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 | 4 | 2025

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

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

Tipo de vinculación: ( ) Participante de nuevo ingreso (●) Participante de continuidad

Unidad de Servicio sugerida: CDI Fronteras de Paz

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

Número de documento: 1.122.343.572

Fecha nacimiento: 12 | 12 | 2020

Nombres: María Paula

Apellidos: Melo Sánchez

Presenta discapacidad? ( ) Si (●) No

¿Se autoreconoce en alguno de los siguientes grupos étnicos? (●) Si ( ) No

¿Se autoreconoce en alguno de los siguientes grupos poblacionales? ( ) Si (●) No

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

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

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

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

Departamento residencia: Putumayo

Municipio de residencia: San Miguel

Zona: Rural

Barrio:

Vereda: La Cruz

Sector:

Dirección: Diagonal a la venta de Cholados las locas.

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

Parentesco: (●) Madre ( ) Padre ( ) Cuidadoría

Tipo documento identidad: ( ) Tarjeta identidad (●) Cédula de ciudadanía ( ) Cédula de extranjería ( ) Pasaporte ( ) Permiso especial permanencia ( ) Partida o Acta de nacimiento ( ) Visa ( ) Tarjeta movilidad fronteriza ( ) Permiso de protección temporal ( ) Sin documento **Nacionalidad:** _____

Número de documento: 1.006.788.664

Nombres: Kelly - Fernanda

Apellidos: Sánchez casanova

País de nacimiento: Colombia.

Fecha nacimiento: 25 | 6 | 1998

Correo electrónico: kellyfernanda2506@gmail.com

Número de celular: 3203358847

Número de fijo:

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

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

Nombre y Firma del padre, madre y/o cuidador: Kelly S.C.

Nombre y Firma del profesional que diligencia: OLGA RENDÓN

Observaciones:

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:
María Paula Melo Sanchez

N° DOCUMENTO: 1.122.343.572 **TIPO DOCUMENTO:** RC X CC ___ OTRO ___
FECHA DE NACIMIENTO: 12-Diciembre-2020 **EDAD:** 4 años - 3 meses
LUGAR DE NACIMIENTO: Puerto ASIS Putumayo

NOMBRE DE LA UDS: C.D.I Fronteras de Paz
CODIGO UDS: 867571126972 **BARRIO/VEREDA:** Bl 7 de Agosto
FECHA DE INGRESO: 1-Abril-2025 **FECHA DE RETIRO:** _____

SISBEN: N/A **EPS:** Emssanar **RÉGIMEN (C)**__ **(S)** X
DESPLAZADO: SI___ **NO** X **DISCAPACIDAD: SI**___ **NO**___ **¿CUAL?** _____
GRUPO ETNICO: SI X **NO**___ **¿CUAL?** Yarinal San Marcelino
GRUPO AFROCOLOMBIANO: SI___ **NO**___ **¿CUAL?** _____
NOMBRE DE LA MADRE: Kelly Fernanda Sanchez Casanova
N° CÉDULA: 1.006.788.664 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Taminango
NOMBRE DEL PADRE: Faber Ivan Melo Jacanamijoy
N° CÉDULA: 1.024.558.155 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Miguel
N° DE CELULAR: 3174518411
NOMBRE DEL ACUDIENTE: _____
N° CÉDULA: _____ **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** _____
DIRECCIÓN VIVIENDA: _____ **ZONA POBLACIONAL: (R)**___ **(U)**___
NUMERO DE CELULAR _____

Kelly S.C. — **FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE**

OLGA RENDÓN — **NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO**

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO
Número: **N** 1220465

NUIP 1.122.343.572

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco X

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
MELO SANCHEZ MARIA PAULA

Fecha de Nacimiento (Mes en letras) | Sexo (en letras) | Tipo Sanguíneo
Año 2020 Mes DIC Día 12 | 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 2020 Mes DIC Día 16 | 0059304299

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
SANCHEZ CASANOVA KELLY FERNANDA

Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.085.690.743 | COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
MELO JACANAMIJOY FABER IVAN

Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.006.788.664 | COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
MELO JACANAMIJOY FABER IVAN

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.006.788.664

Espacio para notas

VALIDO PARA TRAMITES LEGALES Y CIVILES

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio | Código
COLOMBIA PUTUMAYO SAN MIGUEL(LA DORADA) | X 6 4

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)
Año 2020 Mes DIC Día 16

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL 26208888-2

Nombre y firma del funcionario

ROY EDISON CALLE QUIRAMA

Registrador del Estado Civil

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.085.690.743**

SANCHEZ CASANOVA

APELLIDOS

KELLY FERNANDA

NOMBRES



KELLY FERNANDA SC

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **25-JUN-1998**

TAMINANGO
(NARIÑO)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

28-JUN-2016 TAMINANGO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-2313300-00842977-F-1085690743-20160809 0050619138G 1 46145034

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.006.788.664**

MELO JACANAMIJOY

APELLIDOS

FABER IVAN

NOMBRES



Faber Melo
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-MAY-1997**

SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62	**B+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

08-JUL-2015 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-6401800-00734184-M-1006788664-20150814 0045860981A 1 30129944

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL
RESGUARDO INDIGENA YARINAL SAN MARCELINO-SAN LUIS DE LA FRONTERA
RESOLUCIÓN N°008 DEL 13 DE MAYO DE 1998
NIT. 846000665-7

LA SUSCRITA GOBERNADORA DEL CABILDO MENOR SAN LUIS DE LA FRONTERA, PUEBO KICHWA- RESGUARDO YARINAL SAN MARCELINO, MUNICIPIO SAN MIGUEL PUTUMAYO, EN USO DE FACULTADES LEGALES CONSTITUCIONALES Y EN ESPECIALES CONFERIDAS EN LA LEY 89 DE 1980 Y LEY 21 DE 1991, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y DEMAS NORMAS.

H A C E C O N S T A R

Que, María Paula Melo Sanchez, identificada con R.C.[X] T.I[ ] C.C[ ], Número 1122343572, Expedida en San miguel la dorada, pertenece al CENSO del **CABILDO MENOR SAN LUIS DE LA FRONTERA**, resguardo Yarinal san Marcelino de la etnia (kichwa) y ante el ministerio del interior dirección de asuntos indígenas.

Se expide a favor del solicitante para trámites correspondientes a su buena conducta.

En constancia se firma en el cabildo menor San Luis de la Frontera-Resguardo Yarinal San Marcelino a los 20 días del mes de Junio del año 2025.

Dina Chimbo

DINA YULITZA CHIMBO MAMAYATE
C.C No 1006789515 de San Miguel (La Dorada)
Gobernadora Cabildo menor San Luis De La Frontera-Resguardo Yarinal San Marcelino
Teléfono: 3227260110

Interior

EL(LA) SUSCRITO(A) DIRECTOR(A) DE LA DIRECCION DE ASUNTOS INDIGENAS, ROM Y MINORIAS DEL MINISTERIO DEL INTERIOR

HACE CONSTAR

Que consultado el sistema de información indígena de Colombia (SIIC), se registra el Resguardo Indígena YARINAL SAN MARCELINO en las bases de datos de esta Dirección.

Que consultado el auto-censo sistematizado y aportado por la Comunidad Indígena SAN MARCELINO, la cual hace parte del Resguardo Indígena YARINAL SAN MARCELINO, se registra el Señor (a): MARIA PAULA MELO SANCHEZ, identificado (a) con RC y número de documento: 1122343572, en el(los) censo(s) del(los) año(s) 2023, 2024.

Se expide en Bogotá D.C., al(os) 26 día(s) del mes 3 del año 2025.

La presente información se emite conforme a los registros que al día de hoy reposan en el Sistema de Información Indígena de Colombia

Roquelina Sabis Blanco Moscarella
Director de Asuntos indigenas, Rom y Minorías

Url Verificación

Este Certificado Consta De 01 Hoja(s), y su generación es totalmente gratuito.

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	1122343572
NOMBRES	MARIA PAULA
APELLIDOS	MELO SANCHEZ
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	12/12/2020	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	09/11/2025 06:28:55	**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 1122343572
Apellidos:	MELO SANCHEZ
Nombres:	MARIA PAULA
Tipo de discapacidad:	Ninguna
Plan de salud:	Régimen Subsidiado
Estado de servicio:	Vigente
Fecha de Afiliación:	23/02/2024
Departamento de Afiliación:	PUTUMAYO
Municipio de Afiliación:	SAN MIGUEL
Zona:	Rural - Dispersal

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 13 de Abril 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.

E.S.E.
Hospital
Sagrado Corazón de Jesús

CARNET DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

NOMBRES: Maria Paula
APELLIDOS: Melo Sanchez
FECHA DE NACIMIENTO: 12-12-2020
LUGAR DE NACIMIENTO: Puerto Asis
HISTORIA CLÍNICA: 1122343572
BARRIO / VEREDA: Barrio libertad
RESPONSABLE DEL NIÑO: M Kelly Sanchez
N° DE TELÉFONO: 3203358847
E.P.S: Emssanar
GRUPO SANGUÍNEO: B+

¡Mamita Segura! Lo mejor de nosotros para tí

IAMI INSTITUCIÓN AMIGA DE LA MUJER Y LA INFANCIA

AIEPI Porque mi vida hay que protegerla hoy

CITAS PROGRAMADAS

DIA	MES	AÑO	HORA	ASISTIO	
				SI	NO
10	Marzo	2021	3pm x ent		
13	Abril	2021	11:30am x Mcj.		
15	Junio	2021	3pm x ent		
14	Sep	2021	11:30a.m x ent		
13	Diciembre	2021	4:pm Fnemco		
15	Junio	2022	10am x ent		
13	Diciembre	2022	Auzo Dn Nemco.		
13	Junio	2023.	8am x ENT		
13	Diciembre	2023	9.amx MDLC		
18	Diciembre	2024	2:00pmxch ESTHilena C		
12	diciembre	2025	Medico		

Patrones de crecimiento infantil de la OMS — Organización Mundial de la Salud

Resolución número 00002465 - Junio 14 de 2016

IMC para la Edad de Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)

IMC (kg/m²)

Meses Nacimiento 2 6 10 1 año 2 6 10 2 años

Edad (en meses y años cumplidos)

TODOS POR UN NUEVO PAÍS — MINSALUD — INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

10-02-2021

19/04/2021

15-06-21

17-09-21

13-12-21

15-06-22

13/12/2022

17.5

16.6

18.6

18.3 kg/m²

18,6

19.7

4.80 (kg/m²)

Patrones de crecimiento infantil de la OMS — Organización Mundial de la Salud

Resolución número 00002465 - Junio 14 de 2016

Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)

Peso (kg)

Meses Años 65 70 75 80 85 90 95 100 105 110 115 120

Talla (cm)

TODOS POR UN NUEVO PAÍS — MINSALUD — INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

13.06.23

13/12/23

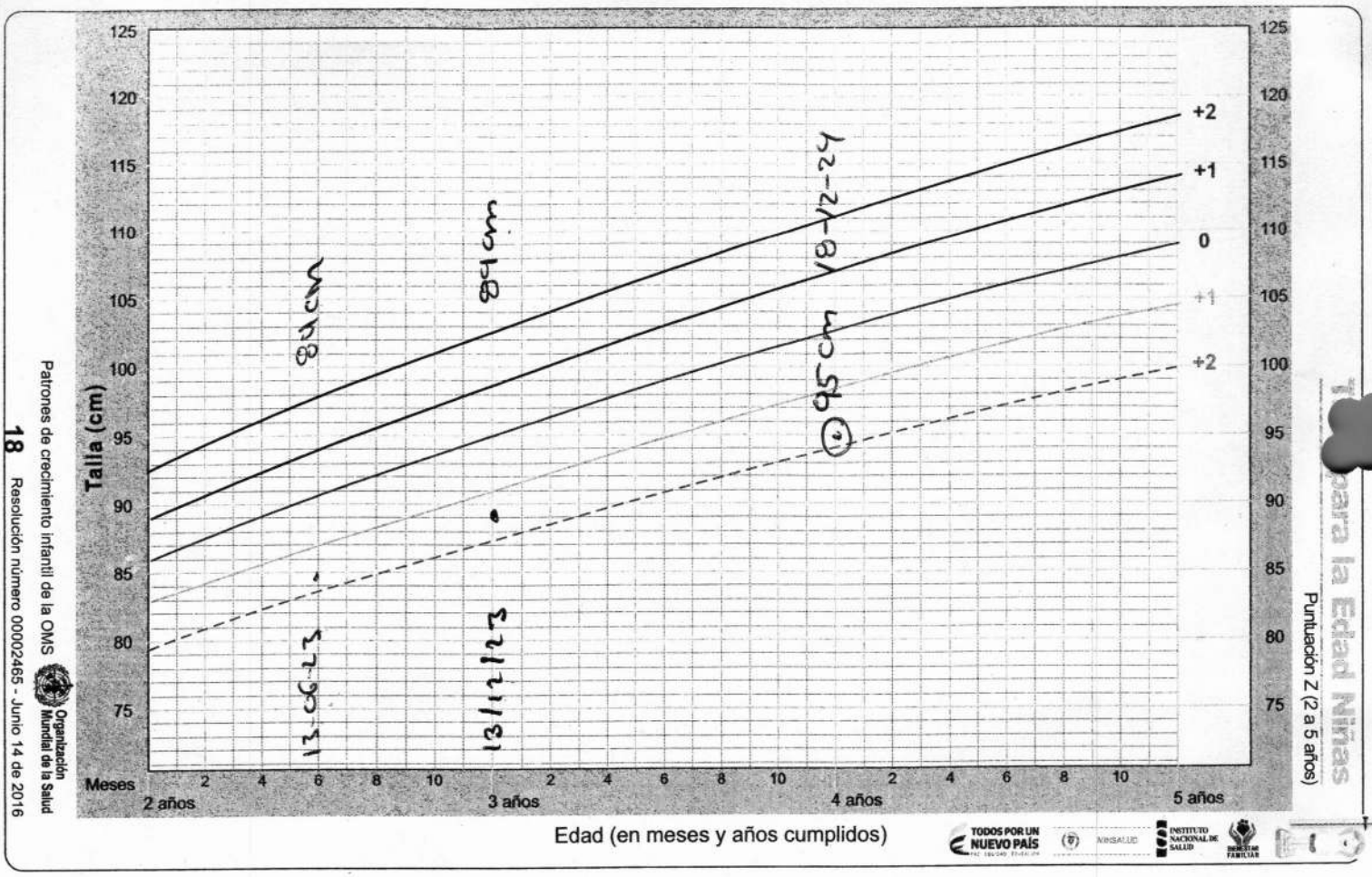
11.9 kg

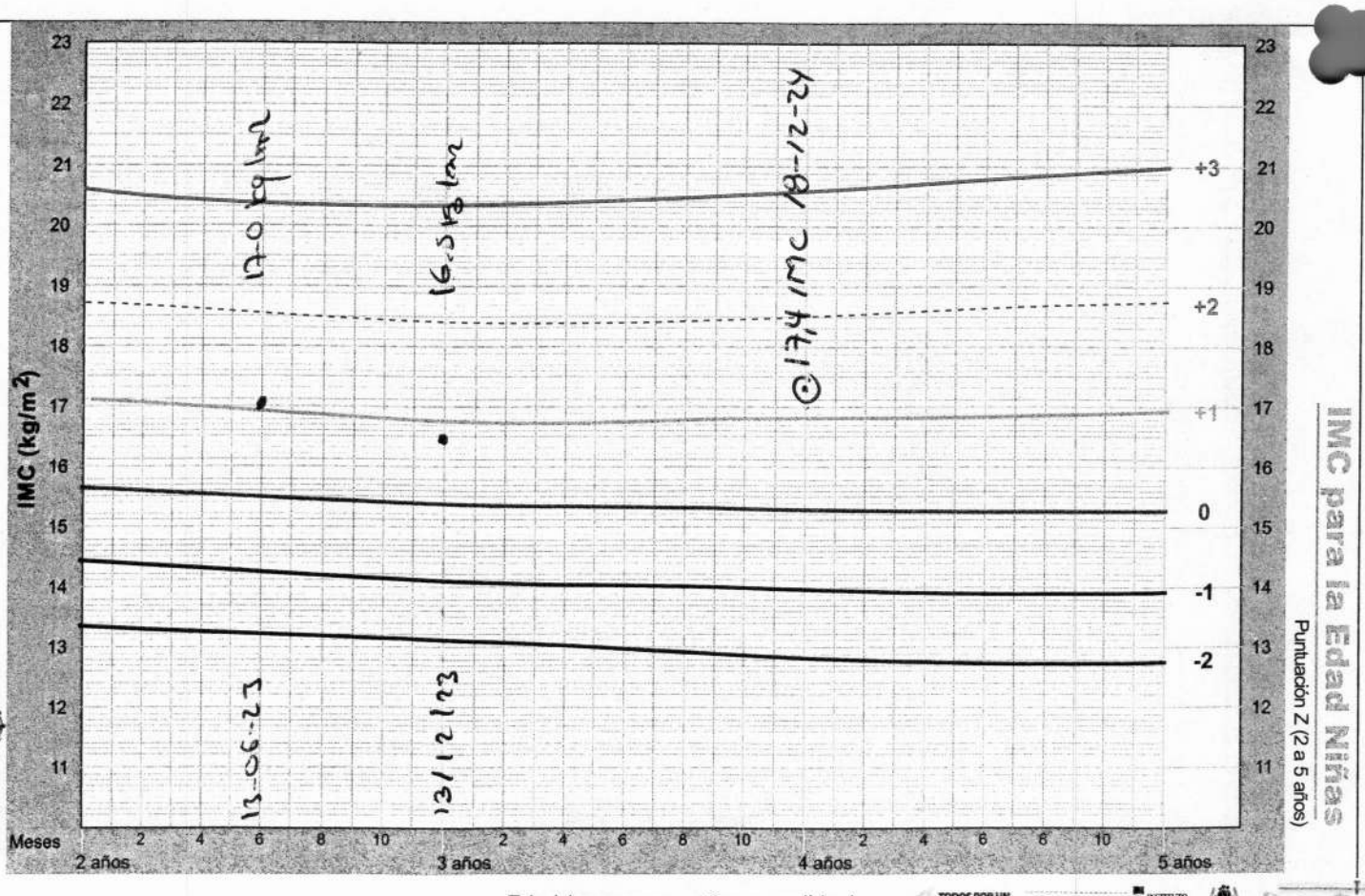
12.3 kg. 89cm

15,7 kg T:95cm 18-12-24

13

Peso para la Edad Niñas
Puntuación Z (2 a 5 años)
Peso (kg)
Meses
2 Años
3 Años
4 años
5 años
-2
-1
0
+1
+2
11-9 kg
12.3 Kg
P: 15,7 Kg 18-12-24
13/12/23
12/06/23
Edad (en meses y años cumplidos)
Patrones de crecimiento infantil de la OMS
Organización Mundial de la Salud
Resolución número 00002455 - Junio 14 de 2016
20


Talla para la Edad Niñas
Puntuación Z (2 a 5 años)
Talla (cm)
125
120
115
110
105
100
95
90
85
80
75
+2
+1
0
+1
+2
82 cm
84 cm
95 cm
18-12-24
13-06-23
13/12/23
Meses
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)
TODOS POR UN NUEVO PAÍS
MINSALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
BIENESTAR FAMILIAR


IMC para la Edad Niñas
Puntuación Z (2 a 5 años)
IMC (kg/m²)
23
22
21
20
19
18
17
16
15
14
13
12
11
+3
+2
+1
0
-1
-2
17.0 kg/m²
16.5 kg/m²
17.4 kg/m²
18-12-24
13-06-23
13/12/23
Meses
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)
TODOS POR UN NUEVO PAÍS
MINSALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
BIENESTAR FAMILIAR

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: Maria Paula Melo Sanchez

Doc. de Identidad: 1122343572

EPS: Emssanar

Teléfono: 3203358847

Domicilio: VI Las Rocas

		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												18-12-2024	
		Atención en salud por Odontología							Proximo control 12 diciembre 2025						
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor												21-3-2025	
		Profilaxis y remoción de placa													
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	V	Vacunación													

Lizeth Jiménez Trujillo
Enfermera Profesional
Reg. 22083
Universidad de Caldas

Agudeza Visual 20/20 Normal 18-12-2024.

Higiene Oral 21-9-2025 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		42 meses	
12 meses		48 meses	
18 meses		54 meses	
24 meses		60 meses	
36 meses		66 meses	

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

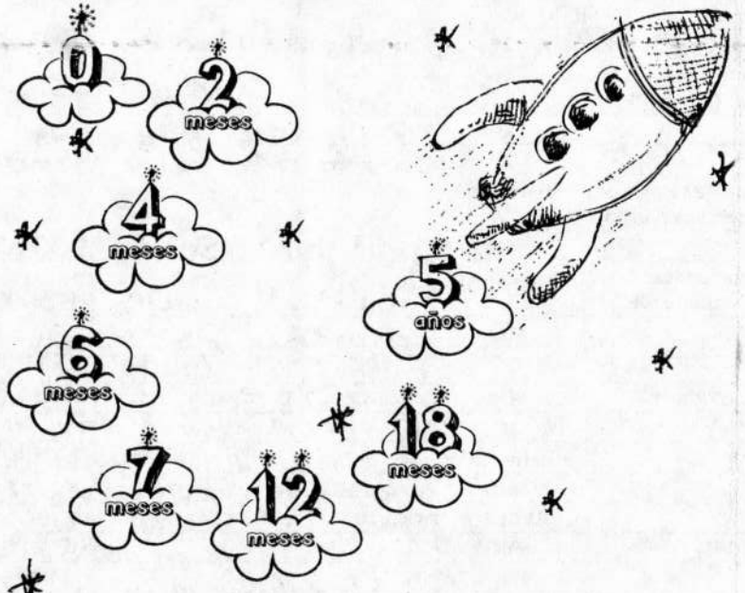
Valor reportado TSH:	
Fecha verificación:	
Profesional que verificó:	

Exíjalo

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

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

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



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

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

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

AIEPI
Porque mi vida hay que protegerla hoy

de cero a Siempre
ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Niño Semenor Niño Pacia
Fecha de nacimiento: 12 Dic 2020
Nº de certificado de nacido vivo: 164012913
Registro civil: 1122343572
Sexo: Femenino
Grupo sanguíneo: B+
Peso al nacer: 3.530gr 5cm 40 50cm
Dirección: B/
Teléfono:
Responsable: Kelly J. Semenor
Municipio de residencia: Pdcn Utgard
Departamento: Ptyo

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

Nombre: [redacted] cita 2 meses cumplidos 12 Febrero 2021 Registro Civil: [redacted]

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	12 Dic 20	Serum	03476,05 H local pto			Gladis Vallejo
	Hepatitis B	Recién nacido	12 Dic 20	Serum	03200024 H local pto			Gladis Vallejo
2 Meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐							
	Polio (Oral - IM)	1ª	15-Feb-2021	Sanof.	R3L891	HFD		Ana Legardo
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	15-Feb-2021	Biolo	Z338+20D	HFD		Ana Legardo
	Rotavirus	1ª	15-Feb-2021	GSK	AREC276	HFD		Ana Legardo
	Neumococo	1ª	15-Feb-2021	GSK	ASPNB22208	HFD		Ana Legardo
4 Meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐						CITA. 15-Abril-21	
	Polio (Oral - IM)	2ª	26-Abril-2021	Sanof	2017004.	HFD		Ana Legardo
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	26-Abril-2021	Biolo	Z85C4021	HFD		Ana Legardo
	Rotavirus	2ª	26-Abril-2021	GSK	AREC276	HFD		Ana Legardo
	Neumococo	2ª	26-Abril-2021	GSK	ASPNB206	HFD		Ana Legardo
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.						CITA.	
	Polio (Oral - IM)	3ª	6-07-2021	Serum	2077004.	HFD	26-Junio 2021	Ana Legarda
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	6-07-2021	Serum	285040218	HFD		Ana Legarda.
	Influenza	1ª	6-07-2021	Green	VS0221008	HFD		Ana Legarda
7 Meses	Influenza	2ª	6-09-2021	Green	VS0221008	HFD	cita. 6/Agosto/2021	Ana Legarda.
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	29-12-21	Serum.	M30N11B	HFLD		Paula C
	Fiebre Amarilla	1ª	30-12-21	Sanofi	T6271V.			Ana Legarda.
	Neumococo	Refuerzo	29-12-21.	GSK.	ASPNB315A	HFLD	cita. 12/DIC/2021	Paula C
	Influenza	Anual	23-05-22	Green.	VS0222008	HFLD		Paula C
	Hepatitis A	ÚNICA	29-12-21.	MSD.	U009226	HFLD.		Paula C
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª Refuerzo	07-07-2021	Serum	2821Q01LB	HFLD.		Paula C
	Polio (Oral - IM)	1ª Refuerzo	07-07-2021	Serum	2115006	HFLD	cita 29/Enero/2022	Paula C
5 Años	Polio (Oral - IM)	2º Refuerzo					SR.	
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2º Refuerzo					cita. 6/Julio/2022.	
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo	18-03-2023	Serum	0131N085A	HFLD		Denio N.
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª						
	VPH	2ª						
	VPH	3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis	Varicela	vcl	29-12-21.	merck.	U006722.	ITFLD	Cita 5 años cumplidos	Paula C.
	Sarampion y Rubeola	3-3-2022	Serum	0129W237.	HFLD			Talya b

Estas vacunas son gratuitas

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

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 23 MES 04 AÑO 25 HORA: 8:37 Am

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Maria Paula APELLIDOS Melo Sanchés

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1.122.343.572.

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 12 MES: 12 AÑO: 20 / EDAD: 4 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Emssanar Tel: 3203358847.

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

EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD

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

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

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

Firma de la persona: Kelly S.C.

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: Eduard IB

Firma — Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1064768431

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. 846.002.309-9

Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

cción: 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: María Paula Mejo Sanchez

Doc. de Identidad: 1122343572

EPS: Emssanar

Teléfono: 3203358847

Domicilio: V1 Las Rocas

		PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) ó AÑOS (A)												
			5 DÍAS	1 M	2-3 M	4-5 M	6-8 M	9-11M	12-17M	18-23M	24-29M	30-35M	3 A	4 A	5A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico													
		Atención en salud por medicina general													
		Atención en salud por enfermería												18-12-2024	
		Atención en salud por Odontología							Próximo control 12 diciembre 2025						
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor												21-3-2025	
		Profilaxis y remoción de placa												22-04-2025 22-03-2026	
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)												21-3-2025	
	V	Vacunación													

Lizeth Jiménez Trujillo
Auxiliar en Salud Oral
Reg 22083
Universidad de Caldas

LILIANA MARIBEL CORDOBA
AUX EN SALUD ORAL
RES. 8600493-2011

Aplicación de sellantes 2020 normal 18-12-2024.

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 María Paula Melo Sanchez, identificado (a) con documento de identidad número 1.122.343.572, 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, Kelly Fernanda Sanchez Casanova quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1006.788.664, 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: Kelly S C
Nombre: Kelly Fernanda Sanchez
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: _____
Fecha: 1-Abril-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

Kelly Fernanda S C.
Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Agente educativa

Huella del niño/niña



María paula Melo S.

"Generamos Desarrollo con Energía"

Vigilado Superservicios

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

Código de Suscripción	SM 29637	Pago oportuno hasta:	21-MAR-2025	Mes Facturado
Factura Nro.	2037017357	Suspensión a partir de:	22-MAR-2025	FEBRERO 2025

1. Información General

Nombre: FLOR ALBA GALINDEZ RODRIGUEZ — Último pago: 06-FEB-2025 $ [illegible]

Dirección: VDA LA CRUZ — Tuve servicio de energía entre: 02-ENE-2025 - 03-FEB-2025 (32) — 26-FEB-20

Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Área	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Tarifa	División Geopolítica
SM1	S401	36	1	RESIDENCIAL	RURAL	1	.7	AEREA	EMPRESA	105	SAN MIGUEL - LA AMISTAD

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

2.Información Consumo Energía

Componentes del Costo (CU): Generación 502.93 + Transmisión 56.03 + Distribución 249.01 + Comercialización 113.93 + Pérdidas 69.39 + Restricción 10.47 = CU ------($/KwH)

2A.Información Medidor

Marca	Serial	Factor Multiplo
HOL	080109220	1

2B.Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	24509	24351
Reactiva:		

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

2C.Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	158
Consumo Reactiva KVarh:	0
Costo del consumo $	158268.58
Tarifa (hasta 173 Kwh):	402.74
Subsidio: %	59.75 $ -94635.75
Contribución: %	0 $ 0
Sub Total $	63632.83

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

2D.Consumo Ultimos 6 Meses

Mes	Consumo
2025/Ene	153
2024/Dic	175
2024/Nov	183
2024/Oct	164
2024/Sep	212
2024/Ago	184

Promedio: 179

2E.Información Calidad del Servicio

TR: 0 R: 11 PB: 01 8000 942415
Transformador: SLD098 Grupo: 32
DRUG: 95.56 FRUG: 36 Circuito: C14
Cargo D: 257.19 Dscto %: 20
CEC: 153.27
DRU: 79.18 FRU: 93.00
IIC: 0.00 VC: 3.00
Valor a compensar: 7,883.80

3.Información de Créditos EEBP

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

24633

Gerente General

4.Detalle Conceptos del Servicio de Energía

Conceptos EEBP	Valor Liquidado	Saldo Anterior	Saldo a Favor o Anticipado		TOTAL
ACTIVA SENCILLA MONOMIA	158,268.58	0	0.00		158,269
SUBSIDIO	-94,635.75	0	0.00		-94,636
AJUSTE A SUBSIDIO	3,554.61	0	0.00		3,555
COMPENSACION RES.CREG_015/2018	-7,883.80	0	0.00		-7,884
AJUSTE A LA DECENA	3.36	0	0.00		3

5.Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP

59.307

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	10,293	0	10,293

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
59,307		10,293		6,000		0		75,600

CUFE:

12f065b1b625c4edd2e37bfc8933bb7daa2340622c692cc4e839b048cfed3

(415)7709998005532(8020)1000203701735770(3900)0000075600(96)20250321

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

www.eebpsa.com.co @eebpsaesp /eebpsa

Fac. Electronica: EEBP 139888

Resolución de facturación electrónica DIAN No 18764083711901
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 Comercial Ley 142 Art. 130

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

RV 26

Ciudad San Miguel (La Dorada Putumayo)

Nombre completo de la niña o niño Maria Paula Melo Sanchez

Fecha de nacimiento Día 12 Mes 12 Año 2020 **N° Documento de Identidad** 1.122.343.572

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Olga Milena Rendón

hija 1
hermano: 1

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 en el desarrollo motriz, tiene habilidades artisticas dibuja representando cada vez con más detalle lo que ella quiere expresar mediante su dibujo. su lenguaje es claro adecuado para su rango de edad. Narra historias con COherencia contando acontecimientos que pasan en su entorno y en su Familia, cada vez es más independiente en sus rutinas y cuidado de 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 RENDÓN

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

Maria Paula es una niña extrovertida, amoiosa, respetuosa le agrada realizar juegos de su preferencia con sus pares siendo ella la orientadora de los juegos, tiene habilidades en su coordinación motora, su joby es Patinar, sus dibujos representan cada vez mas detalle lo que ella quiere dibujar muestran un conocimiento mas 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

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

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

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: María Paula Melo **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Jardin **AGENTE EDUCATIVO:** Olga Milena

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 5- Dic/2025	El dia viernes 5- Dic/ 2025 Se le recuerda al acudiente que la niña tiene su proxima cita de Cy Desarrollo para el dia 12- Dic/2025 Solicitar a su Eps la cita de control. Y C.y D.	Acudiente manifiesta que el dia Martes- 9 Dic/2025 Solicitara la agenda de la cita para Su hija. mamito informa que le agendaron la cita cy desarrollo para el dia lunes 15- Dic/2025 vacunas Se las han aplicar el dia lunes	A. Educativo	AIEDY JARAMILLO
Martes. 9- Dic/2025	Siendo las 7:10am del presente dia la madre de la niña Maria Paula, Se comunico por llamada telefonica manifestando que su hija no asistira el dia de hoy por motivo de calamidad Familiar.	A. Educativo le recomiendo a la madre Solicitar el Permiso por escrito para Justificar la inasistencia de la niña. El dia miercoles 10- Dic/2025 la niña Maria Paula asistio normalmente al C.D.I sin ningunas novedad en cuanto a salud	A. Educativo	

30
R4

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: María Paula Melo UNIDAD DE ATENCIÓN: Jardín 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)
Martes 16-09-2025	El día martes 16-09-2025, A' Educativo le recuerda a la madre de la usuaria que la niña tiene cita para el día 21-09-2025 para que Agende con anticipación solicitar y agendar la cita.	• El día jueves 18-09-2025 el acudiente de la niña, informo que le asignaron la cita a su hija para el día lunes: 22-09-2025 Hora: 3:15.pm • se procede a realizar el cierre de la novedad madre cumple con la actualización del documento higiene oral. Se anexo a la carpeta de la usuaria.	A' Educativo	Faber 4/6/10

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

E.S.E. Hospital Fronterizo LA DORADA NIT. 846002309-9	**RECORDATORIO DE CITA** María Paula.	**Código:** GAU-FR-009 **Versión:** 001
PROGRAMA:	Higiene Oral.	
FECHA:	22- 09- 2025.	
HORA:	3:15 pm.	
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** (de 9:00-11:00 a.m. y de 2:00-4:00 p.m.), WhatsApp (3:00-5:00 p.m.) o de forma presencial (7:00-10:00 a.m)
- Traer el documento de identidad o copia y autorización del servicio cuando se requiera.

Nuestro deber es brindarte atención, el tuyo SER PUNTUAL...
Mi Prioridad Es Tu Salud