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: 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: 1122343492

Fecha nacimiento: 29 | 07 | 2020

Nombres: Jhoselyn Karolina

Apellidos: Muñoz Bravo

Presenta discapacidad? ( ) Si (X) No

¿Se autoreconoce en alguno de los siguientes grupos étnicos? ( ) 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 ( ) 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: 7 de agosto

Vereda:

Sector:

Dirección:

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

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

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: 69030392

Nombres: Luz Gladis

Apellidos: Muñoz Patiño

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 25 | 11 | 1971

Correo electrónico:

Número de celular: 3134564550

Número de fijo:

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

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

Nombre y Firma del padre, madre y/o cuidador: Gladis Muñoz P 69030392.

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:
JHOSELIN KAROLINA MUÑOZ BRAVO

N° DOCUMENTO: 1.122.343.492 **TIPO DOCUMENTO: RC** X **CC** ___ **OTRO** ___
FECHA DE NACIMIENTO: 29-07-2020 **EDAD:** 4 AÑOS - 8 MESES
LUGAR DE NACIMIENTO: PUERTO ASIS

NOMBRE DE LA UDS: C.D.I Fronteras de Paz
CODIGO UDS: 867571126972 **BARRIO/VEREDA:** B/ 7 de agosto
FECHA DE INGRESO: 1-04-2025 **FECHA DE RETIRO:** ___

SISBEN: A1 **EPS:** Emssanar **RÉGIMEN (C)**___ **(S)** X
DESPLAZADO: SI X **NO**___ **DISCAPACIDAD: SI**___ **NO** X **¿CUAL?** ___
GRUPO ETNICO: SI___ **NO** X **¿CUAL?** ___
GRUPO AFROCOLOMBIANO: SI___ **NO** X **¿CUAL?** ___
NOMBRE DE LA MADRE: luz Gladis Muñoz Patiño
N° CÉDULA: 69.030.392 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Valle del Guamuez
NOMBRE DEL PADRE: Wanedwin Bladimir muñoz
N° CÉDULA: 1.122.339.475 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Miguel la Dorada
N° DE CELULAR: 3134564550
NOMBRE DEL ACUDIENTE: luz Gladis Muñoz
N° CÉDULA: 69.030.392 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Valle del Guamuez
DIRECCIÓN VIVIENDA: B/ 7 de agosto **ZONA POBLACIONAL: (R)**___ **(U)** X
NUMERO DE CELULAR 3134564550

Gladis Muñoz Patiño
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.122.343.492

Indicativo Serial 59300703

59300703

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [ ] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código X 6 Z

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

REGISTRADURIA DE SAN MIGUEL(LA DORADA) - COLOMBIA - PUTUMAYO - SAN M

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MUÑOZ	BRAVO

Nombre(s)

JHOSELYN KAROLINA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2020 Mes JUL Día 29	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA PUTUMAYO PUERTO ASIS

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	16181542-6

Datos de la 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

BRAVO RUALES KAREN ELIZABETH

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.006.788.669	COLOMBIA

Datos de la 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 segundo apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos

MUÑOZ PATIÑO WANEDUIN BLADIMIR

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.122.339.475	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MUÑOZ PATIÑO WANEDUIN BLADIMIR

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.122.339.475	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

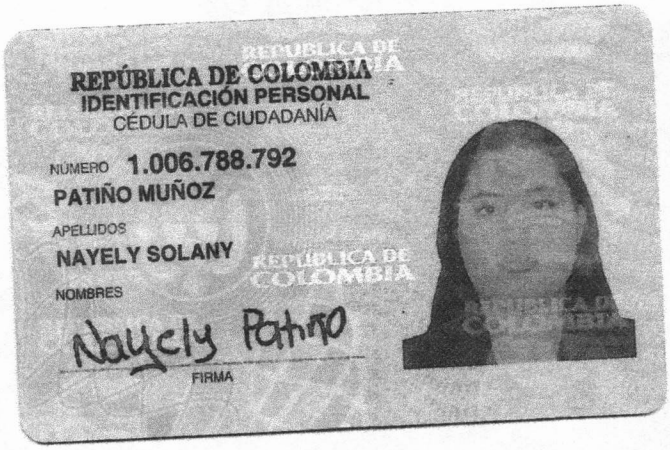
Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2020 Mes SEP Día 04	ROY EDISON CALLE GUARAMA - REGIST Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.006.788.792
PATIÑO MUÑOZ
APELLIDOS
NAYELY SOLANY
NOMBRES
Nayely Patiño
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 16-JUL-2000
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.69 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
23-JUL-2018 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
ÍNDICE DERECHO

P-6401800-01267686-F-1006788792-20211120 0076616941A 1 9917231201



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.122.339.475**

MUÑOZ PATIÑO

APELLIDOS

WANEDUIN BLADIMIR

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **05-DIC-1990**

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

1.69 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **M** SEXO

02-MAR-2009 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

A-0125900-00971285-M-1122339475-20180123 **00592**20449A 1 9902983156

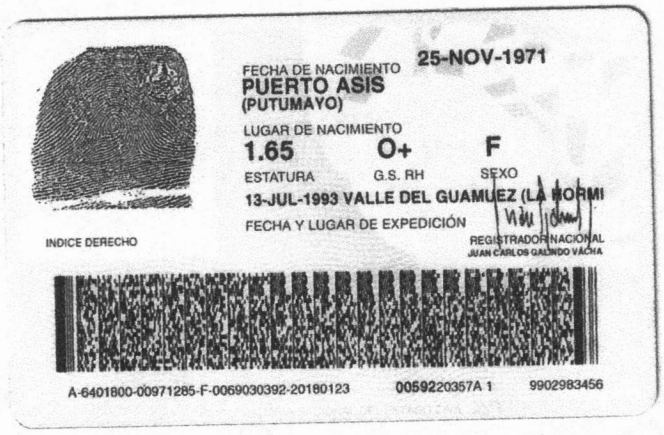


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 69.030.392
MUÑOZ PATIÑO
APELLIDOS

LUZ GLADIS
NOMBRES

Luz Gladys Muñoz P.
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 25-NOV-1971
PUERTO ASIS
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
13-JUL-1993 VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
INDICE DERECHO

A-6401800-00971285-F-0069030392-20180123 0059220357A 1 9902983456

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 26/03/2025

Ficha: 86757674477900000513

A1

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: JHOSELYN KAROLINA

Apellidos: MUÑOZ BRAVO

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122343492

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 19/07/2021

Última actualización ciudadano: 19/07/2021

Última actualización vía registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARIA ZORAYDA LINARES MONTERO

Dirección: Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libertad

Teléfono: 4210537 - 3213138790

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

ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1122343492
NOMBRES	JHOSELYN KAROLINA
APELLIDOS	MUÑOZ BRAVO
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	01/10/2020	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/10/2025 18:15:33	**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 ha sido 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.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

emssanar EPS
NIT. 901.021.565-8
Registro de Cámara de Comercio
Nº 15233 Libro IX. Octubre 24 de 2016
Cuidamos de ti en cada paso

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS EMSSANAR EPS SAS
Régimen Subsidiado

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

Tipo y Número de identificación:	RC 1122343492
Apellidos:	MUÑOZ BRAVO
Nombres:	JHOSELYN KAROLINA
Ficha Sisben:	86757674477900000513
Nivel Sisben:	Nivel I
Grupo Sisben	A01
Tipo de discapacidad:	Ninguna
Plan de salud:	Régimen Subsidiado
Estado de servicio:	Vigente
Fecha de Afiliación:	29/07/2020
Departamento de Afiliación:	PUTUMAYO
Municipio de Afiliación:	SAN MIGUEL
Zona:	Urbana - Cabecera Municipal

IV - Afiliado cumple con metodología IV SISBEN.

IPS de atención de primer nivel

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

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

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

En constancia se firma el 26 de Marzo de 2025 a solicitud del interesado.

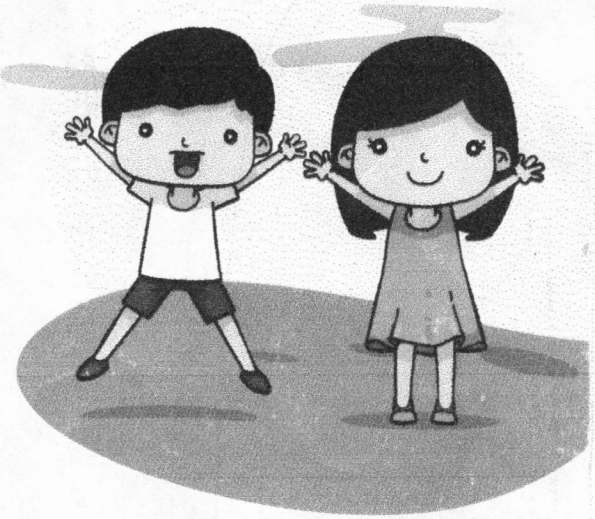
JEFE COMERCIAL
EMSSANAR EPS SAS

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

10
R/V

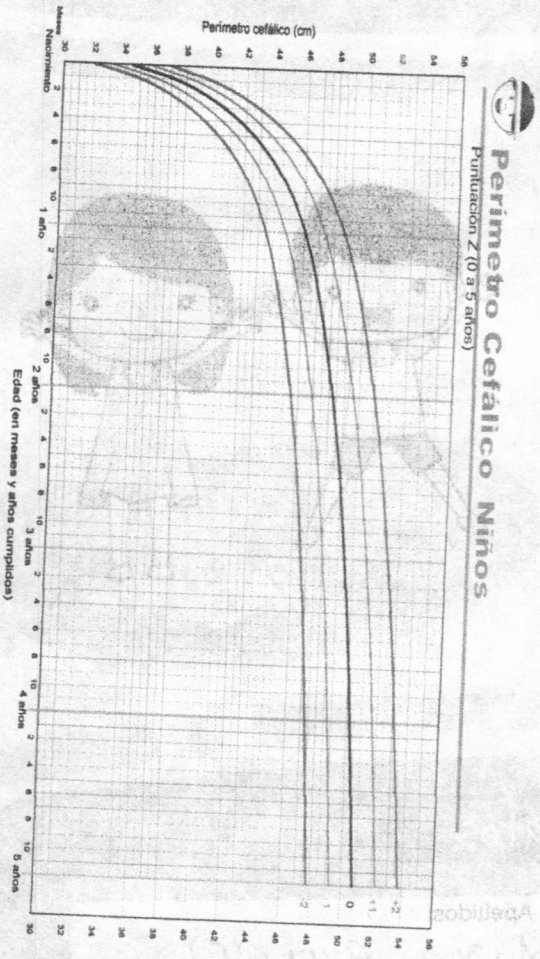
CARNET DE CONTROL

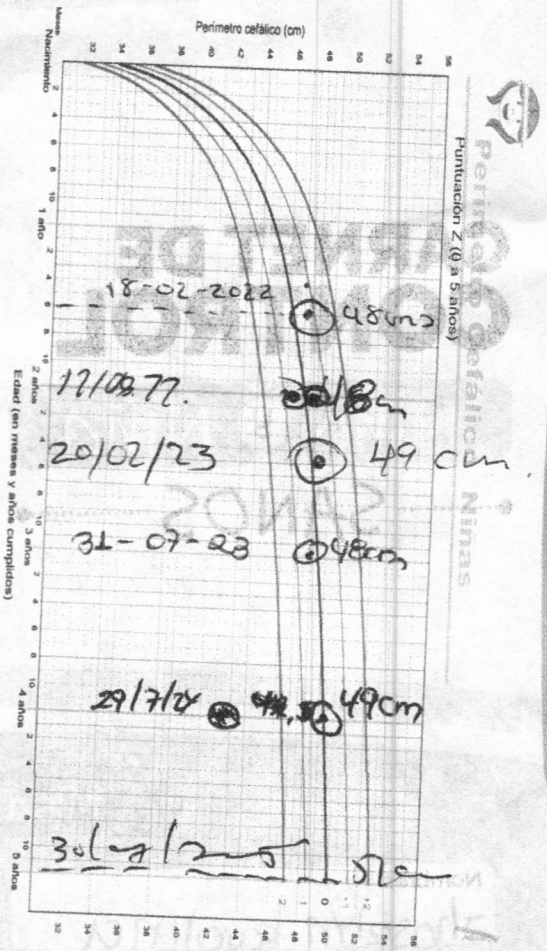
Niño y Niña SANOS



Mis Datos

Nombres: Jhoselyn karolina	Apellidos: Muñoz Bravo.
Fecha de Nacimiento: 29 DIA | 07 MES | 2020 AÑO	Historia Clínica: 1122343492.
Barrio/Vereda: 1-de-agosto	Responsable del Niño: karen Bravo Rudles
Teléfono: 3134504550.	EPS: Emsanar.


Perímetro Cefálico Niños
Puntuación Z (0 a 5 años)
Perímetro cefálico (cm)
Nacimiento
1 año
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)


Perímetro Cefálico Niñas
Puntuación Z (0 a 5 años)
Perímetro cefálico (cm)
Nacimiento
1 año
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)
18-02-2022 48cm
17/08/22. 50,8cm
20/02/23 49 cm.
31-07-23 48cm
29/7/24 49cm

12/12

17

Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)

Peso (kg)

Talla (cm)

Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)

Peso (kg)

Talla (cm)

20/02/25 P. 12,5 T 88

3:07-23 ⊕ T-94cm P-14,3kg

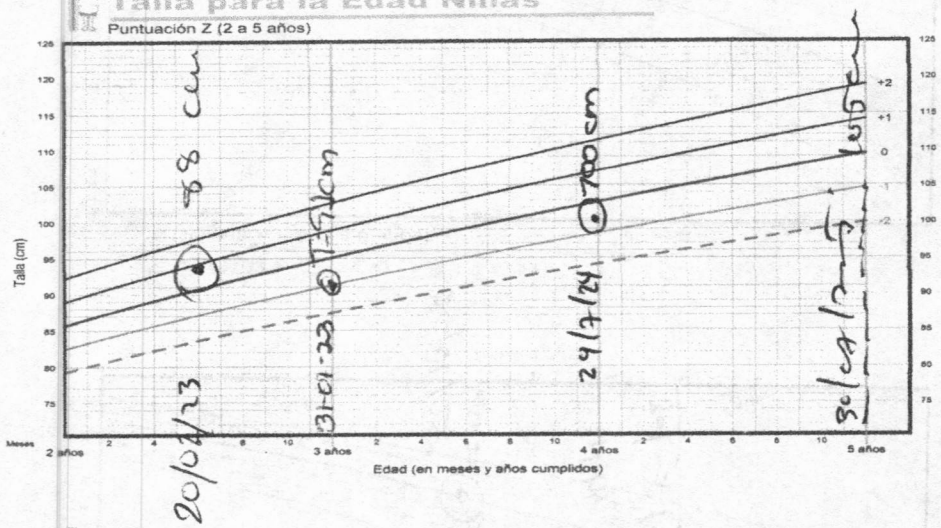
29/7/04 ⊕ 76,6 kg T/100cm

30/7/24 : 105cm / 19,9 kg

13

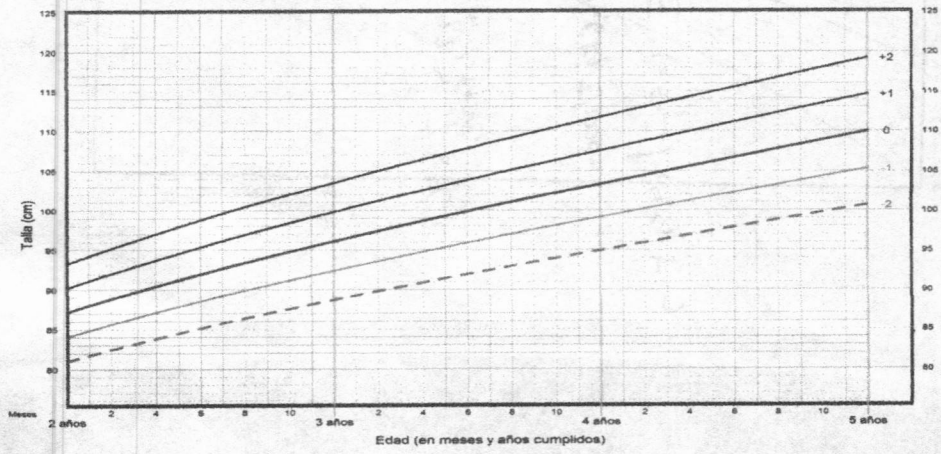
Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



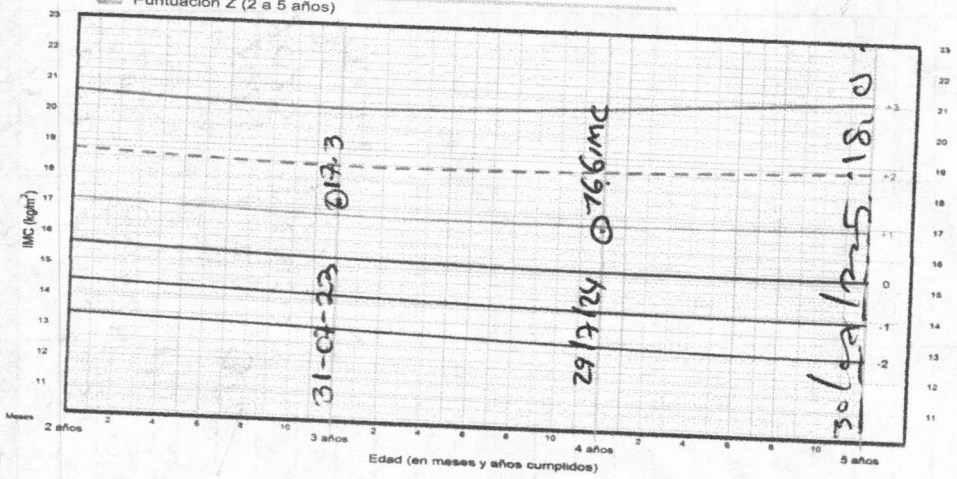
Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5años)



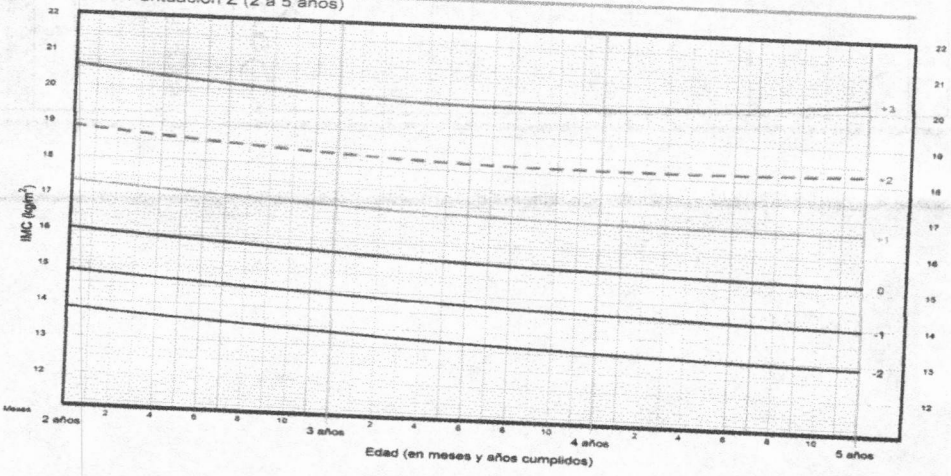
IMC para la Edad Niñas

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
29	8	21	MD.	S	
29	Julio	2022	Medico	SI	
17	Febr	2023	~~Enfermera~~ MD	SI ✓	
29	07	2023	~~Enf~~ MD	Si FC 31-07-23	
~~30~~ 29	~~Enero~~	~~2024~~	~~Enf.~~		
29	JULIO	2024	ENF	SI ✓	Milena C.
29	Julio	2025	Medico.	-	X
30	"	2025	MD	-	
29	"	2026.			

	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
ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico													
	Atención en salud por medicina general													30-7-2025
	Atención en salud por enfermería													
	Atención en salud por Odontología													
	Promoción y apoyo de la lactancia materna													
ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor													10-10-2025
	Profilaxis y remoción de placa													10-4-2025
	Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
V	Vacunación Agudeza Visual Todo normal				30-7-2025									

Anyi Pantoja L
ENFERMERA
Reg 1006788488

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: Jhoselyn Karolina Moñoz Bravo

Doc. de Identidad: 1122343492

EPS: Gmsalud

Teléfono: 3115185679

Domicilio: B/ 7 de Agosto

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.

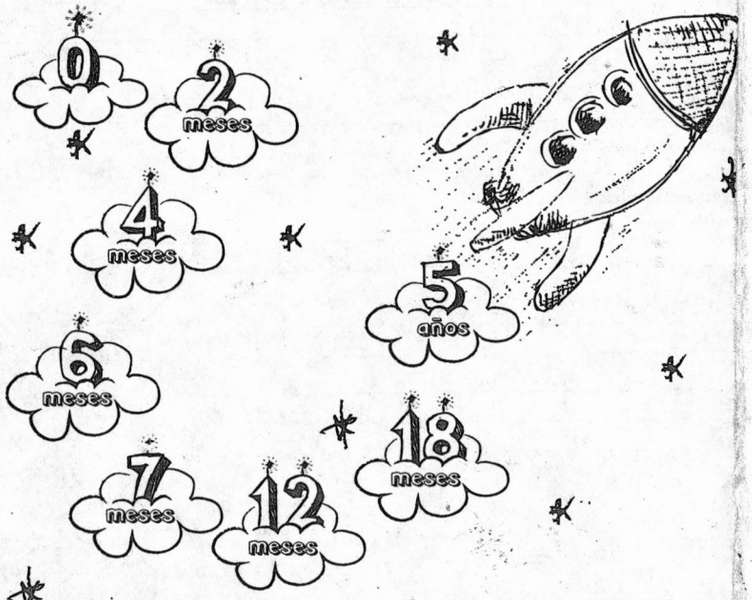
Valor reportado TSH:	
Fecha verificación:	
Profesional que verificó:	

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

17.
R/V

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Muñoz Bravo Shaselyn Karo
Fecha de nacimiento: 29 enero 2020
Nº de certificado de nacido vivo: 1618154276
Registro civil: 1122343492
Sexo: femenino
Grupo sanguíneo: ot
Peso al nacer: 2585 Sem 37+6 talla 48
Dirección: V. Esperanza
Teléfono: 3173400817
Responsable: Karen Elizabeth Bravo Rivales
Municipio de residencia: Dorada
Departamento: Putumayo
1006788669

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

Nombre: Yhoselyn karolina Muñoz Bravo — **Registro Civil:** NZ2343492

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	30 jul 20	Serum	037861BC	Hospital Pto Asis		Javier Ramirez
	Hepatitis B	Recién nacido	30 jul 20	Serum	032960060	Hospital Pto Asis		Javier Ramirez
2 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
	Polio (Oral - IM)	1ª	15-Octu-2020	Sanofi	RL38910	HFID		Leidy Guerrero
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	15-Octu-2020	Biological	2859X031B	HFID		Leidy Guerrero
	Rotavirus	1ª	15-Octu-2020	GSK	AROIC26300	HFID		Leidy Guerrero
	Neumococo	1ª	15-Octu-2020	GSK	ASPNB272	HFID		Leidy Guerrero
4 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
	Polio (Oral - IM)	2ª	14-DIC-2020	Sanofi	R348910	HFID	CITA!	Leidy Guerrero
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	14-DIC-2020	Biological	28594032	HFID	15 Diciembre 2020	Leidy Guerrero
	Rotavirus	2ª	14-DIC-2020	GSK	AROIC249	HFID		Leidy Guerrero
	Neumococo	2ª	14-DIC-2020	GSK	ASPNB272A	HFID		Leidy Guerrero
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.						15 Febrero 2020	
	Polio (Oral - IM)	3ª	22-04-2021	sanofi	RZ36891	HFID		Ana Delgado
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	22-04-2021	Biological	20504022	HFID		Ana Delgado
	Influenza	1ª	04-8-21	Sanofi	U3C131U	HFID	CITA	Paula C.
7 Meses	Influenza	2ª					29-Junio 2021	
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	04-08-21	Serum	2820X007A	HFID		Paula C
	Fiebre Amarilla	1ª	04-08-21	Sanofi	R3N09	HFID		Paula C
	Neumococo	Refuerzo	04-08-21	GSK	ASPNB308BA	HFID		Paula C
	Influenza	Anual	04-08-21	Sanofi	U3C13	HFID		Paula C.
	Hepatitis A	ÚNICA	04-08-21	MSD	T012958	HFID		Paula C
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1º Refuerzo	24-03-22	Serum	2850X09B	HFLD		Paula C.
	Polio (Oral - IM)	1º Refuerzo	24-03-22	Serum	1801P02	HFLD		Kelly J
5 Años	Polio (Oral - IM)	2º Refuerzo	15 Agosto-25	Biological	241300?	HFID		Kelly J
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2º Refuerzo	15-Agosto-25	Biological	221005Z4A	HFID		Mayely V
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo	28-4-23	Serum	0131N08A	HFID		
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª						
	VPH	2ª						
	VPH	3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis	Varicela SR		04-08-21	Serum	0129W219	HFID		Paula C.
	Varicela	Unica	24-03-22	Serum	0129W237	HFLD		Paula C
			15-Agosto-25	Merck		HFID		Kelly J

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir los niños durante los primeros 6 meses de vic
la lactancia materna y complementar con otros alim

Esta

GOBERNACIÓN DEL PUTUMAYO

Población objetivo en todo el territorio departamental

- Población infantil de 6 a 23 meses de edad
- Gestantes a partir de la semana 14 de embarazo
- Población mayor de 60 años
- Población con diagnóstico de riesgo de 24 meses a 59 años
- Talento Humano

San Miguel (la dorada Putumayo)- 31 mayo 2025

Señora:

PAULA CHATES

Coordinadora local del centro de desarrollo infantil frontera de paz

Cordial saludo:

Yo Nayely Patiño M Identificada CC 1006788792 madre del niño (a) Jhoselyn karolyna Moñoz identificado con RC _____

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

Atentamente:
Nayely Patiño M
Cc 1006788792
Celular: 3227087230

20
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 San Miguel. FECHA: DÍA 05 MES 05 AÑO 2025 HORA: 4:25 PM.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Jhoselyn Karolina APELLIDOS Muñoz Bravo

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ NÚMERO: 1122343492

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 29 MES: 07 AÑO: 2020 / EDAD: 4. años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Emssanar Tel: 3227081230

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: Nayely Patiño M

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

Nombres Nayely Apellidos Patiño

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1006788792

Firma: Nayely Patiño M.

En caso de requerirse firma a ruego:

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

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

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

de _____

Huella dactilar o plantar del Rogante

Firma del Rogado

C.C. N°

C.C. N°

Nombres y apellidos del vacunador:

Sanly Martinez Tec. Aux. en Enfermeria CC. No. 1122336822

Firma

Sanly Martinez Tec. Aux. en Enfermeria CC. No. 1122336822

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

Sanly Martinez Tec. Aux. en Enfermeria CC. No. 1122336822

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFUD

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Putumayo

MUNICIPIO: San Miguel.

Nota: Cuanto se trate de menores entre 16 y 18 años, deberá firmar el menor junto con unos de sus padres o su representante legal.

E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA
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: Joselyn Karolina Muñoz

Doc. de Identidad: RC 1122343492

EPS: Emssanar

Teléfono: 3115185619

Domicilio: B/ 7 Agosto

		PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) ó AÑOS (A)												
			5 DÍAS	1 M	2-3 M	4-5 M	6-8 M	9-11M	12-17M	18-23M	24-29M	30-35M	3 A	4 A	5 A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico													
		Atención en salud por medicina general													
		Atención en salud por enfermería													
		Atención en salud por Odontología													
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor													16-10-2025
		Profilaxis y remoción de placa													16-04-2026
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	V	Vacunación													

LILIANA MARIBEL CORDOBA
AUX. EN SALUD ORAL
RES. 0600[illegible]2011

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA	F2.P2.CE	15/07/2021
	FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN	Versión 4	Página 1 de 1

Autorización – Uso de la imagen de menor de edad:

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad Jhoselin Karolina Muñoz Bravo, identificado (a) con documento de identidad número 1.122343492 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 Glady Muñoz Patiño, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 64.030.392, 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: Glady Muñoz Patiño
Nombre: Glady Muñoz Patiño
Calidad - Titular: ____ Representante legal: ____
Teléfono de contacto: 3115185669 - 3227081230
Fecha: 1-04-2025
Municipio: San Miguel

¡Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

PACTO DE CONVIVENCIA MODALIDAD INSTITUCIONAL

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

DERECHOS Y DEBERES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

DERECHOS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

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

DEBERES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

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

DERECHOS Y DEBERES DE LOS PADRES DE FAMILIA

DERECHOS DE LOS PADRES DE FAMILIA

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

DEBERES DE LOS PADRES DE FAMILIA

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

(telefónico, mensajería y/o escrito).

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

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

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

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

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

PAOLA CHATES
Coordinadora pedagógica

EDDY PATRICIA LÓPEZ
Apoyo psicosocial

Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Agente educativa

Yhoselin

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 17181	Pago oportuno hasta:	06-FEB-2025	Mes Facturado
Factura Nro.	2036978238	Suspensión a partir de:	07-FEB-2025	ENERO 2025

1. Información General

Nombre: LUZ GLADIS MUÑOZ PATIÑO — Último pago $ 60,130 — 02-ENE-2025

Dirección: 7 DE AGOSTO — Tuve servicio de energía entre: 18-DIC-2024 - 18-ENE-2025 (31) — 27-ENE-20

Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Área	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Tarifa	División Geopolítica
SM1	S105	195	1	RESIDENCIAL	URBANA	1	.6	AEREA	EMPRESA	105	SAN MIGUEL - 7 DE AGOSTO

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 + Transmisión + Distribución + Comercialización + Pérdidas + Restricción = CU (\$/KwH)

455.53 + 58.19 + 257.19 + 122.51 + 63.32 + 4.36 = 961.10

2A. Información Medidor

Marca	Serial	Factor Múltiplo
APP	4604116259	1

2B. Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	8275	8112
Reactiva:		

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

2C. Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	163
Consumo Reactiva KVarh:	0
Costo del consumo $	156659.3
Tarifa (hasta 173 Kwh):	400.91
Subsidio: % 58.28 $	-91310.91
Contribución: % 0 $	0
Sub Total $	65348.39

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

2D. Consumo Ultimos 6 Meses

Mes	Consumo
2024/Dic	137
2024/Nov	142
2024/Oct	143
2024/Sep	158
2024/Ago	133
2024/Jul	126

Promedio: 140

2E. Información Calidad del Servicio

Tel. O.R. EEPB: 01 8000 942415
Transformador: SLD109 Grupo: 22
DIUG: 30.24 FIUG: 19 Circuito: C14
Cargo D: 254.70 Dscto %t: 20
CEC: 138.62
DIU: 106.24 FIU: 106.00
HC: 8.40 VC: 12.00
Valor a compensar: 14,122.35

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	156,659.30	0	0.00	156,659
SUBSIDIO	- 91,310.91	0	0.00	- 91,311
AJUSTE A SUBSIDIO	2,905.81	0	0.00	2,906
COMPENSACION RES.CREG_015/2018	- 14,122.35	0	0.00	- 14,122
AJUSTE A LA DECENA	- 0.85	0	0.00	- 1

5. Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP

54,131

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	9,279	0	9,279

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
54,131		9,279		6,000		0		69,410

CUFE:

c10fec97fa744d0f41a667fe16a6e767d3de5be488d09e669a071aa730acc4a984dd86b626d240338b87765e75287f87

(415)7709998005532(8020)1000203697823830(3900)0000069410(96)20250206

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

www.eebpsa.com.co @eebpsaesp /eebpsa

Fac. Electronica: EEBP 94195

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 Tecnologico: dispapeles S.A.S. NIT: 860028580-2 Software: fact-e

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

28 E/N

Ciudad La Dorada San Miguel.

Nombre completo de la niña o niño Jhoselyn Karolina Muñoz Bravo P1 HO

Fecha de nacimiento 29 07 2020 **N° Documento de Identidad** 1122343492

Sexo Masculino ○ Femenino ⊗ **Fecha de 1er día de atención en el año** Día 1 Mes 4 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Mayra R. Vega.

Fecha de registro cualitativo 2 7 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 Jhoselyn se caracteriza por ser cariñosa, respetuosa y colaboradora, Así mismo tiene un buen manejo corporal que le permite desenvolverse en una coreografía que le gusta es muy participativa ante el público. Además propone soluciones ante el juego con sus compañeros. Se continuará con las actividades pedagogicas planteadas.

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 10 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 Jhoselyn muestra más empatia y expresa sus ideas en el juego. ha desarrollado habilidades motrices que le permite desplazarse en diferentes espacios del medio que la rodea. Así mismo le encanta participar en bailes, dibujar escuchar cuentos y redactarlos, pintar y participar en diferentes actividades pedagógicas

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)*

29

ración itativa ⇨

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

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

SECRETARIA DE EDUCACIÓN DE PUTUMAYO
"Construyendo región con educación"

FORMATO DE INSCRIPCIÓN

Código: C03.0
Versión: 1.0

Macro proceso: C Gestión de la Cobertura Educativa

Fecha: 12-11-2025 No. De inscripción: Grado al que se inscribe: 0 Municipio: San Miguel E. Educativo I.E.T.C

DATOS DEL ESTUDIANTE

APELLIDOS: Muñoz Bravo NOMBRES: Jhoselyn Karolina

LUGAR DE NACIMIENTO: Puerto Asís FECHA DE NACIMIENTO: DÍA 29 MES 07 AÑO 2020

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

No. Documento 1122343492 EXPEDIDA EN San Miguel

CON QUIEN VIVE? Papá y Mamá ☐ Mamá ☐ Papá ☐ Abuelos ☒ Número de hermanos: 2

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

INSTITUCIÓN: PÚBLICA ☐ PRIVADA ☐ REPITENTE? SI ☐ NO ☐

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

NOMBRES

GRADO

GRADO

NOMBRE DE LA EPS A LA CUAL ESTÁ AFILIADO

DISCAPACIDADES: AUDITIVA ___ VISUAL___ MOTORA __ COGNITIVA ___ AUTIS

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

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

A QUE RESGUARDO PERTENECE? X

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

DPTO EXPULSIÓN MUNICIPIO DE EXPULSIÓN

NIVEL SISBEN A1 ESTRATO 1 ¿PERTENECE A FAMILIAS EN ACCIÓN? SI__

¿HIJO VETERANO FUERZA PÚBLICA? SI____ NO___

¿BENEFICIARIOS HÉROES DE LA NACIÓN? SI____ NO___

¿HIJO DE MADRE CABEZA DE FAMILIA? SI____ NO____

DATOS FAMILIARES

NOMBRE DEL PADRE O ACUDIENTE: C.C. No: DE OCUPACIÓN

NOMBRE DE LA MADRE O ACUDIENTE: Luz Gladys Muñoz Patiño C.C. No: 69030392 DE Valle del Guamuez OCUPACIÓN

DIRECCIÓN RESIDENCIA: BARRIO: 7 de Agosto VEREDA ZONA URBANA RURAL

TELÉFONO CASA 3227098230 TELÉFONO CELULAR PADRE: TELÉFONO CELULAR MADRE 3115185619 TELÉFONO TRABAJO

(SOLO EN CASO DE NO VIVIR CON SUS PADRES)
ACUDIENTE: Nayeli Patiño PARENTESCO TIA C.C. No: DE OCUPACIÓN Celular:

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

Luz Gladys Muñoz P.
FIRMA DEL PADRE DE FAMILIA o ACUDIENTE

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Jhoselyn Munoz **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Jardin 2 **AGENTE EDUCATIVO:** Mayra Vega

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

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)
15-9-2025	Se realiza el llamado a lista donde se evidencia que la niña no asiste a la unidad.	se realizo la llamada al padre y abuela la cual fue imposible de comunicarse pero se dejo un mensaje por medio whatsapp.		

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
16-09-2025	Se realiza llamada telefonica para conocer la inasistencia de la niña y la familia reporte que se encuentra en la finca, con cuidados ya que continua con cuadro gripal, el cual esta siendo tratado con remedios caseros y con proteccion del clima; se compromete a informar cualquier novedad. 17-9-2025. La madre llamo manifestando que la niña ya se encuentra un poco mejorcita de la gripa pero aun presenta tos. la cual le va ha prestar los cuidados en casa hasta mejorar.

32
RV

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Jhoselyn. **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Jardin 2 **AGENTE EDUCATIVO:** Mayra Vega

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

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)
1-8-25	La abuela llama a las 7am manifestando que no asiste la niña ya que se presento una cola mitad domestica y tienen que dirgir a la ciudad de Cali.	se realiza conversacion via de la cual expresa la abuela que la niña se encuentra bien de salud.		

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	4-8-2025. La madre llamo a las 7:00 am monitorando que ya estaba en Cali la niña se encuentra bien. el motivo es que falleció un sobrino, por esa razón tubo que desplazarse a la ciudad de Cali para ayudar a la hermana con las diligencias.

Fundación Alma de Vida — Fomentando caminos de esperanza — Mejoramiento, protección y desarrollo social

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Yoselyn Munoz **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Jardin 2 **AGENTE EDUCATIVO:** Mayra Vega

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

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)
29-7-2025	el dia. 29-7-2025 se le dio a conocer a la madre y tia que la niña tiene pendiente la cita de los 5 años de control y crecimiento y vacuna la cual la madre la llevo el 31 de al control	se le recomendo a la madre facilitar la copia pero se le presento una emergencia y no los pudo facilitar expreso la abuela. por medio de la llamada la cual estan pendientes la copia hasta el. dia que llegue del viaje. 4-8-2025 la madre facilita la documentacion solicitada		

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Jhoselyn. UNIDAD DE ATENCIÓN: Jardín 2 AGENTE EDUCATIVO: Mayra Vega

MUNICIPIO: San Miguel. FECHA DE INGRESO: 1 - 4 - 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)
18-7-2025	La madre envia un mensaje por medio whatsaphonifes-tando que la niña amane-cio con diarrea por ese. motivo no asiste.	Se le recomienda a la madre llevarla al medico.		

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	21-7-2025 la niña asiste normalmente a la vivienda.

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

Fundación Alma de Vida
Fortaleciendo caminos de esperanza
Salud mental, pedagogía y desarrollo social

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Jhoselyn Karolina Muñoz **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Jardín 2 **AGENTE EDUCATIVO:** Maymdejo

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)
29-5-2025	Siendo las 7H50m la madre Numo manifestando que por calamidad familiar (madre de un familiar) solicita permiso por el dia 29 y 30 de mayo.	Se le informa a la madre que de manera fisica presente un oficio para el soporte de la novedad.	3-6-2025 La niña asiste a la unidad sin novedad.		Nayely P.
1-7-2025.	La madre envia un mensaje por medio whatsapp solicitando permiso por el dia de hoy ya que la madre viene viajando con la niña, pero ma niña ya asiste. al cdi.		2-7-2025 el niño asiste a la unidad		Neyely P.

Fundación Alma de Vida — Fomentando caminos de esperanza — Salud mental, pedagogía y desarrollo social

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Yhoselin Muñoz **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Jardín 2 **AGENTE EDUCATIVO:** Mayra 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 abuela envió un mensaje vía whatsap manifestando que la niña amaneció con mucha tos	se le recomienda a la madre llevar la al hospital.	27-5-2025 la niña asiste. sin novedad de tos además la madre expreso que si le vuelve mucha tos que la llame.		Nayely Patiño
27-5-2025	la niña le falta la vacuna de la Influenza estacional de los 7 meses la cual se le informo a la madre.	se le recomendo a la madre que se acerque al hospital donde los vacunadores para que le revisen el carnet ademas que le pongan el motivo si la perdio.	a las 4pm se acerco la madre y expresa que le dijeron que estaba al dia el carnet además le anexaron una nota por que la niña perdio la vacuna de influenza. y facilita la copia la cual reposa en la carpeta.		Nayely Patiño