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

**Fecha de diligenciamiento:** 01 | 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:** CDI Fronteras de Paz

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

**Número de documento:** 1080071278

**Fecha nacimiento:** 24 | 09 | 2020

**Nombres:** Mateo Alejandro

**Apellidos:** Rosero Castillo

**Presenta discapacidad?** ( ) Si (X) No

**¿Se autoreconoce en alguno de los siguientes grupos étnicos?** (X) Si ( ) 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 (X) 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:** Urbano

**Barrio:** Metropolitano

**Vereda:**

**Sector:**

**Dirección:** Diagonal al Coliseo.

## INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

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

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

**Número de documento:** 38 212 186

**Nombres:** Liz Adriana

**Apellidos:** Rosero Castillo

**País de nacimiento:** Colombia

**Fecha nacimiento:** 08 | 01 | 1986

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

**Número de celular:** 3142336494

**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:** Adriana Rosero Adriana Rosero

**Nombre y Firma del profesional que diligencia:** Mayra Vega

**Observaciones:**

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

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



**NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:**
Mateo Alejandro Rosero Castillo

**N° DOCUMENTO:** 1.080071.278 **TIPO DOCUMENTO: RC** X **CC** __ **OTRO** ___
**FECHA DE NACIMIENTO:** 24-09-2020 **EDAD:** 4 AÑOS 6 MES
**LUGAR DE NACIMIENTO:** Pasto Nariño

**NOMBRE DE LA UDS:** CDI Frontera de Paz
**CODIGO UDS:** 867571126972 **BARRIO/VEREDA:** B/ 7 de agosto
**FECHA DE INGRESO:** 7-04-2025 **FECHA DE RETIRO:** _____

**SISBEN:** _____ **EPS:** Mallamas **RÉGIMEN (C)**__ **(S)** X
**DESPLAZADO: SI** X **NO**__ **DISCAPACIDAD: SI**___ **NO** X **¿CUAL?** _____
**GRUPO ETNICO: SI** X **NO**___ **¿CUAL?** AWA La Unión La Dorada
**GRUPO AFROCOLOMBIANO: SI**___ **NO** X **¿CUAL?** _____
**NOMBRE DE LA MADRE:** Luz Adriana Rosero Castillo
**N° CÉDULA:** 38212.186 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Ibague
**NOMBRE DEL PADRE:** _____
**N° CÉDULA:** _____ **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** _____
**N° DE CELULAR:** _____
**NOMBRE DEL ACUDIENTE:** Luz Adriana Rosero Castillo
**N° CÉDULA:** 38212186 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Ibague
**DIRECCIÓN VIVIENDA:** B/ Metropolitano **ZONA POBLACIONAL: (R)**__ **(U)** X
**NUMERO DE CELULAR** 3142336494

*Adriana Rosero.*
**FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE**

**NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO**

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.080.071.278

Indicativo Serial 58489864

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 01 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código L 1 W

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
NOTARIA 1 PASTO - COLOMBIA - NARIÑO - PASTO

**Datos del inscrito**

Primer Apellido: ROSERO
Segundo Apellido: CASTILLO
Nombre(s): MATEO ALEJANDRO
Fecha de nacimiento: Año 2020 Mes SEP Día 24
Sexo (en letras): MASCULINO
Grupo sanguíneo: O
Factor RH: POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA NARIÑO PASTO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO
Número certificado de nacido vivo: 16187011-3

**Datos de madre o padre** (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)
Apellidos y nombres completos: ROSERO CASTILLO LUZ ADRIANA
Documento de identificación (Clase y número): CC 38.212.186
Nacionalidad: COLOMBIA

**Datos de padre o madre** (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)
Apellidos y nombres completos:
Documento de identificación (Clase y número):
Nacionalidad:

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos: ROSERO CASTILLO LUZ ADRIANA
Documento de identificación (Clase y número): CC 38.212.186
Firma: Luz Adriana Rosero

**Datos primer testigo**

Apellidos y nombres completos:
Documento de identificación (Clase y número):
Firma:

**Datos segundo testigo**

Apellidos y nombres completos:
Documento de identificación (Clase y número):
Firma:

Fecha de inscripción: Año 2020 Mes OCT Día 07

Nombre y firma del funcionario que autoriza: DRA. MABEL MARTINEZ VARGAS
Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Nombre y firma

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

NOTARIA PRIMERA DEL CIRCULO DE PASTO
CERTIFICA
QUE EL PRESENTE REGISTRO ES COPIA AUTENTICA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA SE EXPIDE CONFORME A LO PREVISTO EN EL ARTICULO 115 DEL DECRETO LEY 1260 DE 1970 A SOLICITUD DEL INTERESADO
PASTO 15 AGO 2023

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **38.212.186**
**ROSERO CASTILLO**
APELLIDOS
**LUZ ADRIANA**
NOMBRES

Adriana Rosero C
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-ENE-1986**
**VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)**
**(PUTUMAYO)**
LUGAR DE NACIMIENTO

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

**08-ENE-2004 IBAGUE**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-6401800-00973563-F-0038212186-20180129 **00593**22871A 1 49219798

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 | 1080071278 |
| NOMBRES | MATEO ALEJANDRO |
| APELLIDOS | ROSERO CASTILLO |
| 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 | ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD MALLAMAS EPSI | SUBSIDIADO | 29/09/2020 | 31/12/2999 | BENEFICIARIO |

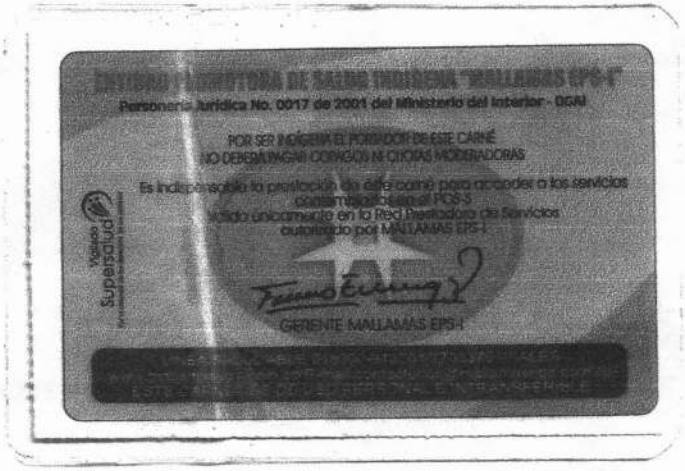
| **Fecha de Impresión:** | 09/13/2025 13:59:18 | **Estación de origen:** | 192.168.70.220 |
|---|---|---|---|

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

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

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.


E.P.S. INDIGENA
MALLAMAS
"La oportunidad para mi Comunidad es ahora"
ROSERO CASTILLO MATEO ALEJANDRO
Nombres y Apellidos Completos
Doc. Identificación: RC 1080071278 Genero: M
Fecha Nacimiento: 24/09/2020 Nivel Sisben:
Fecha Afiliación: 29/08/2020 Discapacidad: NA - N
Vigencia: INDEFINIDO | Carnet N°: 867570000459373
Dirección: B/ SAN FELIPE
Ips Primaria: ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA


Personería Jurídica No. 0017 de 2001 del Ministerio del Interior - DGAI
POR SER INDIGENA EL PORTADOR DE ESTE CARNÉ
NO DEBERA PAGAR COPAGOS NI CUOTAS MODERADORAS
Es indispensable la presentación de este carné para acceder a los servicios
contemplados en el POS-S
Valido unicamente en la Red Prestadora de Servicios
autorizado por MALLAMAS EPS-I
Vigilado Supersalud
GERENTE MALLAMAS EPS-I

| GRAN TERRITORIO DE LOS PASTOS E.P.S. INDÍGENA MALLAMAS "El autocuidado en salud para un buen vivir" | CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN | | CÓDIGO: AS-FR-008 |
|---|---|---|---|
| | | | VERSIÓN: 02 |
| | | | Vigencia: 22/12/2021 |

**COORDINACION DE AFILIACIÓN Y REGISTRO**

**CERTIFICA :**

| | |
|---|---|
| Que el (la) señor(a): | **ROSERO CASTILLO MATEO ALEJANDRO** |
| Identificación: | **RC: 1080071278** |
| Municipio: | **SAN MIGUEL** |
| Nivel Sisben: | **N** |
| IPS Asignada: | **ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA - PRINCIPAL** |
| Estado: | **Activo** |
| Fecha de Afiliación: | **2020-09-29** |
| Regimen: | **Subsidiado** |
| Condición Discapacidad: | **N** |
| Tipo Discapacidad: | **NA** |
| Tipo Afiliación: | **SAT Res. 768 de 2018** |
| Nivel : | |

**Observación :**

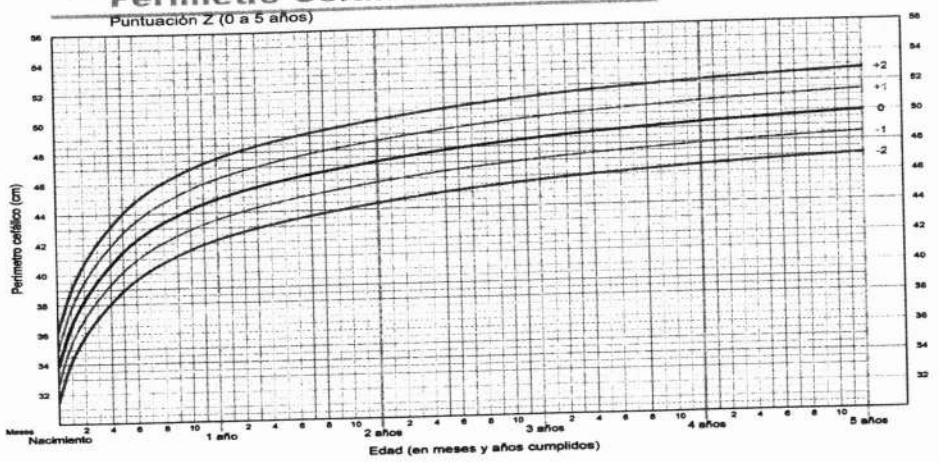
**Dada el miércoles, 26 de marzo de 2025**

**Cordialmente**

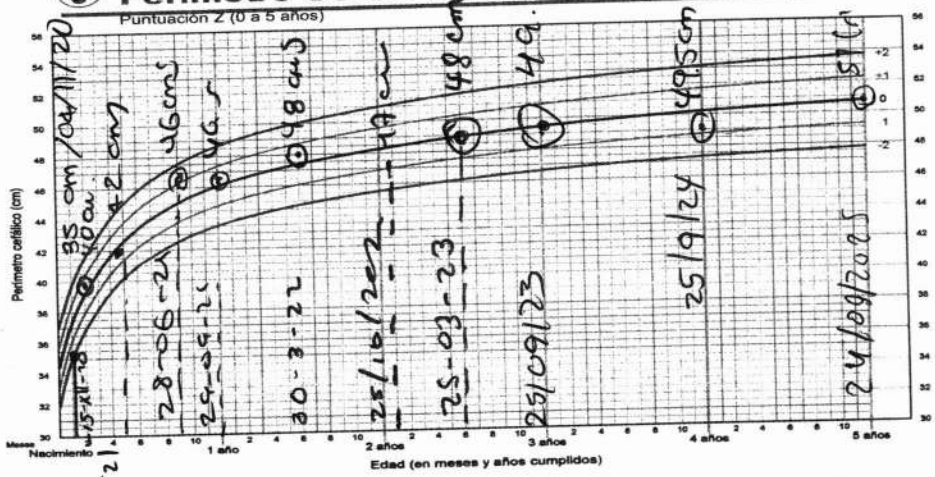
**SANDRA LILIANA PANTOJA PASCAL**

Certficación Válida 7 Días únicamente para Servicios de Salud
E.P.S INDIGENA MALLAMAS
Carrrera 1N 4-56 Av Panamericana Ipiales - Colombia
PBX: 7731757 - 7738725 - 7738726
aseguramiento@mallamaseps.com

## Perímetro Cefálico Niñas

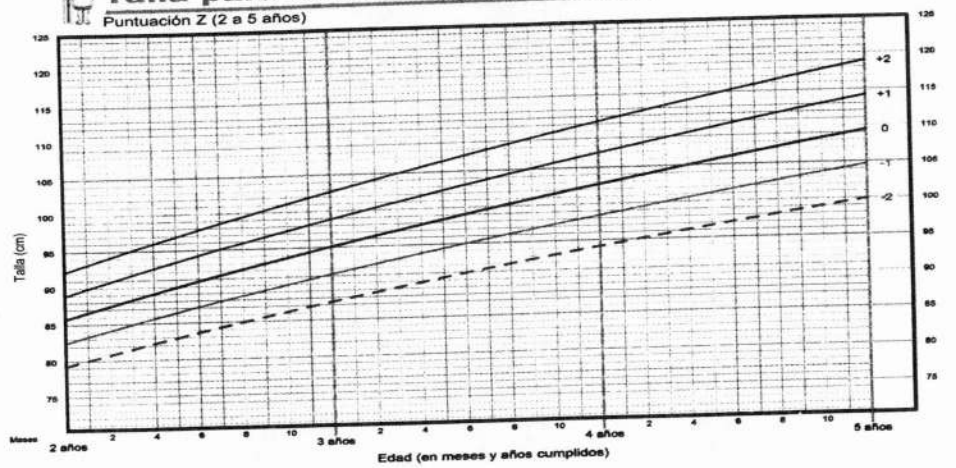



## Perímetro Cefálico Niños



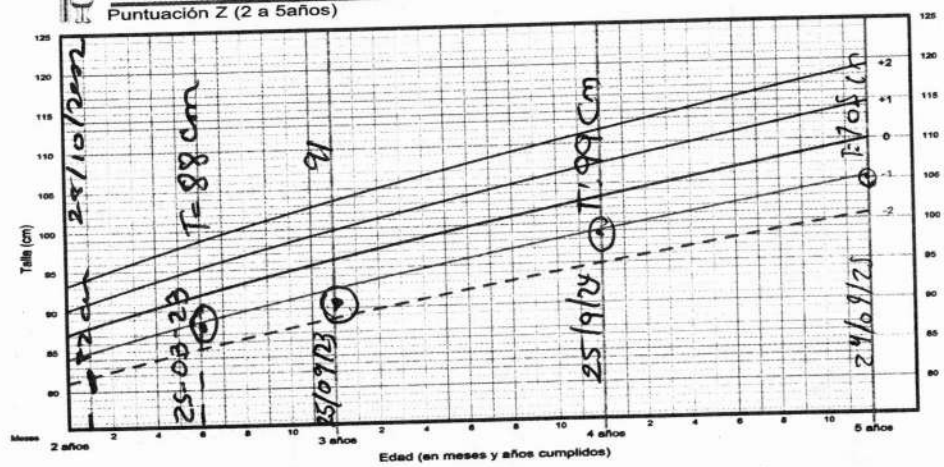
## Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



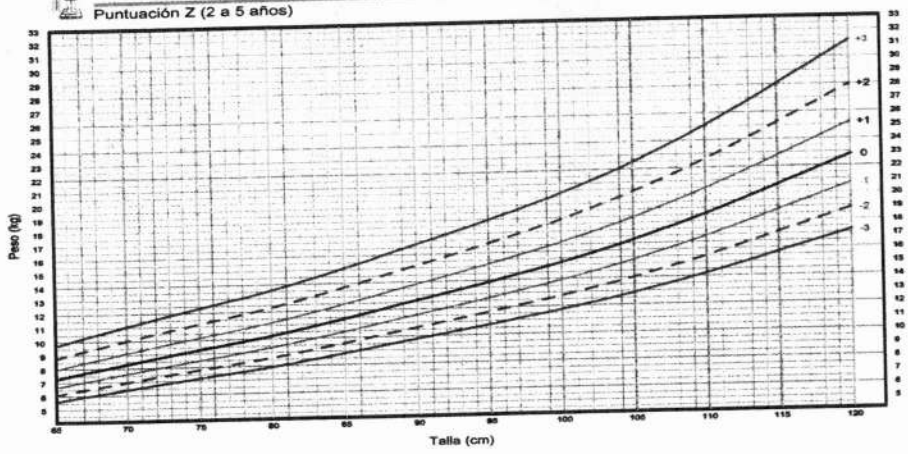

## Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5años)



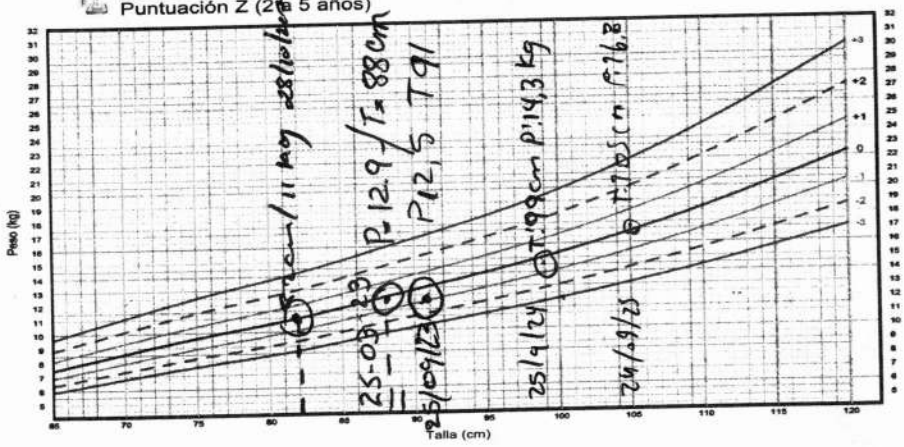
## Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



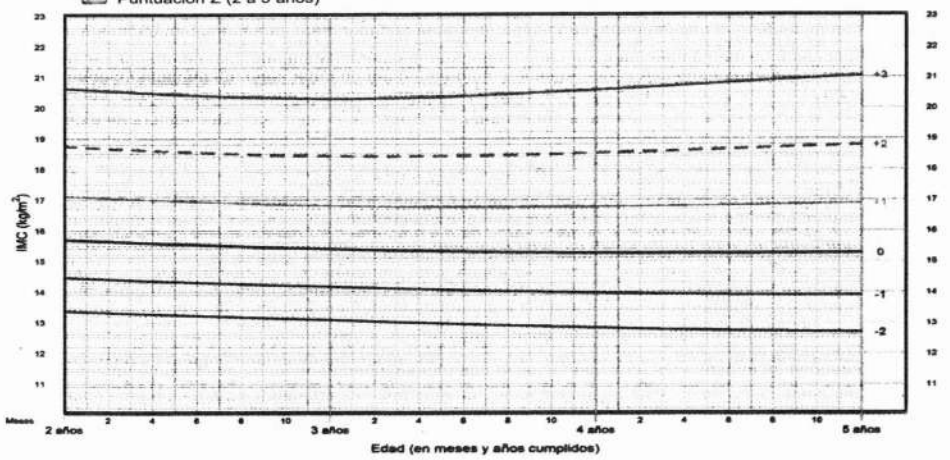

## Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



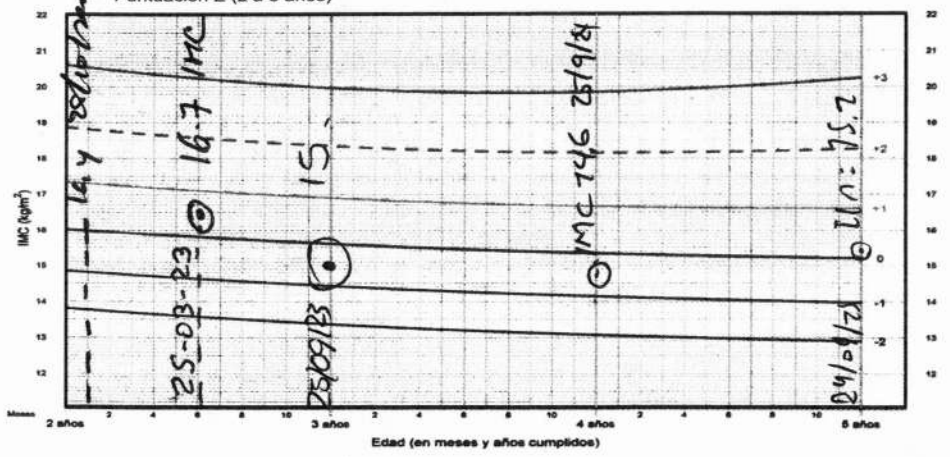
## IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)




## IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



# CITAS PROGRAMADAS

| DÍA | MES | AÑO | HORA | ASISTIO | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | SI | NO |
| 04 | DIC | 2020 | Enf | | |
| 3 | CITA MEDICO | | R.Y. cuidados. | | |
| 15 | 02 | 2021 | Medico | SI | |
| 24 | Abril | 2021 | Enf | SI | |
| 23 | Junio | 2021 | C.M.D. Enferm. | Si | |
| 24 | Septiembre 2021 | | Medico | | |
| 29 | Nov. | 202- | Enfer | | |
| 30 | Sep. | 2022 | M.D. | | |
| 24 | 03 | 2023. | Si ENF | | |
| 25 | 09 | 2023 | MED. | Si | |
| 24 | 09. | 2024 | Enf. | SI | Hilda C |
| 24 | 09 | 2025 | Medico | SI | David Rosero |
| 24 | 09 | 2026 | Medico. | | |

Dra. Magaly Cisneros
Médico General
Reg. 0927189

**CARNET RIAS** **PRIMERA INFANCIA**

E.S.E. Hospital Fronterizo LA DORADA

# Mi prioridad es tu salud



Nombres y Apellidos: Mateo Alejandro Rosero Castillo

Doc. de Identidad: 1080077278

EPS: Mallamas

Teléfono: 3142336494

Domicilio: B/ Metropolitano

| 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 |
| Control del recién nacido por médico | | | | | | | | | | | | | |
| Atención en salud por medicina general | | | | | | | | | | | | | 24-9-2025 |
| Atención en salud por enfermería | | | | | | | proximo control 24 septiembre 202 | | | | | | |
| Atención en salud por Odontología | | | | | | | | | | | | | |
| Promoción y apoyo de la lactancia materna | | | | | | | | | | | | | |
| Aplicación de barniz de flúor | | | | | | | | | | | | 3-10-2025 | |
| Profilaxis y remoción de placa | | | | | | | | | | | | 3-4-2026 | |
| Aplicación de sellantes (Según Criterio) | | | | | | | | | | | | | |
| Vacunación | Agudeza visual 20/20 normal | | | | 24-9-2025 | | | | | | | | |

Ariy Tombé Lora
ENFERMERA
Reg 1006758488

# Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: f47a40bf-63b5-42c0-9f78-481893cb6598

Nombres y apellidos / Full name

**MATEO ALEJANDRO ROSERO CASTILLO**

Tipo de identificación / ID Type

**REGISTRO CIVIL**

Número de identificación / ID Number

**1 0 8 0 0 7 1 2 7 8**

Fecha de nacimiento / Date of birth

**24/09/2020**

País nacimiento / Country of birth

**COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number

**3142334494**

Correo electrónico / e-mail

## Datos de Vacunación / Vaccination detail

| Vacuna / Vaccine | Dosis / Doses | Fecha de aplicación / Date of vaccination: Día / Day | Mes / Month | Año / Year | Laboratorio / Laboratory | Número de Lote / Vaccine Batch | IPS Vacunadora / Administering Center | Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Hepatitis B Pediatrica | Adicional | 25 | 9 | 2020 | | 0329Y012B | PASTO HOSPITAL UNIVERSITARIO DPTAL DE NARIÑO | YOLANDA ADARME ORDOÑEZ |
| BCG | Única | 25 | 9 | 2020 | | 0379G025 | PASTO HOSPITAL UNIVERSITARIO DPTAL DE NARIÑO | YOLANDA ADARME ORDOÑEZ |
| Rotavirus | Primera | 24 | 11 | 2020 | | AROLC428AA | SAN MIGUEL ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA | LEIDI JOHANA GUERRERO VILLOTA |
| Neumococo Conjugado 10valente | Primera | 24 | 11 | 2020 | | ASPNB272BA | SAN MIGUEL ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA | LEIDI JOHANA GUERRERO VILLOTA |
| Antipolio Inactivo (VIP) | Primera | 24 | 11 | 2020 | | R3L891V | SAN MIGUEL ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA | LEIDI JOHANA GUERRERO VILLOTA |
| Pentavalente PAI | Primera | 24 | 11 | 2020 | | 2859Y032A | SAN MIGUEL ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA | LEIDI JOHANA GUERRERO VILLOTA |
| Pentavalente PAI | Segunda | 28 | 1 | 2021 | | 2859Y032B | SAN MIGUEL ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA | Karen Stefany Achichanoy Oliva |
| Neumococo Conjugado 10valente | Segunda | 28 | 1 | 2021 | | ASPNB272BA | SAN MIGUEL ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA | Karen Stefany Achichanoy Oliva |
| Antipolio Inactivo (VIP) | Segunda | 28 | 1 | 2021 | | R3L891V | SAN MIGUEL ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA | Karen Stefany Achichanoy Oliva |
| Rotavirus | Segunda | 28 | 1 | 2021 | | AROLC765AA | SAN MIGUEL ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA | Karen Stefany Achichanoy Oliva |
| Antipolio Inactivo (VIP) | Tercera | 30 | 3 | 2021 | | 2017004A | SAN MIGUEL ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA | Karen Stefany Achichanoy Oliva |
| Pentavalente PAI | Tercera | 30 | 3 | 2021 | | 2850Y021B | SAN MIGUEL ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA | Karen Stefany Achichanoy Oliva |
| INFLUENZA TRIVALENTE PEDIÁTRICA | Primera | 28 | 6 | 2021 | | V3C131V | SAN MIGUEL ESE HOSPITAL FRONTE | Talya Guerrero Erazo |
| INFLUENZA TRIVALENTE PEDIÁTRICA | Segunda | 12 | 10 | 2021 | | V3C131V | SAN MIGUEL ESE HOSPITAL FRONTE | Paula Daniela Casanova Pai |

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos son extraídos del Sistema de Información **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

Pendiente Vacunas De 5 años.

# Carné Digital de Vacunación Colombia

Salud

## Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: f47a40bf-63b5-42c0-9f78-48189cb6598

Nombres y apellidos / Full name: **MATEO ALEJANDRO ROSERO CASTILLO**

Tipo de identificación / ID Type: **REGISTRO CIVIL**

Número de identificación / ID Number: **1 0 8 0 0 7 1 2 7 8**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **24/09/2020**

País nacimiento / Country of birth: **COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3142334494**

Correo electrónico / e-mail:

### Datos de Vacunación / Vaccination detail

| Vacuna / Vaccine | Dosis / Doses | Fecha de aplicación / Date of vaccination: Dia / Day | Mes / Month | Año / Year | Laboratorio / Laboratory | Número de Lote / Vaccine Batch | IPS Vacunadora / Administering Center | Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Triple Viral | Primera | 12 | 10 | 2021 | | 0130N054B | SAN MIGUEL ESE HOSPITAL FRONTE | Paula Daniela Casanova Pai |
| Fiebre Amarilla | Única | 12 | 10 | 2021 | | R3N101V | SAN MIGUEL ESE HOSPITAL FRONTE | Paula Daniela Casanova Pai |
| Varicela | Primera | 12 | 10 | 2021 | | U006719 | SAN MIGUEL ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA | Paula Daniela Casanova Pai |
| Hepatitis A Pediátrica | Única | 12 | 10 | 2021 | | T012958 | SAN MIGUEL ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA | Paula Daniela Casanova Pai |
| Neumococo Conjugado 10valente | Refuerzo | 12 | 10 | 2021 | | ASPNB311BA | SAN MIGUEL ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA | Paula Daniela Casanova Pai |
| Sarampión Rubéola | Adicional | 30 | 3 | 2022 | Serum | 0129W237 | ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA | STACCIEE SAOLY MARTINEZ OJEDA |
| Antipolio Oral (VOP) | Primer Refuerzo | 30 | 3 | 2022 | Serum | 1801P018 | ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA | STACCIEE SAOLY MARTINEZ OJEDA |
| DPT | Primer Refuerzo | 30 | 3 | 2022 | Serum | 2821Q012B | ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA | STACCIEE SAOLY MARTINEZ OJEDA |
| INFLUENZA TRIVALENTE PEDIÁTRICA | Refuerzo | 28 | 10 | 2022 | Green Cross | V50222008 | ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA | STACCIEE SAOLY MARTINEZ OJEDA |
| Triple Viral | Refuerzo | 17 | 3 | 2023 | Serum | 0131N108A | ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA | KAREN STEFANNY ACHICANOY OLIVA |
| 5 años Polio | 2 R | 03 | 10 | 25 | Biological | 2423003 | H.F.L.D | Isabel Arial. 5 años |
| DPT | 2.R | 03 | 10 | 25 | Serum | 22110524A | H.F.L.D | |
| Varicela | 2.R | 03 | 10 | 25 | Merck | 7002927 | H.F.L.D | |

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

16
R/V

**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 FECHA: DÍA 21 MES 04 AÑO 25 HORA: 9:04 Am

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:**

NOMBRES Mateo Alejandro APELLIDOS Rosero Castillo

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 708.0007.1278

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 24 MES: 09 AÑO: 20 / EDAD: 4 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Mallamas Tel: 3142336494

**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.<br>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: Adriana Rosero castillo

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 Ipia l

Firma

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1004766493

**DATOS DE LA INSTITUCIÓN**

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HRO

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.

18

## RECOMENDACIONES

Visite a su médico semestralmente

Cepillese los dientes mínimo 5 veces al día

Mantenga una dieta balanceada

Acostúmbrese a usar seda dental en cada cepillada

**I.I.A.M.I.** INICIATIVA INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y DE LA INFANCIA

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL
E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA
NIT 846.000.306-9
TEL. 4210533-4210534 LA DORADA - PUTUMAYO

**MI CARNET DE HIGIENE ORAL**

| | |
|---|---|
| E.P.S. | Saltamca |
| Nombres: | Mateo Alejandro |
| Apellidos: | Rosero Castillo |
| Sexo: | X M / F — Fecha de Nacimiento: 24 / 09 / 20 |
| Identificación: | RC 1080071278 |
| Dirección: | N.H.C. |

Salud con Calidad!

| FECHA | PROCEDIMIENTO CP | S | F | D | PROXIMA CITA |
|---|---|---|---|---|---|
| 29-9-21 | X | | X | | 29-3-22 |
| 8-06-22 | X | | X | | 8-12-22 |
| 16-01-23 | X | | X | | 16-08-23 |
| 16-08-23 | X | | X | | 16-02-24 |
| 29-02-24 | X | | X | | 29 Agosto-24 |
| 3-09-24 | X | | X | | 3-marzo-25 |
| 31-03-25 | X | | X | | 01 Octubre-25 |
| 02-10-25 | X | | X | | 02-Abril-2026 |

Liliana Maribel Córdoba
HIGIENISTA ORAL
Res 00493 de 2017

| 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 Mateo Alejandro Rosero castillo, identificado (a) con documento de identidad número 1.088071.278, 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, Luz adriana Rosero castillo, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 38212186, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

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

**La autorización comprende:**

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

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

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

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

**Suscriben:**

Firma: Adriana Rosero Castillo
Nombre: Adriana Rosero
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3142336494
Fecha: 7-04-2025
Municipio: San Miguel



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

# PACTO DE CONVIVENCIA MODALIDAD INSTITUCIONAL

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

## DERECHOS Y DEBERES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

### DERECHOS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

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

### DEBERES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

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

## DERECHOS Y DEBERES DE LOS PADRES DE FAMILIA

### DERECHOS DE LOS PADRES DE FAMILIA

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

### DEBERES DE LOS PADRES DE FAMILIA

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

(telefónico, mensajería y/o escrito).

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

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

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

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

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

**PAOLA CHATES**
Coordinadora pedagógica

**EDDY PATRICIA LÓPEZ**
Apoyo psicosocial

Adriana Rosero C.
**Firma del Padre de Familia y/o acudiente**

**Agente educativa**

Mateo.
**Huella del niño/niña**

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

"Generamos Desarrollo con Energía"

Vigilado Superservicios

| Código de Suscripción | SM 35386 | Pago oportuno hasta: | 06-MAR-2025 | Mes Facturado |
|---|---|---|---|---|
| Factura Nro. | 2037006037 | Suspensión a partir de: | 07-MAR-2025 | FEBRERO 2025 |

## 1. Información General

| Nombre: | PEDRO PABLO PORTILLO | | | Último pago | $ 71.020 |
|---|---|---|---|---|---|
| Dirección: | BR CENTRAL | | | Tuve servicio de energía entre: | 07-FEB-2025 17-ENE-2025 17-FEB-2025 (31) 25-FEB-20 |

| Ciclo | Ruta | Orden | Estrato | Tipo de Uso | Área | Nivel de Tensión | Carga Instalada | Tipo de Red | Propiedad de Activos | Tarifa | División Geopolítica |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SMN | 3102 | 175 | 1 | RESIDENCIAL | URBANA | 1 | 1.5 | AEREA | EMPUESA | 105 | SAN MIGUEL CENTRAL |

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

## 2. Información Consumo Energía

Componentes del Costo (CU)*: Generación 502.93 + Transmisión 56.03 + Distribución 249.01 + Comercialización 113.93 + Pérdidas 69.39 + Restricción 10.41 = CU ……($/KwH)

### 2A. Información Medidor

| Marca | Serial | Factor Múltiplo |
|---|---|---|
| HIK | 16332748 | |

### 2B. Información de Lecturas

| Energía | Lectura Actual | Lectura Anterior |
|---|---|---|
| Activa: | 16652 | 16473 |
| Reactiva: | | |

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

### 2C. Liquidación Consumo del Periodo

| | | |
|---|---|---|
| Consumo Activa Kwh: | 179 | |
| Consumo Reactiva KVarh: | 0 | |
| Costo del consumo $ | 179304.28 | |
| Tarifa (hasta 173 Kwh): | 402.74 | |
| Subsidio: % | 59.79$4 | -103620.16 |
| Contribución: % | 0$ | 0 |
| Sub Total $ | 75684.12 | |

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

### 2D. Consumo Ultimos 6 Meses

| Mes | Consumo |
|---|---|
| 2025/Ene | 166 |
| 2024/Dic | 162 |
| 2024/Nov | 183 |
| 2024/Oct | 176 |
| 2024/Sep | 176 |
| 2024/Ago | 119 |

Promedio: 164

### 2E. Información Calidad del Servicio

Tel. O.R. EEPB 01 8000 942415
Transformador: SLD102 Grupo: 22
DIUG: 30.24 FIUG: 19 Circuito: C14
Cargo D: 257.19 Dscto %: 20
CEC: 166.29
DIU: 79.62 FIU: 96.00
HC: 0.00 VC: 1.00
Valor a compensar: 8,553.67

## 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 | 179,304.28 | 0 | 0.00 | 179,304 |
| SUBSIDIO | -103,620.16 | 0 | 0.00 | -103,620 |
| AJUSTE A SUBSIDIO | 3,296.78 | 0 | 0.00 | 3,297 |
| COMPENSACION BLS CREG 015/2018 | 8,553.67 | 0 | 0.00 | 8,554 |
| AJUSTE A LA DECENA | -0.77 | 0 | 0.00 | 0 |

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

70.342

## 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 | 11,168 | 0 | 11,168 |

## 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 |
|---|---|---|---|---|
| 70,342 | 11,168 | 6,000 | 0 | 87,510 |

CUFE: 53e38eafa9d13b1e032026b2084/deff1ea489029c367fcabbf48c8da9d7df3777c0d2/2b1bbbb20fdadbb922a6c2207

(415)7709980095532(8020)1000203700603737(3900)0000087510(96)20250306

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

www.eebpsa.com.co @eebpsaesp /eebpsa

Fac. Electronica: EEBP 121471

Resolución de facturación electrónica DIAN No 18764083711901
de fecha: 20/11/2024 desde No. 1 hasta No. 1000000
vigencia: 20/11/2024

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

Proveedor Tecnológico: dicomsa S.A.S. NIT: 900039568-4 Software: 9

9/11 E9

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

de cero a Siempre

**Ciudad** la Dorada san Miguel.

**Nombre completo de la niña o niño** Mateo Alejandro Pasero Castillo.

**Fecha de nacimiento** 24 09 2020 **N° Documento de Identidad** 1080 071 278

**Sexo** Masculino ⊗ Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** Día 1 Mes 4 Año 2024

**Primer Registro Cualitativo**

**Nombre del observador** Mayra R. Vega

**Fecha de registro cualitativo** Día 2 Mes 7 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** Mateo es activo, curioso y participativo. le encanta trabajar en grupo, además lidera juegos que le gusta o se inventa. de igual manera tiene un buen manejo corporal interactua en bailes o dramatizados así mismo expresa sus ideas y tiene sus propias conclusiones ante un tema. se continuará con las actividades pedagogicas programadas.

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

**Segundo Registro Cualitativo**

**Nombre del observador** Mayra R. Vega.

**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** Mateo ha desarrollado diferentes habilidades sociales como compartir a negociar y a resolver pequeños conflictos, comprende las reglas del juego. •habilidades motoras que le permite desenvolverse en el entorno donde se encuentra. se continuará con las actividades pedagogicas planteadas.

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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Comunicación | | | | | | Interacción | | | | | | Construcción de normas | | | Relación consigo misma/o | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Verbal | | | No verbal | | | Independencia | | | Cooperación | | | Autonomía | | | Identidad | | | | | | Autoestima | | | Manejo corporal | | | Conocimiento de los objetos | | | Relaciones de causalidad | | | Representación de la Realidad Social | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | 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

24
R/V

BIENESTAR FAMILIAR

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

**NOMBRE DEL USUARIO:** Mateo Rosero. **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Jardín 2 **AGENTE EDUCATIVO:** Mayra Vega

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

**Clasificación de la Información:**
**CLASIFICADA**

| FECHA | DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN | ACCIÓN | FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO | FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A) |
|---|---|---|---|---|
| 27 Octubre 2025 | Se realiza llamado a lista y se encuentra que el niño no asistio a la unidad de atención. | Se realiza llamada telefonica a la madre, quien informa que el niño se encuentra bien y esta junto a ella en Puerto Asis, ya que tiene una cita de pediatria. Se realizan recomendaciones y se solicita informar cualquier novedad. | | |
| 28-10-2025 | Se realiza llamado a lista y se evidencia que el niño mateo no asistio al cdi. | Se realiza llamada telefonica a la mamita y nos manifiesta que el niño no asistio porque se quedaron en Puesto Asis, ya que la mamá tambien tenia cita el dia de hoy. | | |

BIENESTAR FAMILIAR

**SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO**

29-10-2025 la madre llama y manifiesto que anoche llegaron de Puerto Asis de la cita los cual el niño amanecio con gripa y tos y la llamio del dia de hoy por eso no asistio al CDI.

30-10-2025 el niño asiste al CDI sin novedad.

Adriana Loseo

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

25
R/V

BIENESTAR FAMILIAR

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

NOMBRE DEL USUARIO: Mateo Rosero UNIDAD DE ATENCIÓN: Jardin 2 AGENTE EDUCATIVO: Maya Vega

MUNICIPIO: San Miguel. FECHA DE INGRESO: _____

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

| FECHA | DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN | ACCIÓN | FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO | FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A) |
|---|---|---|---|---|
| 3-10-2025 | se realizo el Nomado de asistencia donde se observo que el niño no asistio a la unidad | siendo la 8H35 am la madre llamo manifestando que no llevaba al niño al CDI por motivo que esta lloviendo mucho. | | Luz A. Rosero |

BIENESTAR FAMILIAR

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

**NOMBRE DEL USUARIO:** Mateo. A Rosero. **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Jardin 2 **AGENTE EDUCATIVO:** Moyra V.

**MUNICIPIO:** San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 1-4-2025

**Clasificación de la Información:**
**CLASIFICADA**

| FECHA | DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN | ACCIÓN | SEGUIMIENTO | FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO | FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A) |
|---|---|---|---|---|---|
| 02-6-2025 | la madre envia la foto de la incapacidad con diagnostico de bronconeomonia desde el 2- hasta el 6 de junio | se le recomendo a la madre cuidarlo en casa no mojarlo ni dark coco frio. | se dio a conocer a la coordinadora. | | Adriana Rosero |
| | | | | | |

| | SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO |
|---|---|
| 4/06/2025 | Se realizo seguimiento a estado de Salud del niño. a traves de una llamada via telefonica el cual la madre de familia refiere que el dia de hoy yo amaneció un poco mejor yo esta tomando bien, se le esta brindando los cuidados en lo casa. se le solicita seguir las recomendaciones medicas y brindarle cuidados para no presentar una recaida. Madre refiere estar informando y cuando se termine Incapacidad ingresara al CDI. Coordinadora |
| 9-6-2025 | El dia lunes 9-6-2025 el niño Mateo Rosero asiste normalmente al CDI. sin novedad de gripa ni fiebre. Adriana Rosero |

BIENESTAR FAMILIAR

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

**NOMBRE DEL USUARIO:** Marko Alejandro Roseo **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Jardin 2 **AGENTE EDUCATIVO:** Mayra

**MUNICIPIO:** San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 1-04-2025

**Clasificación de la Información:** CLASIFICADA

| FECHA | DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN | ACCIÓN | FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO | FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A) |
|---|---|---|---|---|
| 4-06-2025 | la agente educativa da a conocer al equipo interdisciplinario sobre la salud del niño. | Se realiza llamada telefonica a la madre de Famila, quien refiere que el niño se encuentra en casa, que estuvo en el area de hospitalizacion, y que le dieron salida con 6 dias de incapacidad, desde el 2 hasta el 6 de junio, que en el momento el niño se encuentra mejor y Siguiendo las recomendaciones medicas. | Apoyo Psicosocial. | |
| 5-06-2025 | Seguimiento por Salod al niño | Se realiza llamada telefonica a la madre de Famila quien refiere que el niño esta mucho mejor de su salod. y que los medicamentos suministrados dieron resultado. | | |

| | SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO |
|---|---|
| | Se le recomienda a la madre si el niño presenta signos de alarma llevarlo nuevamente al hospital. |
| 6-06-2025 | Se realiza llamada telefonica a la madre de familia, quien refiere que el niño se encuentra mejor de su salud. Se le recomienda, por parte de la apoyo psicosocial si presenta signos de alarma llevarlo al hospital, por el area de urgencias. |

BIENESTAR FAMILIAR

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

**NOMBRE DEL USUARIO:** Mateo Alejandro Rojero **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Jardín 2 **AGENTE EDUCATIVO:** Nayra Ortega.

**MUNICIPIO:** San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 01-05-2025

**Clasificación de la Información:** CLASIFICADA

| FECHA | DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN | ACCIÓN | SEGUIMIENTO | FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO | FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A) |
|---|---|---|---|---|---|
| 28-05-2025 | Salud y nutricion realiza seguimiento al estado de salud del niño al hospital Fronterizo la Dorada Junto Con apoyo psicosocial | El equipo interdiciplinario realiza seguimiento al estado de salud del niño en el hospital fronteriza la Dorada donde la madre de Familia manifiesta que el niño | La madre manifiesta que el niño presento Fiebre y gripe y ella decido llevarlo Por urgencias al hospital Local ya que queria que Fuera tratado por un personal medico. donde el niño Fue hospitalizado y le | | . Luz Adriana |
| | | | Suministraron medicamentos para cumplir tratamiento medico. y evaluar su evolución. | | |

| | SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO |
|---|---|
| 29-05-2025 | El equipo interdiciplinario realiza seguimiento al estado de salud del niño para conocer su evolucion donde la madre manifiesta que esta activo, de buen animo y de buen apetito que ella lo observa mejor, los sintomas de gripa ya le quitaron<br><br>nutricionista Apoyo psicosocial |
| 30-05-2025 | El equipo interdiciplinario se comunica con la madre para conocer el estado de salud del niño realizando seguimiento por llamada telefonica donde la madre manifiesta que el niño ya se encuentra bien, que esta activo, jugando y los sintomas de gripe han mejorado y el ya se encuentra mejor y posiblemente mañana le daran de alta.<br><br>nutricionista Apoyo psicosocial |

BIENESTAR FAMILIAR

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

NOMBRE DEL USUARIO: Mateo Alejandro Rosero UNIDAD DE ATENCIÓN: Jardin 2 AGENTE EDUCATIVO: Moyra Vega

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 1-4-2025

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

| FECHA | DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN | ACCIÓN | SEGUIMIENTO | FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO | FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A) |
|---|---|---|---|---|---|
| 26-5-2025 | la madre llamo a las 8H40am manifestando que no alcanzo llegar a la casa ya que se encontraba en la finca, pero el niño se encuentra bien. | se le manifesto a la madre que se apoye de su red de apoyo para que el niño no falte al CDI. | 27-5-2025. el niño asistio a la unidad sin ninguna novedad. | | |
| 28-5-2025. | La madre envia una foto del niño hospitalizado a las 6H09am la cual le realizaron examenes. y esta en observación y resultados de los examenes | Se le realizo la llamada a las 9am donde la madre. expreso que salio con bronconeumonia y lo van a dejar todo el día | 28-5-2025. se remitio a la nutricionista. | | Adriana Rosero |