE NACIMIENTO: Puertos Asis (Putumayo)

NOMBRE DE LA UDS: (COI) centro de desarrollo infantil Fronteras de paz
CODIGO UDS: 867571126972 **BARRIO/VEREDA:** B/ los Prados
FECHA DE INGRESO: 1- Abril- 2025 **FECHA DE RETIRO:** _____

SISBEN: A4 (PE) **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: Leidy Cecilia Tonguino Pantoja.
N° CÉDULA: 1.006.788.029 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** _____
NOMBRE DEL PADRE: Armando Wladimir Aguirre Imbajoa
N° CÉDULA: 1.122.337.602 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Miguel
N° DE CELULAR: 3114689475
NOMBRE DEL ACUDIENTE: Armando Wladimir Aguirre Imbajoa
N° CÉDULA: 1.122.337.602 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Miguel
DIRECCIÓN VIVIENDA: B/ los Prados **ZONA POBLACIONAL: (R)**__ **(U)** X
NUMERO DE CELULAR 3114689475 - 3118032930

FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

OLGA MILENA RENDÓN
NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: **N** 1220417

NUIP 1.122.343.534

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco X☐

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
AGUIRRE TONGUINO HELLEN ARYANA

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)			Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año 2020	Mes OCT	Día 14	FEMENINO	O+

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

Fecha de Inscripción (Mes en letras)			Indicativo serial
Año 2020	Mes NOV	Día 03	0059304254

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
TONGUINO PANTOJA LEIDY CECILIA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.006.788.020	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
AGUIRRE IMBAJOA ARMANDO WLADIMIR

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.122.337.602	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
AGUIRRE IMBAJOA ARMANDO WLADIMIR

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.122.337.602

Espacio para notas
VALIDO PARA TAMITES LEGALES Y CIVILES

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio: COLOMBIA PUTUMAYO SAN MIGUEL(LA DORADA) — Código: X62

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)
Año 2020 Mes NOV Día 03

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil
26208709-5

Nombre y firma del funcionario

ROY EDISON CALLE QUIRAMA

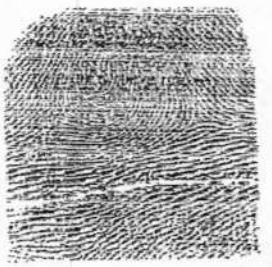
Registrador del Estado Civil

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.122.337.602
AGUIRRE IMBAJOA
APELLIDOS
ARMANDO WLADIMIR
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 26-JUL-1991
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.61 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
26-JUL-2009 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-6401900-00250382-M-1122337602-20100816 0023450117A 1 30229471

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.006.788.020
TONGUINO PANTOJA
APELLIDOS
LEIDY CECILIA
NOMBRES





FECHA DE NACIMIENTO 14-DIC-1991
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
29-ABR-2010 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES
INDICE DERECHO

P-8401800-00256959-F-1006788020-20100922 0024059354A 1 30229442

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

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

Ficha: **86757026480600000320**

A4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: **HELLEN ARYANA**

Apellidos: **AGUIRRE TONGUINO**

Tipo de documento: **Registro civil**

Número de documento: **1122343534**

Municipio: **San Miguel**

Departamento: **Putumayo**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **25/11/2017**

Última actualización ciudadano: **11/11/2020**

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	1122343534
NOMBRES	HELLEN ARYANA
APELLIDOS	AGUIRRE TONGUINO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	SAN MIGUEL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EMSSANAR S.A.S.	SUBSIDIADO	14/10/2020	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/11/2025 15:01:07	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS EMSSANAR EPS SAS
Régimen Subsidiado

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

Tipo y Número de identificación:	RC 1122343534
Apellidos:	AGUIRRE TONGUINO
Nombres:	HELLEN ARYANA
Ficha Sisben:	86757026480600000320
Nivel Sisben:	Nivel I
Grupo Sisben	A04
Tipo de discapacidad:	Ninguna
Plan de salud:	Régimen Subsidiado
Estado de servicio:	Vigente
Fecha de Afiliación:	14/10/2020
Departamento de Afiliación:	PUTUMAYO
Municipio de Afiliación:	SAN MIGUEL
Zona:	Urbana - Cabecera Municipal

IV - Afiliado cumple con metodología IV SISBEN.

IPS de atención de primer nivel

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

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

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

En constancia se firma el 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



Mis Datos

Nombres: Hellen Aryana	Apellidos: Aguirre Tonquino
Fecha de Nacimiento: 14 / 08 / 2020	Historia Clínica: 1.122 343.534
Barrio/Vereda: Los Prados	Responsable del Niño: Leidy Tonquino
Teléfono:	EPS: Emssanar

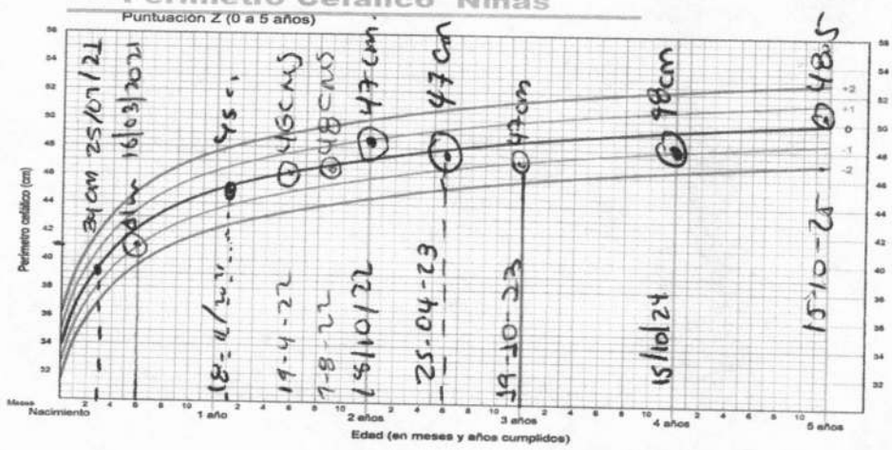
CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIO SI	ASISTIO NO
14	Mar20	2027	Medico	si ✓	
15	AGOSTO	2021	Enfermero		
18	~~abril~~	20 22	~~enfermera~~		
1	Agosto.	2022	MO.		
14	~~octub~~.	2022	MO.	Si ✓.	
18	Abril.	2023	~~Enf~~.	Si - 25-04-23	
16	OCTUBRE	2023	MEDICO	Si 19-10-23	
15	Octubre	2024	Enf	Si Paola Ruiz	
14	Oct	2025	Med	Si Ricardo Muñoz	
14	Oct	2.28	Medico		

11

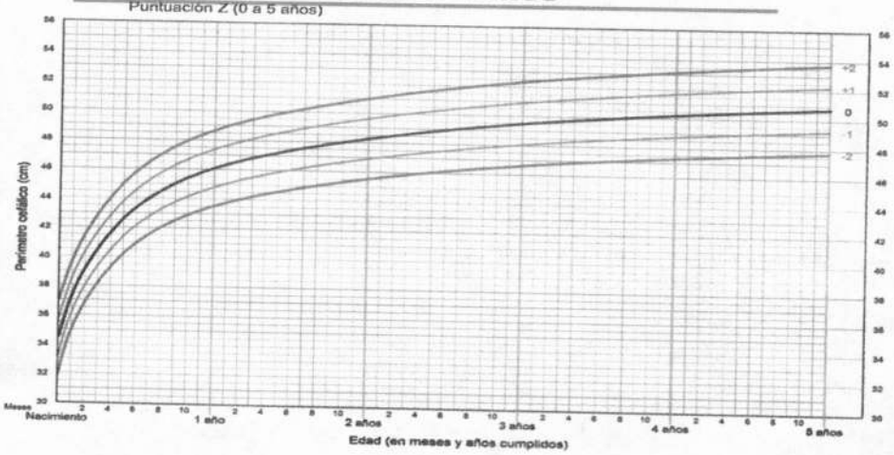
Perímetro Cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)



Perímetro Cefálico Niños

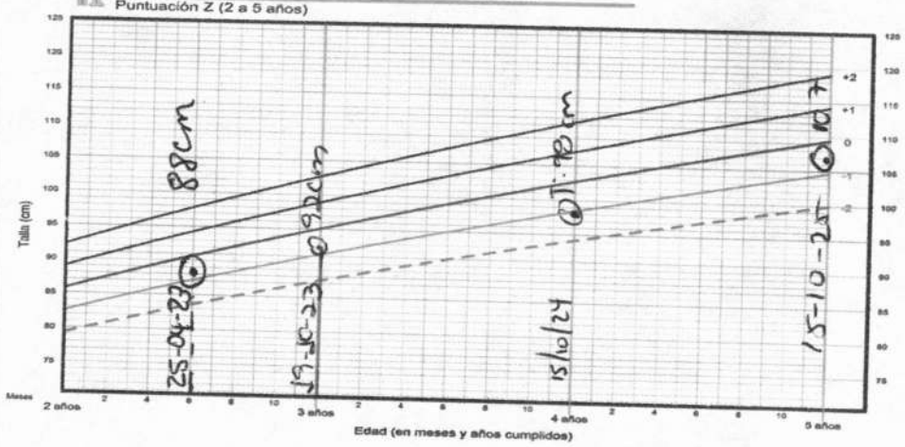
Puntuación Z (0 a 5 años)



12

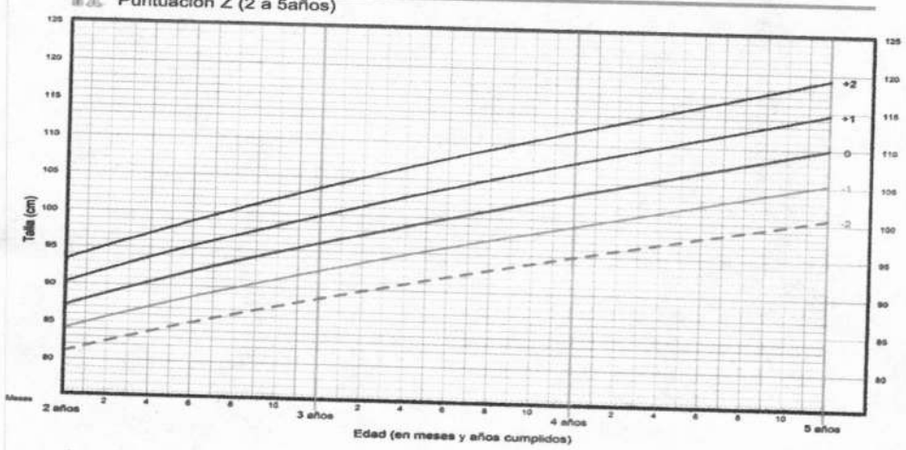
Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



Talla para la Edad Niños

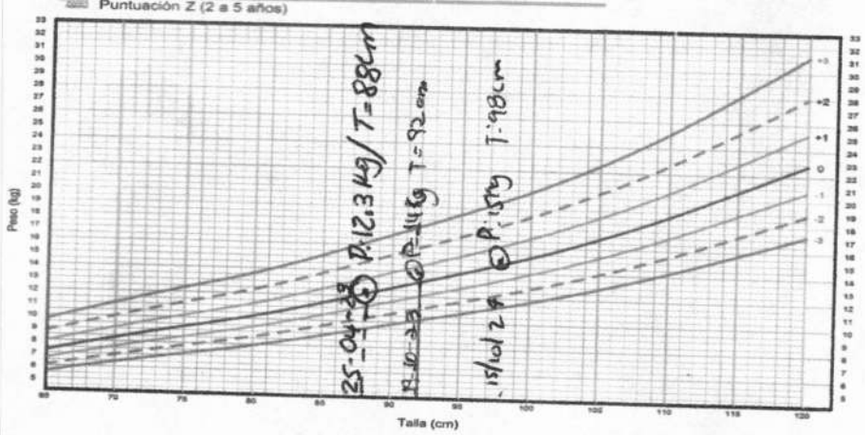
Puntuación Z (2 a 5años)



13

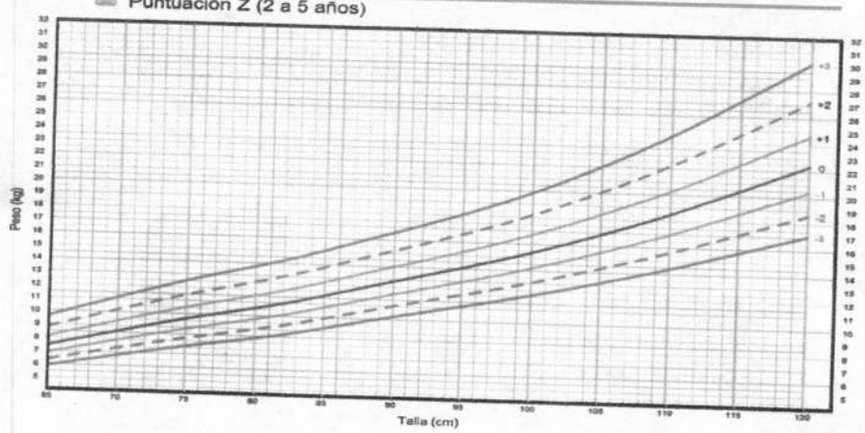
Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



Peso para la Talla Niños

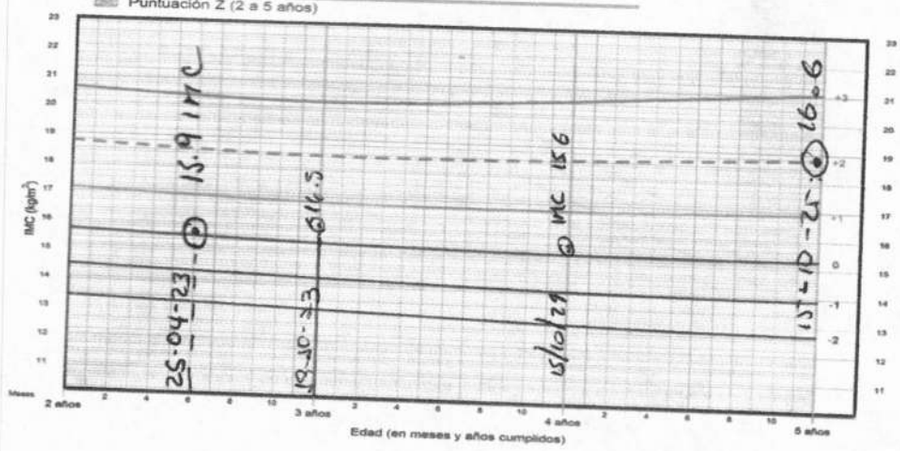
Puntuación Z (2 a 5 años)



74

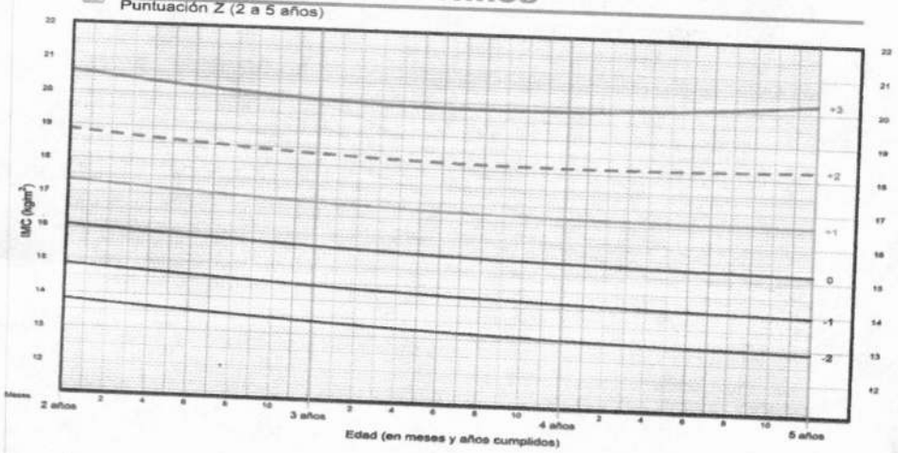
IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



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

Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

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

CARNET RIAS

PRIMERA INFANCIA

E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA

Mi prioridad es tu salud



Nombres y Apellidos: Helen Ariana Aguirre Tenguno

Doc. de Identidad: RC 1122435534

EPS: Emssanar

Teléfono: 3118034930

Domicilio: B/ prado

		PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) ó AÑOS (A)													
			5 DÍAS	1 M	2-3 M	4-5 M	6-8 M	9-11M	12-17M	18-23M	24-29M	30-35M	3 A	4 A	5 A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico													
		Atención en salud por medicina general													
		Atención en salud por enfermería													
		Atención en salud por Odontología													
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor												26-04-22 26 NOV 2023	15-10-25 14 10 2026
		Profilaxis y remoción de placa													
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	V	Vacunación													

LILIANA MARIBEL CORDOBA
AUX. E[illegible] ORAL
RES. 8600[illegible]93-2011

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

GOBERNACIÓN PUTUMAYO
2020 2023
¡Gracias Dios mío por tantas bendiciones!

JINA A. BELALCAZAR FLOREZ
Gerente

CARNET RIAS **PRIMERA INFANCIA**

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

Servimos con amor



Nombres y apellidos: HELEN AGUIRRE TONGUINO.

Doc. de identidad: 1122435534 EPS: EMSSANAR.

Teléfono: 3118032930 Domicilio: B. LOS PRADOS.

		PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) ó AÑOS (A)												
			5 DÍAS	1 M	2-3 M	4-5 M	6-8 M	9-11 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									18-10-22	25-4-23			
		Atención en salud buçal por odontología								Proximo control			14-10-25		
		Promoción y apoyo de la lactancia manterna													
PROTECCIÓN ESPECÍFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de fluor									23-5-23				
		Profilaxis y remoción de placa bacteriana									23-5-23				
		Aplicación de sellantes (según criterio)													
	V	Vacunación													

Lizeth Jiménez Trujillo
Enfermera Profesional
Reg 22083
Universidad de Caldas

Agudeza Visual - 20-20 15-10-24

Agudeza Auditiva - Normal - 15-10-24

Higiene Oral 23-11-23 Proximo control.

PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO

IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA

Al momento de nacer — Fecha:

PRIMER CONTROL MÉDICO

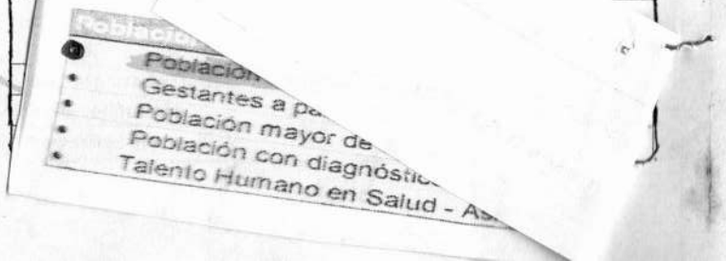
Durante el primer mes de vida — Fecha:

SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA

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

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

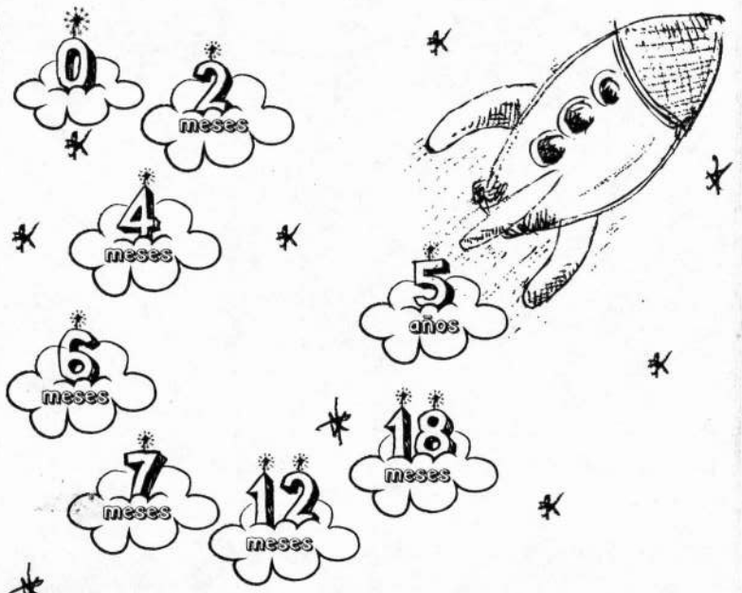
Edad	Fecha	Edad	Fecha
6 meses		ses	
12 meses			
18 meses			
24 meses			
36			



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

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

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



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

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

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

AIEPI
Porque mi vida hay que protegerla hoy

de cero a Siempre
ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

18 Pv

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Agenis Tongano Hellen Ariana
Fecha de nacimiento: 14 Octubre 20
Nº de certificado de nacido vivo: 161886359
Registro civil: 1122343534
Sexo: Femenino
Grupo sanguíneo:
Peso al nacer: 4060 sem: 41
Dirección: B/los prados
Teléfono: 3118032930
Responsable: Leidy Cecilia Tongano
Municipio de residencia: San miguel
Departamento: Putomayo
1006788620

Recuerda: 118.
Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

Cita 2 meses cumplidos

Nombre: _____ **Registro Civil:** _____

Edad	Me protege de		Dosis	Fecha de Aplicación Día Mes Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día Mes Año	Nombre del Vacunador
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐							
	Tuberculosis B.C.G.		Única	14 oct 20	Serum	IT037902	ESE Hospital L.		Cristina Collazos
	Hepatitis B		Recién nacido	14 Oct 20	Serum	IT036002A	ESE Hospital L		Cristina Collazos
2 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐							
	Polio (Oral - IM)		1ª	22-DIC-20	Sanofi	K3L891U	HFID		Leidy Guerrero
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		1ª	22-DIC-2020	Biological	2859X032A	HFID		Leidy Guerrero
	Rotavirus		1ª	22-DIC-2020	GSK	AROIC248A	HFID		Leidy Guerrero
	Neumococo		1ª	22-DIC-2020	GSK	ASPNB242A	HFID		Leidy Guerrero
4 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐							
	Polio (Oral - IM)		2ª	26-02-2021	Sanofi	R318Q1U	HFID	CITA: 22-FEBRERO 2021	Karen A.
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		2ª	26-02-2021	Serum	2259440324	HFID.		Karen A.
	Rotavirus		2ª	26-02-2021	GSK	AROIC765AA	HFID.		Karen A.
	Neumococo		2ª	26-02-2021	GSK.	ASPNB247BA	HFID.		Karen A.
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.								
	Polio (Oral - IM)		3ª	30-04-2021	Sanofi	K318Q1U	HFID	Próxima CHC 26 abril 2021	Dennis Narvaez
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		3ª	30-04-2021	Serum	2850Y032A	HFID		Dennis Narvaez
	Influenza		1ª	29-04-2022	Green	VSO222008	HFID		Talya
7 Meses	Influenza		2ª	26-9-2022	Green	VSO222008	HFID		Talya Martinez
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)		1ª	24-3-22	Serum	013N013B	HFID		Sandra Martinez Enfermeria C.C. No. 1122336822
	Fiebre Amarilla		1ª	29-7-2022	Green	V211UF	HFID		
	Neumococo		Refuerzo	24-3-22	GSK.	ASPNB315BA	HFID		
	Influenza		Anual	cita 26/04/2023					
	Hepatitis A		ÚNICA	24-3-22	MSD	U014226	HFID		
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		1º Refuerzo	29-07-22	Serum	2820X009B	HFID	CITA: 30-Abril 2022.	Talya
	Polio (Oral - IM)		1º Refuerzo	29-07-22	Serum	1801P018	HFID		Talya
5 Años	Polio (Oral - IM)		2º Refuerzo	17-OCT-25	Biological	2423UU3	HFID		Isabel Arias
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)		2º Refuerzo	17-OCT-25	Serum	2211UU524A	HFID		Isabel Arias
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)		Refuerzo	17-03-23	Serum	013IN028J	HFID.	cita 30/jul/2027 2da refuerzo	Karen.A.
Niñas 9 Años o más	VPH		1ª						
	VPH		2ª						
	VPH		3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis	Varicela		1d	24-3-22	merck.	UUU6772	HFID		Sandra Martinez Enfermeria C.C. No. 1122336822 Talya
	SRP.		3R.	17-OCT-25	Merck	ZUU1977	HFID		
			SR.	30-06-22	Serum	0121W053	HFID		

Las vacunas son gratis

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

CITA: 9 AÑOS CUMPLIDOS.

San Miguel (la dorada Putumayo)- 31 mayo 2025

Señora:

PAULA CHATES

Coordinadora local del centro de desarrollo infantil frontera de paz

Cordial saludo:

Yo Armando Wladimir Aguirre Identificada CC 1122337602 madre del niño (a) Hellen Aryana Aguirre identificado con RC 1122.343.534.

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

Atentamente:

Cc 1122337602

Celular: 3114689475

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

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

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL

La salud es de todos | Minsalud

CIUDAD San Miguel. FECHA: DÍA 15 MES 04 AÑO 2025 HORA: 8:50 AM.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Helen Ariana APELLIDOS Aguirre Tonguino

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1122343544

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 14 MES: 10 AÑO: 20 / EDAD: 4 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Armando Bladimir Aguirre.

INFORMACIÓN PREVIA. La vacunación es una forma segura y eficaz de prevenir enfermedades y salvar muchas vidas. En la actualidad el país dispone de vacunas para proteger contra al menos 26 enfermedades, entre ellas, la difteria, el tétanos, la tosferina, la poliomielitis, la hepatitis, el cáncer de útero y el sarampión. En conjunto, estas vacunas salvan cada año millones de vidas en el mundo. Con la aplicación de las vacunas las personas se protegen a sí mismas y a quienes las rodean.

La vacunación contra el SARS- CoV-2/COVID-19 reducirá la posibilidad de presentar la enfermedad. En esta etapa de la emergencia, en la cual se inicia la aplicación de esta vacuna, se han reconocido beneficios y riesgos, que es importante que usted conozca antes de dar el consentimiento para su aplicación.

Esta vacuna tiene aprobación de uso de emergencia y surtió los pasos para la validación científica y sanitaria que permite su aplicación segura en humanos.

DATOS IMPORTANTES DE LA VACUNA (por favor, leer con detenimiento. Puede formular preguntas)

Miedo a la reacción

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

EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD

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

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

RV
22

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

Firma de la persona: _____

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

Nombres _____ Apellidos _____

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

Firma: _____

En caso de requerirse firma a ruego:

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

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

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

de _____

	Firma del Rogado	
Huella dactilar o plantar del Rogante	C.C. N°	C.C. N°

Nombres y apellidos del vacunador: Jeniffer Yulieth Cabezas Meneses

Firma Jeniffer Cabezas Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1126446069

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFLD

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
NIT. 848.002.309-9

Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

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

CARNET RIAS **PRIMERA INFANCIA**

E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA

 # Mi prioridad es tu salud



Nombres y Apellidos: Helen Ariana Aguirre Tenguno

Doc. de Identidad: RC 1122343534 EPS: Emssanar

Teléfono: 3118034930 Domicilio: 10 | Piadoo

	PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) ó AÑOS (A)												
		5 DÍAS	1 M	2-3 M	4-5 M	6-8 M	9-11M	12-17M	18-23M	24-29M	30-35M	3 A	4 A	5 A
ATENCION	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													
ODONTOLOGIA	Aplicación de barniz de flúor												26-04-2023 25 NOV 2025	26-05-2026
	Profilaxis y remoción de placa													15-10-25 14 NOV 2025
	Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
V	Vacunación													

LILIANA MARIBEL CORDOBA
AUX. E[illegible] ORAL
RES. 8600[illegible]2011

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 HEILEN ARYANA AGUIRRE TONGUINO, identificado (a) con documento de identidad número 1.122.343.534, 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, Armando Wladimir Aguirre Imbajoa quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1122.337.602, 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 modalidad Institucional.

Suscriben:

Firma: _____
Nombre: _____
Calidad - Titular: ____ Representante legal: X
Teléfono de contacto: 3114689475
Fecha: 1. Abril - 2025
Municipio: San Miguel (Putumayo)

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

Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Agente educativa

Huella del niño/niña

Hellen Aguirre.

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

"Generamos Desarrollo con Energía"

Vigilado Superservicios

Código de Suscripción	SM 47160-8	Pago oportuno hasta:	02/04/2025	Mes Facturado
Factura Nro	2037044104	Suspensión a partir de:	03/04/2025	MARZO 2025

1.Información General

Nombre:	ROSA MARIA NASNER RODRIGUEZ	**Último pago**	$ 57,700
Dirección:	BR LOS PRADOS APTO 2	Tuve servicio de energía entre:	19-FEB-2025 - 19-MAR-2025 (28)

Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Área	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Código Tarifa	División Geopolítica
SM1	S109	21	1	RESIDENCIAL	URBANA	1	2.5	AEREA	EMPRESA	105	SAN MIGUEL - LOS PRADOS

Tipo de Documento	Fecha y hora de Emisión	Fecha y hora de Generación	Medio de Pago	Forma de Pago	Factura Electrónica de Venta
FACTURA DE VENTA	22/03/25	22-MAR-25	PAGO EN EFECTIVO	CONTADO	EEBP - 169296 0

2.Información Consumo Energía

Componentes de Costo (CU): Generación 527.6 + Transmisión 49.85 + Distribución 253.23 + Comercialización 121.95 + Pérdidas 70.79 + Restricción 14.68 = CU 1038.1 ($/KwH)

2A.Información Medidor

Marca	Serial	Factor Múltiplo
HIK	19818697	1

2B.Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	1689	1586
Reactiva:		

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

2C.Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	103
Consumo Reactiva KVarh:	0
Costo del consumo $	106924.3
Tarifa (hasta 173 Kwh):	415.24
Subsidio: % 60 $	-64154.58
Contribución: % 0 $	0
Sub Total $	42769.72

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

2D.Consumo Últimos 6 Meses

	Mes	Activa	Reactiva
2024	SEPTIEMBRE	39	0
2024	OCTUBRE	39	0
2024	NOVIEMBRE	31	0
2024	DICIEMBRE	73	0
2025	ENERO	104	0
2025	FEBRERO	135	0
	PROMEDIO	**70**	**0**

2E.Información Calidad del Servicio

Tel. O.R EEBP: 01 8000 942415
Transformador: SLD103 Grupo: 22
DIUG: 30.24 FIUG: 19 Circuito: C14
Cargo D: 249.0104 Dscto %t: 20
CEC: 136.46
DIU: 77.3 FIU: 95
HC: 0 VC: 9
Valor a Compensar: 6795.89

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	106,924.30	.00	.00	106,924.30
SUBSIDIO	-64,154.58	.00	.00	-64,154.58
AJUSTE A SUBSIDIO	1,046.38	.00	.00	1,046.38
COMPENSACION RES.CREG_015/2018	-6,795.89	.00	.00	-6,795.89
AJUSTE A LA DECENA	2.79	.00	.00	2.79

5.Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP 37,023

6.Información Facturación Convenio Impuesto Alumbrado Públi

Sujeto Activo	Operador A.P.	Convenio No.	Dirección PQR	Valor Periodo	Saldo Ant.	Valor Total
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL	MUNICIPIO SAN MIGUEL	ACUERDO 008 31/08/2023	Cra 4 Cll 7 Esquina	6,997	0	6,997

7.Información Facturación Convenio Aseo y Alcantarillad

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

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

8.Información Facturación Otros Convenios

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

Total EEBP	+ Total Impuesto Alumbrado público	+ Total Aseo y/o Alcantarillado	+ Total Otros Convenios	= Debo pagar en Total
37,023	6,997	6,000	0	$ 50,020

CUFE: fc37f22726d44276d76130861262b101f101b81f757fe033c4f50230ae5a9aa1bce0f8c709aba89ec7ec69502adc41ae

(415)7709998005532(8020)1000203704410411(3900)0000050020(96)20250402

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

www.eebpsa.com.co @eebpsaesp /eebpsa

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

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre RV 27

Ciudad San Miguel (La Dorada Putumayo)

Nombre completo de la niña o niño Hellen Aryana Aguirre Tongumo.

Fecha de nacimiento Día 14 Mes 10 Año 2020 **N° Documento de Identidad** 1.122.343.534

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

hija N. 4
hermanos: 3

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Olga Milena Rendón

Fecha de registro cualitativo Día 2 Mes 07 Año 2025

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

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

Observaciones generales

Se evidencia en la niña capacidad y habilidades en sus dibujos rudimentarios. sus dibujos representan cada vez con más detalle lo que ella quiere y muestran un conocimiento más preciso con la realidad.

- Su comunicación verbal y noverbal es acorde para su rango de edad.
- Cada día es mas independiente en sus cuidados de rutina y aseo personal.

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

●

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Olga Milena Rendon

Fecha de registro cualitativo Día 3 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

● Se evidencia habilidades cognitivas en el aprendizaje de la niña Reconoce las Figuras geometricas, Reconoce los colores, Ademas ya sabe como es el proceso para atarse los cordones de sus zapatos.
Sus dibujos representan cada vez con más detalle lo que él quiere o muestra un conocimiento más preciso de la realidad.

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

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

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

SECRETARIA DE EDUCACIÓN DE PUTUMAYO
"Construyendo región con educación"

FORMATO DE INSCRIPCIÓN

Página 1 de 1

Código: C03.0
Versión: 1.0

Macro proceso: C Gestión de la Cobertura Educativa

Fecha: 07-12-25 No. De inscripción: [ ] Grado al que se inscribe: 0 Municipio: San Miguel E. Educativo I.E.T.C

DATOS DEL ESTUDIANTE

APELLIDOS: Aguirre Tonquino NOMBRES: Hellen Aryana

LUGAR DE NACIMIENTO: Puerto Asis FECHA DE NACIMIENTO: DÍA 14 MES 10 AÑO 25

Genero: M ☐ F ☒ EDAD: 5 años Tipo de Documento: RC ☒ TI ☐ CC ☐ PE ☐ CE ☐ Cer. Cab. ☐ NES ☐

No. Documento 1122343534 EXPEDIDA EN Puerto Asis

CON QUIEN VIVE? Papá y Mamá ☐ Mamá ☑ Papá ☐ Abuelos ☐ Número de hermanos: 3

PROVIENE DE OTRA INSTITUCIÓN EDUCATIVA? SI ☐ NO ☑ ¿CUAL? ☐ ☐ ☐ ☐

INSTITUCIÓN: PÚBLICA PRIVADA REPITENTE? SI NO

TIENE HERMANOS ESTUDIANDO EN ESTE ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO?: SI ☐ NO ☐

NOMBRES

GRADO

GRADO

NOMBRE DE LA EPS A LA CUAL ESTÁ AFILIADO Emssanar

DISCAPACIDADES: AUDITIVA ___ VISUAL___ MOTORA _ COGNITIVA ___ AUTIS

CUAL TIPO DE SANGRE: O+ (Si presenta alguna discapacidad

PERTENECE A UNA ETNIA? SI___ NO X ¿CUAL? LENGUA MATE

A QUE RESGUARDO PERTENECE?

VICTIMA DEL CONFLICTO? SI __ NO __ FECHA DE EXPULSIÓN A

DPTO EXPULSIÓN MUNICIPIO DE EXPULSIÓN

NIVEL SISBEN A2 ESTRATO 1 ¿PERTENECE A FAMILIAS EN ACCIÓN? SI X

¿HIJO VETERANO FUERZA PÚBLICA? SI___ NO___

¿BENEFICIARIOS HÉROES DE LA NACIÓN? SI___ NO___

¿HIJO DE MADRE CABEZA DE FAMILIA? SI___ NO___

DATOS FAMILIARES

NOMBRE DEL PADRE O ACUDIENTE: Armando Wladimir Aguirre C.C. No: 1122337602 DE San Miguel OCUPACIÓN Empleado

NOMBRE DE LA MADRE O ACUDIENTE: Leidy Cecilia Tonquino C.C. No: 1006788020 DE San Miguel OCUPACIÓN Empleada

DIRECCIÓN RESIDENCIA: BARRIO: Los Prados VEREDA ZONA URBANA X RURAL

TELÉFONO CASA TELÉFONO CELULAR PADRE: 3114689475 TELÉFONO CELULAR MADRE 3118032930 TELÉFONO TRABAJO

(SOLO EN CASO DE NO VIVIR CON SUS PADRES)

ACUDIENTE: PARENTESCO C.C. No: DE OCUPACIÓN Celular:

REQUISITOS: Fotocopia legible del documento de identidad – Fotocopia del carnet de salud – Fotocopia del carnet de vacunas hasta los nueve (9) años – L

FIRMA DEL PADRE DE FAMILIA o ACUDIENTE

Se tendrá en cuenta los formularios que tengan la información y documentación

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: HELLEN AGUIRRE T. **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Jardin 1. **AGENTE EDUCATIVO:** Milena Ronalón

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 1- Abril 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)
	El dia viernes - 21- 11- 2025 A. Educativo le recuerda al Padre de la niña HELLEN Aguirre T. que su hija tiene la proxima cita de higiene oral el dia 26- Nov/ 2025, debe acercarse al hospital para Agendar la cita.	El dia lunes - 24- 11- 2025 el padre de la usuaria informa que su hija tiene la cita de Higiene oral para el dia miercoles - 26 - 11 - 2025 Hora! 3:20 Se anexa el recordatorio en la parte de atras de la novedad.		

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Hellen Aryana Aguirre UNIDAD DE ATENCIÓN: Jardin - 1. AGENTE EDUCATIVO: Milena Rendon

MUNICIPIO: San Miguel. FECHA DE INGRESO: 1 - Abril - 2023

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)
	Siendo las 6:20am del presente dia el Señor Wladimir Aguirre Padre de la usuaria mencionado manifiesto que su hijo no asistira el dia de hoy por motivos de salud, presento reaccion a las vacunas de los 5 años. Presento inflamación dolor y Fiebre.	• Se anexo al respaldo de la novedad el permiso escrito por el padre de Familia. • Se le recomiendo al padre de Familia si la niña continua presentando los sintomas Ingresarla por el area de urgencias o solicitar cita medica. • La niña Hellen asistio normalmente aparentemente bien de Salud.	A. Educativo.	

D M A

La Dorada San Miguel 20-10-25

Señores
C.D.I.
Milena Rendon
Docente

Cordial Saludo:

La presente tiene como finalidad la Solicitud de permiso para la niña Hellen Aryana Aguirre, debido a que se encuentra en recuperación por la Vacuna aplicada a sus 5 años. por este motivo no puede asistir a las instalaciones.

Agradezco su atención y Comprensión

Cordialmente

Armando Wladimir Aguirre
Papá de la niña

OEA|MAPP

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Hellen Ariana Aguirre T. **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Jardín -1. **AGENTE EDUCATIVO:** Milena Rondón

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 1- Abril - 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)
Viernes 3/10-2025	El día viernes 3-Oct/ 2025 se le recuerda al acudiente de la usuaria Hellen Aguirre, solicitar cita para el proximo control de C. y desarrollo proxima cita el día 14-10-2025, Ademas este dia 14-10-2025, la niña comple los 5 años hacerle aplicar la vacunas respectivo a la edad y que le realicen el examen de agudeza visual.	El día jueves- 9-10-2025 el acudiente de la niña se comunico vía whatapps manifestando que dd hospital le manifestaron que no hay agenda disponible para agendar la cita C y Desarrollo para el día Martes 14-10-2025 habien nuevamente la agendo de citas donde deben comunicar-Se al numero de citas 3107706362 • Madre manifiesto que las vacunas de los 5 años se las va hacer aplicar a su hija el día viernes este día pasaran por la niña a las 3:00 pm por el C.D.I para llevarlo al hospital • La madre infoirma el día marte 14/10/25, que la niña tiene cita el día miercoles 15-10-2025 Hora: 10:00 am La niña asistio a la cita en compañia.	A. Educativo.	

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
MIERCOLES 15-10-2025	El dia miercoles 15-10-2025 la madre asistio a la cita de control y desarrollo hizo entrega de las Fotocopias del CYD, y carnet de la agudeza visual, se anexo a la carpeta la documentación actualizada a la carpeta de la niña. queda pendiente las vacunas de los 5 años para el dia viernes- 17-10-2025

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Hellen Aryana Tongu **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Jardin-1 **AGENTE EDUCATIVO:** Milena Rendon

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 1- Abril. 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 6-Agosto-2025	Siendo las 10:00pm de la noche del dia 5-de Agosto, la madre de la niña dejo un mensaje por medio de whatapps manifestando que su hija no asistira por motivo de asunto familiar el dia 6- Agosto- 2025	• A. Educativo le recomienda a la madre hacer llegar el permiso por escrito para Jostificar la inasistencia dela niña. • siendo las 5:00pm del presente dia A. Educativo se comunico via whatapps para saber de la niña ella madre refiere que ya se encuentran en casa que la niño esta muy bien" que • El dia 8 de Agosto-2025, la niña asistio normalmente al C.D.I en compañia de su hermano en buenas condiciones de salud se procede a realizar el cierre de la novedad.	A. Educativo	Jhonatan Chaves

LA DORADA	RECORDATORIO DE CITA	Código: GAU-FR-009 Versión: 001

PROGRAMA:	Higiene Oral
FECHA:	miercoles 26 - NOV
HORA:	3: 20
PROFESIONAL:	Liliana.

- **Recuerde estar 30 minutos** antes de la hora de la cita para **FACTURAR**, de lo contrario su cita será **CANCELADA**.
- Para cancelar o reprogramar su cita comunicarse al **3174276879** (d 9:00-11:00 a.m. y de 2:00-4:00 p.m.), WhatsApp (3:00-5:00 p.m.) de forma presencial (7:00-10:00 a.m)
- Traer el documento de identidad o copia y autorización del servic cuando se requiera.
- **En Odontología e Higiene Oral: menores de 13 años deb acudir con adulto responsable; de 14 a 17 años s acompañante, solo se realizará atención de higiene oral**

Mi Prioridad Es Tu Salud