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: C01 Fronteras de Paz

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

Número de documento: 1122343532

Fecha nacimiento: 03 10 2020

Nombres: Eilyn Mariana **Apellidos:** lopez Zambrano

Presenta discapacidad? ( ) Si (X) No

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

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

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

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

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

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

Departamento residencia: Putumayo **Municipio de residencia:** San Miguel **Zona:** Urbana **Barrio:** B/ los pinos **Vereda:**

Sector: Urbano **Dirección:** aledo a la administrativa de E.I.C.

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: 1122342893

Nombres: Julieth Carolina **Apellidos:** lopez zambrano **País de nacimiento:** Colombia **Fecha nacimiento:** 28 07 1999

Correo electrónico: gloria zambrano474@gmail.com **Número de celular:** 3125484742 **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: Carolina lopez Carolina lopez

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:
EILYN MARIANA LOPEZ ZAMBRANO

N° DOCUMENTO: 1.122.343.532 **TIPO DOCUMENTO:** RC X CC ___ OTRO ___
FECHA DE NACIMIENTO: 3-10-2020 **EDAD:** 4 A. 5 MES
LUGAR DE NACIMIENTO: San Miguel la Dorada (Putumayo)

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: B1 **EPS:** Emssanar **RÉGIMEN (C)**__ **(S)** X
DESPLAZADO: SI___ NO X **DISCAPACIDAD:** SI___ NO X **¿CUAL?** _____
GRUPO ETNICO: SI___ NO X **¿CUAL?** _____
GRUPO AFROCOLOMBIANO: SI___ NO X **¿CUAL?** _____
NOMBRE DE LA MADRE: Julieth carolina lopez Zambrano
N° CÉDULA: 1.122.342.893 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Miguel la dorada
NOMBRE DEL PADRE: _____
N° CÉDULA: _____ **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** _____
N° DE CELULAR: _____
NOMBRE DEL ACUDIENTE: _____
N° CÉDULA: _____ **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** _____
DIRECCIÓN VIVIENDA: B/ los prados **ZONA POBLACIONAL:** (R)___ (U) X
NUMERO DE CELULAR 3224493017.

•Carolina lopez
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.122.343.532

Indicativo Serial 59304252

59304252

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] 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
LOPEZ	ZAMBRANO

Nombre(s): EILYN MARIANA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2020 Mes OCT Día 08	FEMENINO	A	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA PUTUMAYO SAN MIGUEL(LA DORADA)

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	161880573

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: LOPEZ ZAMBRANO JULIETH CAROLINA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.122.342.893	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:

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: LOPEZ ZAMBRANO JULIETH CAROLINA

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.122.342.893	Carolina Lopez

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 OCT Día 29	ROY EDISON CALLE QUIRAMA - REGIST Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

Adherido a Registro Civil 37209985-2

OFIXPRES 10038573

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REPRODUCCIÓN FOTOMECÁNICA ES FIEL COPIA DE EL ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURÍA

San Miguel (La Dorada) - Putumayo, 05 de septiembre de 2024
VALIDO PARA TRAMITES LEGALES Y CIVILES.

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACIÓN ELECTORAL

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

ROY EDISON CALLE QUIRAMA
Registrador Municipal del Estado Civil



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.122.342.893

LOPEZ ZAMBRANO

APELLIDOS

JULIETH CAROLINA

NOMBRES

Carolina lopez

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 28-JUL-1999

SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO

27-SEP-2017 SAN MIGUEL(LA DORADA)

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

ÍNDICE DERECHO

P-6401800-01100241-F-1122342893-20191001 0067971752A 1 9910173374

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

B1

Fecha de consulta: 25/03/2025

Ficha: 86757674952700003203

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: EILYN MARIANA

Apellidos: LOPEZ ZAMBRANO

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122343532

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 15/12/2022

Última actualización ciudadano: 15/12/2022

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARIA ZORAYDA LINARES MONTERO

Dirección: Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libertad

Teléfono: 4210537 - 3213138790

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

ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1122343532
NOMBRES	EILYN MARIANA
APELLIDOS	LOPEZ ZAMBRANO
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	03/10/2020	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/13/2025 13:56:08	**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.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como

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 1122343532
Apellidos:	LOPEZ ZAMBRANO
Nombres:	EILYN MARIANA
Ficha Sisben:	86757674952700003203
Nivel Sisben:	Nivel I
Grupo Sisben	B01
Tipo de discapacidad:	Ninguna
Plan de salud:	Régimen Subsidiado
Estado de servicio:	Vigente
Fecha de Afiliación:	03/10/2020
Departamento de Afiliación:	PUTUMAYO
Municipio de Afiliación:	SAN MIGUEL
Zona:	Urbana - Cabecera Municipal

IV - Afiliado cumple con metodología IV SISBEN.

IPS de atención de primer nivel

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

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

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

En constancia se firma el 20 de Abril de 2025 a solicitud del interesado.

JEFE COMERCIAL
EMSSANAR EPS SAS

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

CARNET DE CONTROL

Niño y Niña SANOS



Mis Datos

Nombres: EIYN MARIANA	Apellidos: LOPEZ ZAMBRANO
Fecha de Nacimiento: 3 DIA / 10 MES / 2020 AÑO	Historia Clínica: 1122343532
Barrio/Vereda: Blos Prados	Responsable del Niño: Juliet Zambrano.
Teléfono: 3224493017	EPS: 118

CITAS PROGRAMADAS

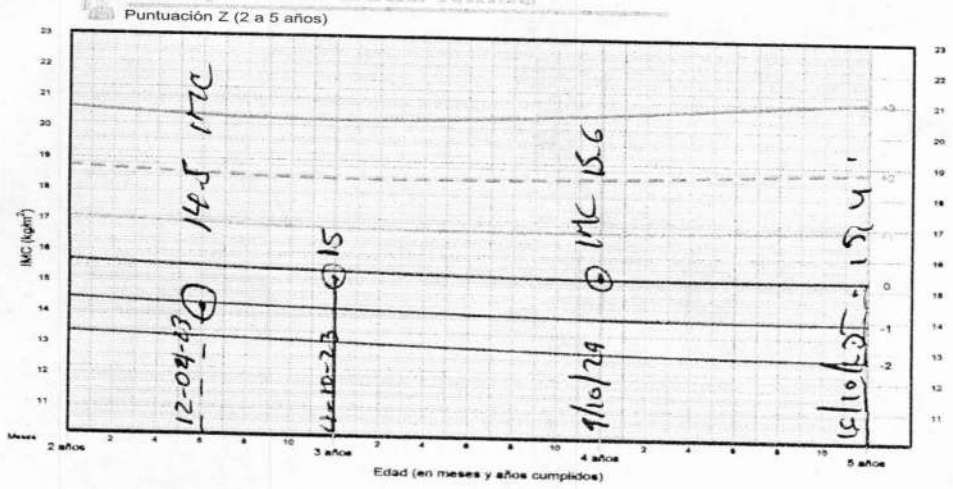
DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIO SI	ASISTIO NO
20	12	2020	x enf.		
4/Diciembre/2021			Control de Peso		
8	Enero	2021.	MD.		
03	febr	202 x	MD	SI	
11	Marzo	Control	Peso y Talla		
03	Abril	2021	Jefe		
	Junio	2021	JEFA.		
03.	dutio.				
3	oct.	2021	MD.		
		Control	Peso 15 Días		
			23-7-21		
5	04	2022	Medico		
05	octubre	2022	MD.		
08	Noviembre	2023	MD		
12	04	23	ENF	Si	
03	OCTUBRE	2023	MEDICO	Si	
04	Octubre	2024	Enf.	Si	
03	octubre	2025	Med		
16	10	2025	TLA	—	
05	10	2026.			

IMC (kg/m²)
Meses
Año

IMC (kg/m²)
Meses
Años

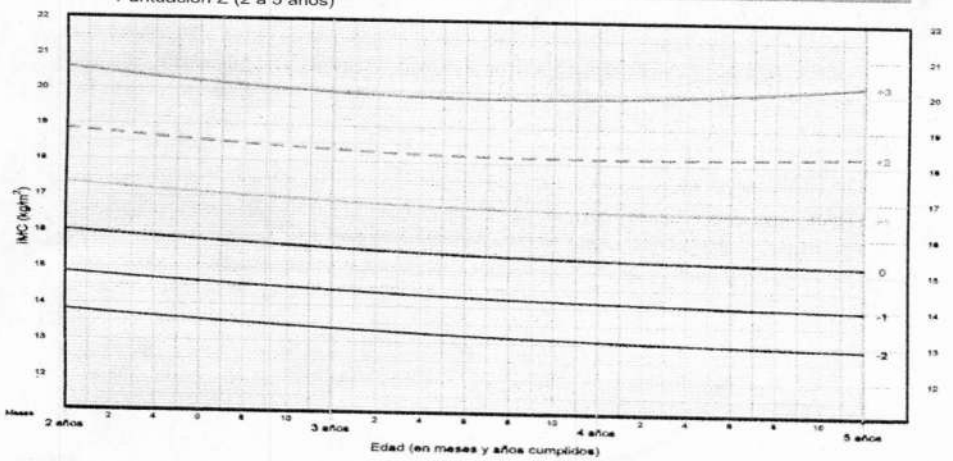
IMC para la Edad Niñas

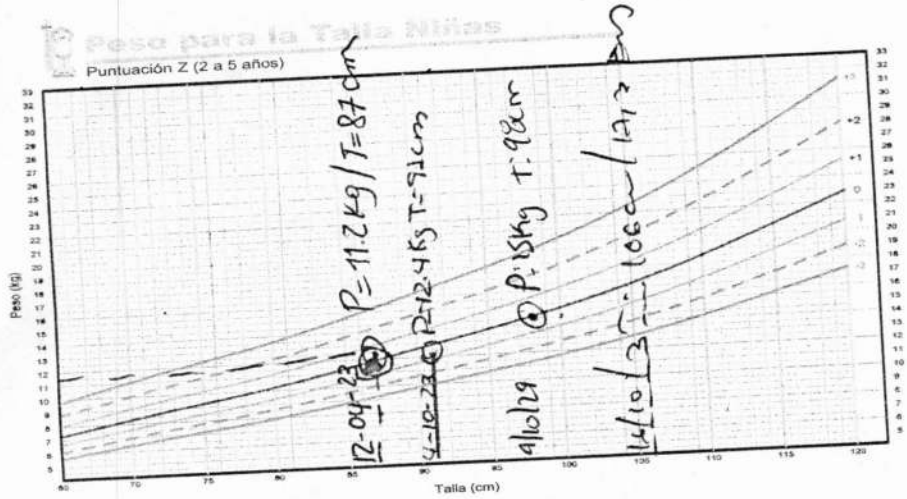
Puntuación Z (2 a 5 años)

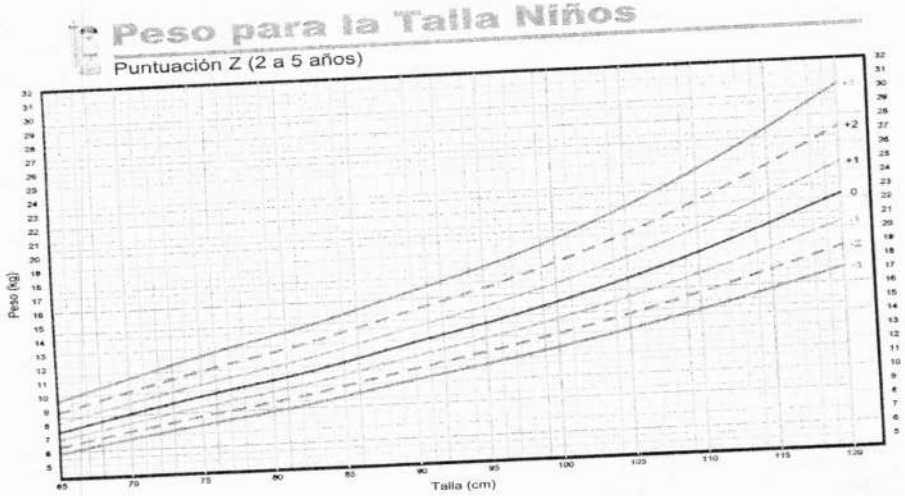


IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)

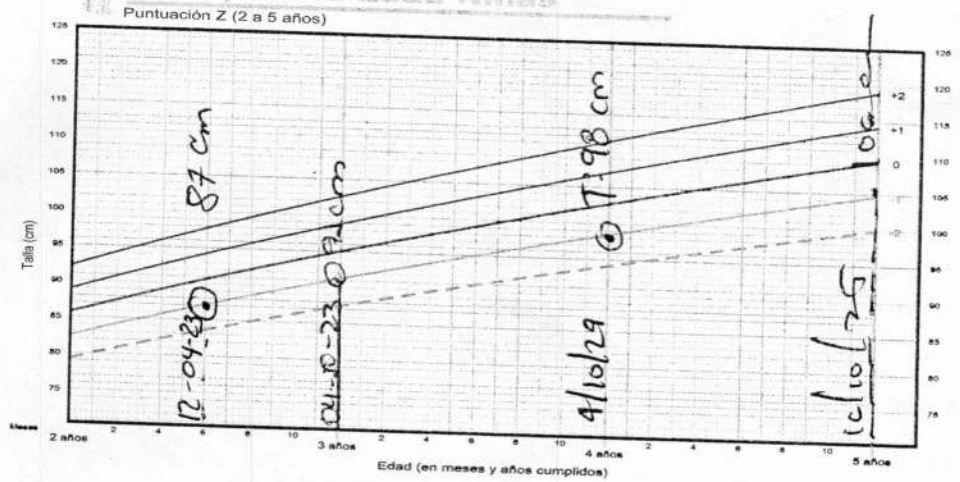



Peso para la Talla Niños
Puntuación Z (2 a 5 años)
Peso (kg)
Talla (cm)
+2
+1
0
12-04-23 P=11.2kg / T=87cm
4-10-23 P=12.4kg T=91cm
9/10/24 P:15kg T:98cm
14/10/25 T:106cm / 19,2 kg


Peso para la Talla Niños
Puntuación Z (2 a 5 años)
Peso (kg)
Talla (cm)
+2
+1
0

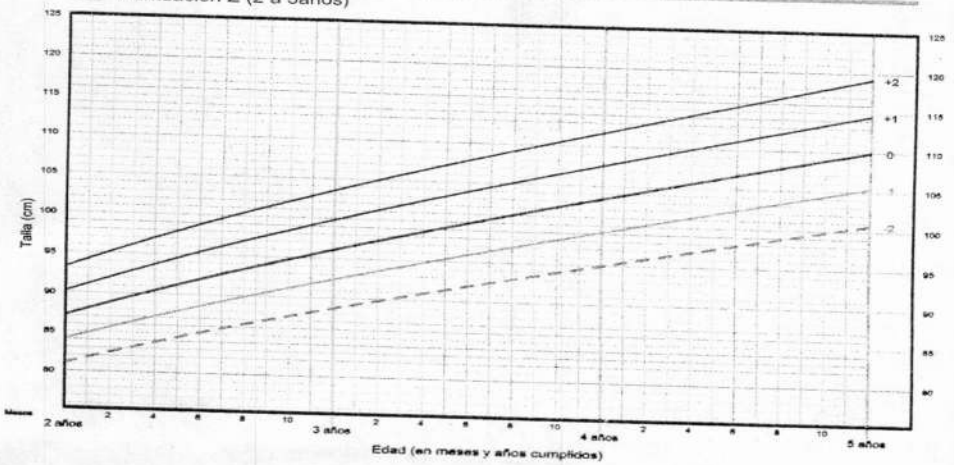
Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)

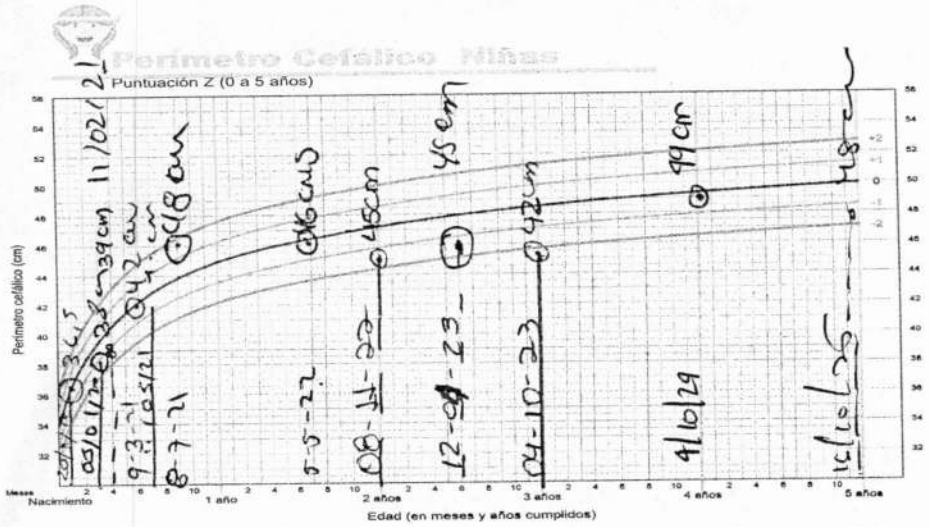


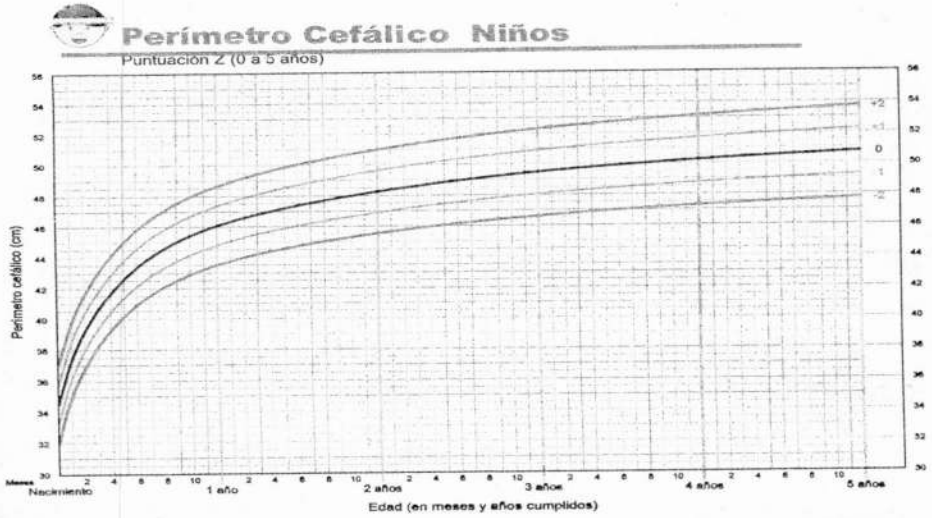
Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5años)

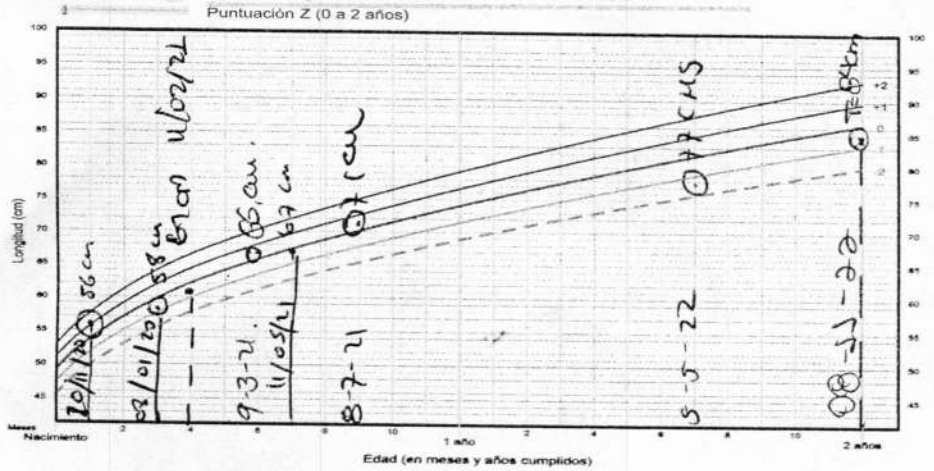


13
E/V

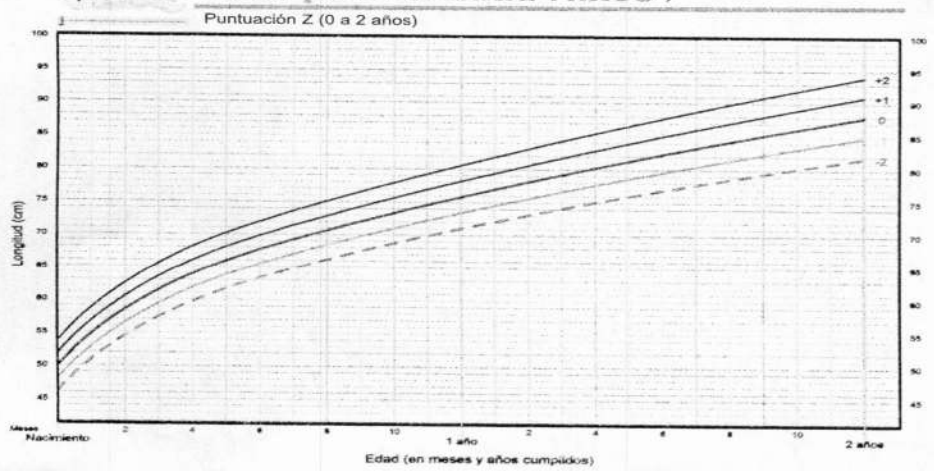

Perímetro Cefálico Niños
Puntuación Z (0 a 5 años)
Perímetro cefálico (cm)
Meses
Nacimiento
1 año
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)
+2
+1
0
-1
-2


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

Talla para la Edad Niñas



Talla para la Edad Niños



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

Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

:

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

CARTILLA RIAS

PRIMERA INFANCIA



E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA
Mi prioridad es tu salud

Nombres y Apellidos: Eylyn Mariana Lopez Zambrano
Doc. de Identidad: 1122743532
EPS: B/ los prados
Teléfono: 3125484742
Domicilio: Emssanar.

		PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) ó AÑOS (A)												
			5 DÍAS	1 M	2-3 M	4-5 M	6-8 M	9-11M	12-17M	18-23M	24-29M	30-35M	3 A	4 A	5A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico													
		Atención en salud por medicina general													
		Atención en salud por enfermería												4-10-24	
		Atención en salud por Odontología													
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor													02-04-2026
		Profilaxis y remoción de placa													02-04-2026
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	V	Vacunación													

Lizeth Jiménez Trujillo
Enfermera Profesional
Reg 22083
Universidad de Caldas

Proxima Control 3-octubre-2025

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

Anyi Pantoja L
ENFERMERA 16/10/25
Reg 1006788468

Agudeza visual 20/20 Normal 4-10-2024
Agudeza visual 20/20 normal 16/10/2025.

Proximo control 05/10/2026

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.

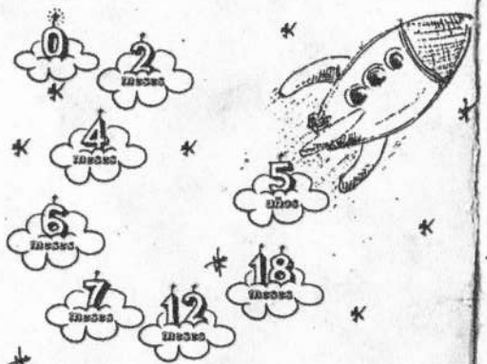
Valor reportado TSH:	
Fecha verificación:	
Profesional que verificó:	

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

de cero a siempre

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Gilyn Mariana Lopez
Fecha de nacimiento: 03 Oct 2020
Nº de certificado de nacido vivo: .....
Registro civil: 1122343532
Sexo: Femenino
Grupo sanguíneo: .....
Peso al nacer: 3100 talla: 50
Dirección: Los Prados
Teléfono: 3224493017
Responsable: Julieth Carlina Lopez
Municipio de residencia: San Miguel
Departamento: Arauca
1122342893

Recuerda:
Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

Scanned with CamScanner

Nombre: _____ Registro Civil: _____

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de Aplicación Día Mes Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día Mes Año	Nombre del Vacunador
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva	SI☐ No☐						
	Tuberculosis B.C.G.	Única	03/oct/2020	Serum	03396025	HFID		Daniela Ramos
	Hepatitis B	Recién nacido	03/oct/2020	Serum	0329Q006D	HFID	cita 03/Oct/2020	Daniela Ramos
2 Meses	Lactancia materna exclusiva	SI☐ No☐						
	Polio (Oral - IM)	1°	03-NOV-2020	SANOFI	R3L891U	HFID		Leidy Guerrero
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1°	03-NOV-2020	Biological	28594032	HFID		Leidy Guerrero
	Rotavirus	1°	03/NOV-2020	GSK	ASVNB270A	HFID		Leidy Guerrero
	Neumococo	1°	03-NOV-2020	GSK	AR01C248K	HFID		Leidy Guerrero
4 Meses	Lactancia materna exclusiva	SI☐ No☐						
	Polio (Oral - IM)	2°	03-FEB-2021	Sanofi	R3L891U	HFID	cita: 03-Feb 2021	Karen A.
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2°	03-Feb-2021	Biological	28594032	HFID		Karen A.
	Rotavirus	2°	03-Feb-2021	GSK	ASVNB274A	HFID		Karen A.
	Neumococo	2°	03-Feb-2021	GSK	AR01C241818	HFID		Karen A.
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.							
	Polio (Oral - IM)	3°	10 Abril 21	BLOGicals	20170041	HFID		Talya 6
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3°	10 Abril 21	Biological	28594031A	HFID		Talya 6
	Influenza	1°	2-11-2021	Serum	V8C13	HFID	cta. 3/oct/2021	Talya 6
7 Meses	Influenza	2° 1D	13-05-2022	Serum	VS0222008	HFID		Edwar I.
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1°	2-11-2021	Serum	0130N062A	HFID		Talya 6
	Fiebre Amarilla	1°	2-11-2021	Sanofi	R36891U	HFID		Talya 6
	Neumococo	Refuerzo	2-11-2021	GSK	ASVNB301EA	HFID		Talya 6
	Influenza	Anual	cita 13/JUNIO/2022					
	Hepatitis A	ÚNICA	2-11-2021	MSD	4012958	HFID		Talya 6
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1° Refuerzo	9-04-2022	Serum	28201009B	HFID	cita	Paula C
	Polio (Oral - IM)	1° Refuerzo	07-04-2022	Serum	1801P002	HFID	2/12/2021	Paula C.
5 Años	Polio (Oral - IM)	2° Refuerzo	15-OCT-25	Biological	2423003	HFID		Isabel M
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2° Refuerzo	15-OCT-25	Serum	2211005248	HFID	cita a los	Isabel M
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo	13-03-23	Serum	0161N20A	HFID	5 Año.	Karen A.
Niñas 9 Años o más	VPH	1°						
	VPH	2°						
	VPH	3°						
Vacunas complementarias y otras dosis								
	Varicela		2-11-2021	Merck	T026603	HFID		Talya 6
			15-OCT-25	Merck	2002923	HFID		Isabel M
	SR		9/11/2021	Serum	0129U224	HFID		Talya 6

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

CITA: 9 AÑOS CUMPLIDOS.

Scanned with

San Miguel (la dorada Putumayo)- 31 mayo 2025

Señora:

PAULA CHATES

Coordinadora local del centro de desarrollo infantil frontera de paz

Cordial saludo:

Yo Carolina lopez zambrano identificada CC 1122342893 madre del niño (a) Eilyn mariana lopez identificado con RC 1122343532

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.

Carolina López Zambrano

Atentamente:

Cc 1122342893

Celular: 3125484742

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 LA DORADA. FECHA: DÍA 02 MES 05 AÑO 2025 HORA: 04:07 PM.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES EIHN MARIANA APELLIDOS LOPEZ ZAMBRANO

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1122343532

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 3 MES: 10 AÑO: 20 / EDAD: 4 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE 118

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) No disponibilidad de biologico.

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

EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD

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

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

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

Firma de la persona: Juleth Carolina López

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

Nombres JULIETH CAROLINA Apellidos LOPEZ ZAMBRANO

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 1.122.342.893

Firma: Juleth Carolina López

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: Sandy Martinez Tecn. en Enfermería CC. No. 1122336822

Firma Sandy Martinez Tec. Aux. en Enfermería CC. No. 1122336822 Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número Sandy Martinez Tec. Aux. en Enfermería CC. No. 1122336822

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFD

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Putumayo MUNICIPIO: Sibundoy

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.

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Eilyn manana

Apellidos: Lopez zambrano

Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte No 1122343532

Fecha de nacimiento: Día 03 Mes 10 Año 2020

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única	30-03-22	2241w257.	Fedra G
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	DPT	IR 07-04-22	Fedra G
Otras		Polio	IR 07-04-22	Fedra G

Cita 9/4/2022.

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

Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

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

CARNET RIAS

PRIMERA INFANCIA



LA DORADA
Mi prioridad es tu salud

Nombres y Apellidos: Eylyn Mariana Lopez Zambrano
Doc. de Identidad: 1122743532
EPS: B/ Los prados
Teléfono: 3125484742
Domicilio: Emssanar.

PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS			FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) ó AÑOS (A)													
			5 DÍAS	1 M	2-3 M	4-5 M	6-8 M	9-11M	12-17M	18-23M	24-29M	30-35M	3 A	4 A	5A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico													
		Atención en salud por medicina general													
		Atención en salud por enfermería												4-10-24	
		Atención en salud por Odontología													
		Promoción y apoyo de la lactancia materna									Proximo control 3 octubre 2025				
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor													20-10-2025
		Profilaxis y remoción de placa													20-04-2026
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	>	Vacunación													

Lizeth Jimenez Trujillo
Enfermera Profesional
Reg 22083
Universidad de Caldas

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

Anyi Pantoja L
ENFERMERA 16/10/25
Reg 1006786468

Agudeza visual 20/20 Normal 4-10-2024
Agudeza visual 20/20 normal 16/10/2025.
Proximo control 05/10/2026

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 Eilyn Mariana Lopez Zambrano, identificado (a) con documento de identidad número 1122343552 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, Julieth carolina lopez, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1122342893, 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: Carolina lopez
Nombre: Carolina LOPEZ
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3125484742
Fecha: 7-04-2025
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

Huella del niño/niña

EMPRESA DE ENERGÍA DEL BAJO PUTUMAYO S.A. E.S.P.
Nit. 846.004.553-0 - NUIR: 3-86568000-7
Autorretenedor Res. 547 de 25/01/2002
Responsables de IVA

"Generamos Desarrollo con Energía"

Vigilado Superservicios

Codigo de Suscripcion	SM 11779	Pago oportuno hasta:	06-MAR-2025	Mes Facturado
Factura Nro.	2037007508	Suspensión a partir de:	07-MAR-2025	FEBRERO 2025

1 Información General

Nombre: CARLOS AUDELO LOPEZ — 12-FEB-2025 — Último pago $ 87,780

Dirección: BR LOS PRADOS — Tuve servicio de energía entre: 19-ENE-2025 - 19-FEB-2025 (31) — 25-FEB-20

Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Area	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Tarifa	División Geopolítica
SM1	S109	116	1	RESIDENCIAL	URBANA	1	6	AEREA	EMPRESA	105	SAN MIGUEL - LOS PRADOS

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

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	Serie	Factor Multiplic.
HRN	19[illegible]864	1

2B Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa	7363	7173
Reactiva		

DIFERENCIA DE LECTURAS

2C Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	190	
Consumo Reactiva KVarh:	0	
Costo del consumo $	190322.98	
Tarifa (hasta 173 Kwh):	402.74	
Subsidio: %	59.79$4	-103620.16
Contribución: %	0.$	0
Sub total $	86702.82	

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

2D Consumo Ultimos 6 Meses

Mes	Consumo
2025/Ene	191
2024/Dic	118
2024/Nov	58
2024/Oct	60
2024/Sep	30
2024/Ago	110

Promedio: 95

2E Información Calidad del Servicio

Tel. O.R. EEBP 01 8000 942415
Transformador: SLD103 Grupo 22
DIUG 30.24 DIUS 19 Circuito C14
Cargo D 257.19 Descuento 20
CEC 191.33
DIU 84.92 FIU 99.00
HC 1.16 VC 3.00
Valor a compensar 19,683.75

3 Información de Créditos EEBP

Tipo de Plan	Capital Crédito	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	190,323.00	0	0.00	190,323
SUBSIDIO	103,620.16	0	0.00	103,620
AJUSTE A SUBSIDIO	3,496.96	0	0.00	3,496
COMPENSACION RES CREG 015/2018	19,683.75	0	0.00	-19,684
AJUSTE A LA DECENA	4.03	0	0.00	4

5 Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP — 70,510

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	12,850	0	12,850

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 Libertad		6,000	0	0	0	0	0	6,000

Frecuencia Semana: 2 No Aprovechables: 3 Barrido: 3

8 Información Facturación Otros Convenios

Concepto	Empresa	Direccion 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	=	Debe pagar en Total
70,510		12,850		6,000		0		89,360

QUEPP:

a8ed84a6e84645d2d7c0c0ffa9ca626b47b08babd148ed8f24fe7fcefa4774d

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

www.eebpsa.com.co @eebpsaesp /eebpsa

Factura Electronica EEBP 122911

Resolucion de facturación electrónica DIAN No 18764083711301
de fecha 20/11/2024 desde No. 1 hasta No. 100000
vigencia: 20/11/2024

4 7099980056S2(8020)1000203700750820(3900)000008936O(96)20250306

Esta factura presta Mérito Ejecutivo de acuerdo a las Normas Financieras Civiles y Comerciales (Art. 422 Art. 1

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 26 E/V

Ciudad La Dorada San Miguel.

Nombre completo de la niña o niño Eilyn Mariana Lopez Zambrano P1 H0

Fecha de nacimiento 3 10 2020 **N° Documento de Identidad** 1122343532

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Mayra R Vega

Fecha de registro cualitativo 2 Mes 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 Mariana le gusta bailar y participó por en presentaciones al público sintiendose segura de lo que puede hacer. así mismo es cariñosa, atenta, colaboradora y perseverante ante algo que se le dificulta, hasta lograrlo. ayuda y propone soluciones ante dificultades que se presentan en el juego. se continuara con las actividades pedagógicas 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 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 Mariana ha desarrollado diferentes habilidades sociales que le permite compartir con los demás a negociar y a resolver pequeños conflictos, además a mejorado su coordinación al dibujar figuras más reconocibles, reconoce algunos colores en inglés y Español y formas, entiende concepto de uno o muchos.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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

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

Observaciones generales

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

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

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

SECRETARIA DE EDUCACIÓN DE PUTUMAYO "Construyendo región con educación"	FORMATO DE INSCRIPCIÓN	Página 1 de 1 Código: C03.03.F01 Versión: 1.0	
Macro proceso: C Gestión de la Cobertura Educativa			

Fecha: 04-11-2025 No. De inscripción: 12° Grado al que se inscribe: 0° Municipio: San Miguel E. Educativo I.E.R Agua Clara

DATOS DEL ESTUDIANTE

APELLIDOS: lopez zambrano NOMBRES: Eilyn Mariana

LUGAR DE NACIMIENTO: San miguel la dorada FECHA DE NACIMIENTO: DÍA 03 MES 10 AÑO 2020

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

No. Documento 1122343532 EXPEDIDA EN San Miguel la dorada

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

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 ____

NOMBRE DE LA EPS A LA CUAL ESTÁ AFILIADO Emssanar

DISCAPACIDADES: AUDITIVA ___ VISUAL___ MOTORA __ COGNITIVA ___ AUTISMO __ MÚLTIPLE ___ OTRO __

CUAL ____ TIPO DE SANGRE: A+ (Si presenta alguna discapacidad favor presentar certificado médico)

¿PERTENECE A UNA ETNIA? SI___ NO + ¿CUAL? ____ LENGUA MATERNA: ____

A QUE RESGUARDO PERTENECE? ____

NIVEL SISBEN B1 ESTRATO 1 ¿PERTENECE A FAMILIAS EN ACCIÓN? SI___ NO +

¿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: Carolina lopez zambrano C.C. No: 1122342893 DE San Miguel OCUPACIÓN Ama de casa

DIRECCIÓN RESIDENCIA: San Miguel BARRIO: los Prados VEREDA ____ ZONA URBANA X RURAL ____

TELÉFONO CASA ____ TELÉFONO CELULAR PADRE: ____ TELÉFONO CELULAR MADRE 3125484742 TELÉFONO TRABAJO ____

(SOLO EN CASO DE NO VIVIR CON SUS PADRES)

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

REQUISITOS: Fotocopia legible del documento de identidad – Fotocopia del carnet de salud – Fotocopia del carnet de vacunas hasta los nueve (9) años – Una fotografía 3x4.

Carolina lopez zambrano
FIRMA DEL PADRE DE FAMILIA o ACUDIENTE

José Luis Achicanoy
FIRMA Y NOMBRE LEGIBLE DE RECIBIDO POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO

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

29
R/V

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Mariana lopez **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Jardin 2 **AGENTE EDUCATIVO:** Mayra Vega

MUNICIPIO: _____ **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)
2-12-2025	la madre llamo a las 7:50 am y manifesto que la niña la llevo la abuela a la finca desde el viernes y que hoy no alcanzo a llevarla por que visita al CDI.	se le recomienda a la madre que se apegue con su real horario para que la niña no falte. a CDI		Carolina Lopez

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

3-12-2025 la niña asiste normalmente a la sala.

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Erlin Mariana Lopez **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Jardin 2 **AGENTE EDUCATIVO:** Mayra V.

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)
22-5-2025	Agente educativa realizo la respectiva revision de carpeta de la niña la cual se observo que le hacia falta la vacuna de la influenza estacional de los 12 meses.	se informa a la mudr que se acerque al hospital. siendo las 4pm. facilito la copia del carne de vacuna. con un papelito donde le expresa que el niño perdio la vacuna.		carolina lopez

37
DJV

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Mariana Lopez 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)
9-12-2025	la madre llamo a los 7:40am manifestando que tubo una calamidad familiar la cual tiene que desplazarse a la finca.lejana que se encuentra en la vereda quisita. pero mañana la niña ya asiste.	se le recomendo a la madre que se apoye de su red de apoyo para que la niña no falte al col.		carolina Lopez

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	10-12-2025 la niña asiste normalmente a la unidad. la cual x integra con sus compañeros.