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

Fecha de diligenciamiento: 1 | 04 | 2025

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

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

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

Unidad de Servicio sugerida: 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: 1122343612

Fecha nacimiento: 26 | 01 | 2021

Nombres: Thiago Eliel

Apellidos: Paso Acosta

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: Putomayo

Municipio de residencia: San Miguel

Zona: Urbano

Barrio: 7 de Agosto

Vereda:

Sector:

Dirección: Diagonal al Jardin mis tiernos amiguitos.

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: 1122341924

Nombres: Yamile

Apellidos: Acosta Meneses

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 10 | 3 | 1997

Correo electrónico: acostayami85@gmail.com

Número de celular: 3503621304

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: MEUSOEL PASO
MEUSOEL PASO

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Mayra Vega

Observaciones:

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Fundación Alma de Vida
Fortaleciendo semillas de esperanza

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:
THIAGO ELIEL PASU ACOSTA

N° DOCUMENTO: 1.122343.612 **TIPO DOCUMENTO:** RC X CC ___ OTRO ___
FECHA DE NACIMIENTO: 26-01-2021 **EDAD:** 4 AÑO 2 MES
LUGAR DE NACIMIENTO: PUERTO ASIS

NOMBRE DE LA UDS: CDI Fronteras de Paz
CODIGO UDS: 8675711269-12 **BARRIO/VEREDA:** B/ 7 de agosto
FECHA DE INGRESO: 7-04-2025 **FECHA DE RETIRO:** _____

SISBEN: B3 **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: Yamile Acosta Meneses
N° CÉDULA: 1.122.341.929 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Miguel
NOMBRE DEL PADRE: Meyjael Pasu Coicue.
N° CÉDULA: 1.122.340.358 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Valle del Guamuez
N° DE CELULAR: 350 362 1304
NOMBRE DEL ACUDIENTE: Miguel Pasu Coicue
N° CÉDULA: 1122340358 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Valle del Guamuez
DIRECCIÓN VIVIENDA: B. 7de Agosto **ZONA POBLACIONAL: (R)** ___ **(U)** X
NUMERO DE CELULAR 350 362 1304

MIGUEL PASU
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO

3

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO
Número: N 1220520

NUIP 1.122.343.612

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco X

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
PASU ACOSTA THIAGO ELIEL

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)			Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año 2021	Mes ENE	Día 26	MASCULINO	

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

Fecha de Inscripción (Mes en letras)			Indicativo serial
Año 2021	Mes FEB	Día 08	0061318357

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
ACOSTA MENESES YAMILE

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.122.341.929	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
PASU COICUE MEUJAEL

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.122.340.358	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
PASU COICUE MEUJAEL

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.122.340.358

Espacio para notas
VALIDO PARA TRAMITES LEGALES Y CIVILES

Datos de la oficina de registro que expide el certificado
País - Departamento - Municipio
COLOMBIA PUTUMAYO SAN MIGUEL(LA DORADA) — Código X62

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)
Año 2021 Mes FEB Día 08

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL 26208995-9

Nombre y firma del funcionario
ROY EDILSON CALLE QUIRAMA
Registrador del Estado Civil

subsi
esionar

3223609348

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.122.341.929**

ACOSTA MENESES
APELLIDOS

YAMILE
NOMBRES

Yamile Acosta Meneses
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-MAR-1997**
BOLIVAR
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

30-MAR-2015 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-6401800-00694537-F-1122341929-20150424 **0043977489A 2** 43763996

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.122.340.358**

PASU COICUE

APELLIDOS

MEUJAEL

NOMBRES

Meujael Pazu

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-JUL-1993**

VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

18-JUL-2011 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-6401800-00322747-M-1122340358-20110816 **0027**749897A 1 25662505

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta:	26/03/2025
Ficha:	86757032481900000041

B3

GRUPO SISBÉN IV

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: THIAGO ELIEL

Apellidos: PASU ACOSTA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122343612

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:	13/11/2017
Última actualización ciudadano:	01/03/2021
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

A1→A5 Pobreza extrema | B1→B7 Pobreza moderada | C1→C18 Vulnerabilidad | D1→D21 Ni pobre ni vulnerable

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	1122343612
NOMBRES	THIAGO ELIEL
APELLIDOS	PASU ACOSTA
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	26/01/2021	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/13/2025 13:51:20	**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

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 1122343612
Apellidos:	PASU ACOSTA
Nombres:	THIAGO ELIEL
Ficha Sisben:	86757032481900000041
Nivel Sisben:	Nivel I
Grupo Sisben	B03
Tipo de discapacidad:	Ninguna
Plan de salud:	Régimen Subsidiado
Estado de servicio:	Vigente
Fecha de Afiliación:	26/01/2021
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.

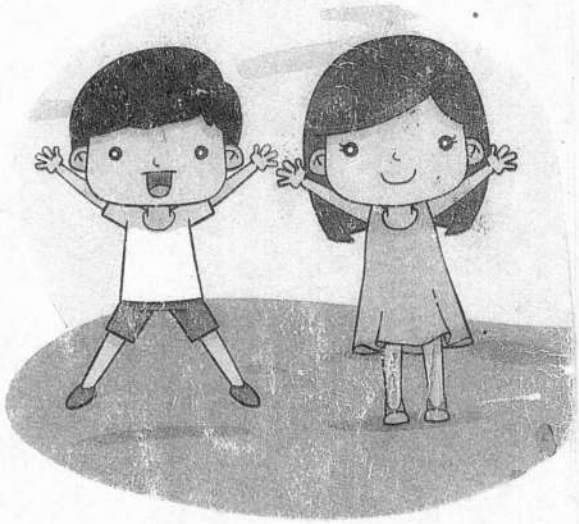
JEFE COMERCIAL
EMSSANAR EPS SAS

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.

CARNET DE CONTROL

Niño y Niña

SANOS



Mis Datos

NOMBRES: THIAGO ELIEL	APELLIDOS: PASU ACOSTA
FECHA DE NACIMIENTO: 26 DIA / 07 MES / 2021 AÑO	HISTORIA CLINICA: 1122343612
BARRIO / VEREDA: V/SAN CARLOS	RESPONSABLE DEL NIÑO:
TELEFONO: 3144887414	EPS: 118

CONDICIONES DEL NIÑO(A) AL NACER

Necesidad de reanimación: SI ☐ NO ☐

APGAR al minuto: _____ APGAR a los 5 minutos: _____

Peso: 3240 Talla: 48. Perímetro Cefálico: _____

Ictericia: _____ Antes de 24 horas: _____ Después de 72 horas: _____

¿Estuvo en fototerapia? SI ☐ NO ☐ ¿Donde? _____

Grupo sanguíneo: O+

Perímetro braquial

¿Estuvo hospitalizado? SI NO

¿Dónde? *UCI **UCE CUNA

¿Cuánto tiempo? _____

Diagnostico: _____

TSH: _____ Resultado: _____

ANTES DE SALIR DE LA CLINICA

¿Le aplicaron las vacunas? SI NO

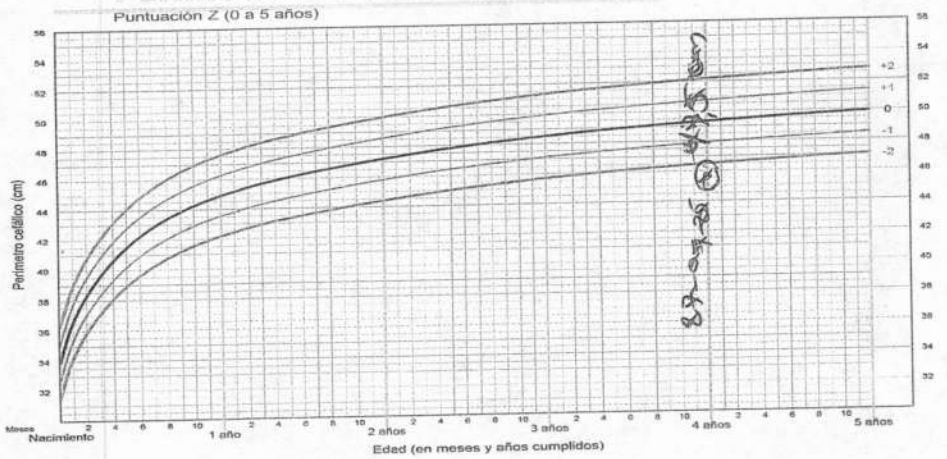
¿A qué tiempo de nacimiento comenzó la lactancia materna?

Antes de la hora SI NO

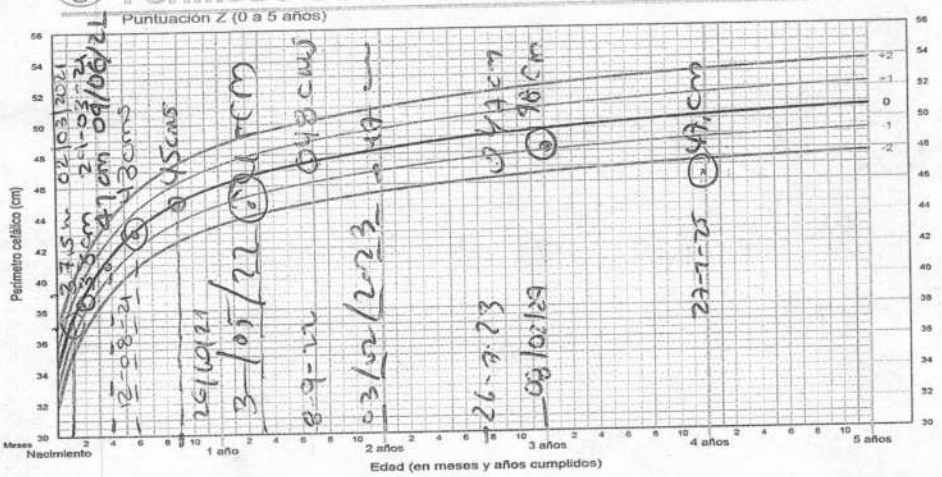
Después de la hora SI NO

Antes de salir de la clínica SI NO

Perímetro Cefálico Niñas

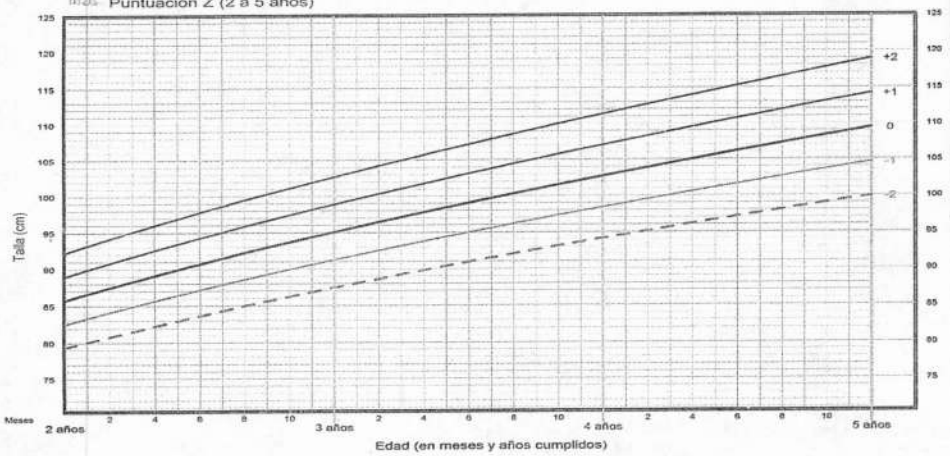


Perímetro Cefálico Niños



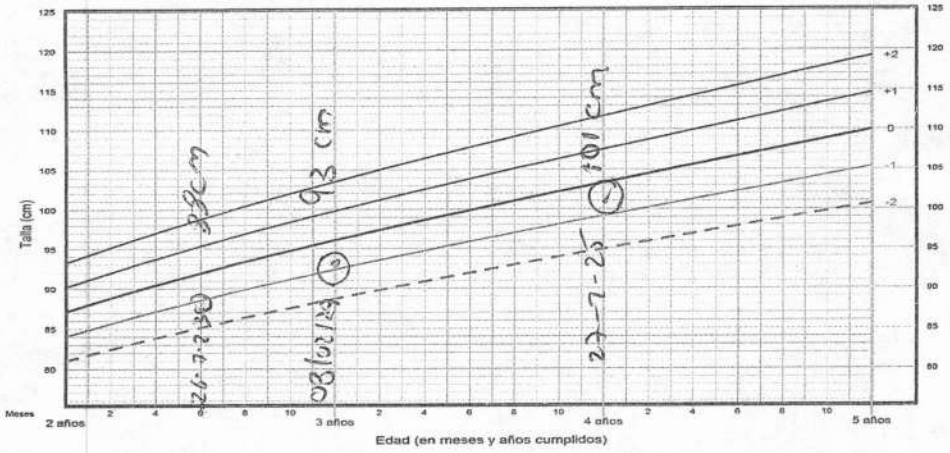
Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



Talla para la Edad Niños

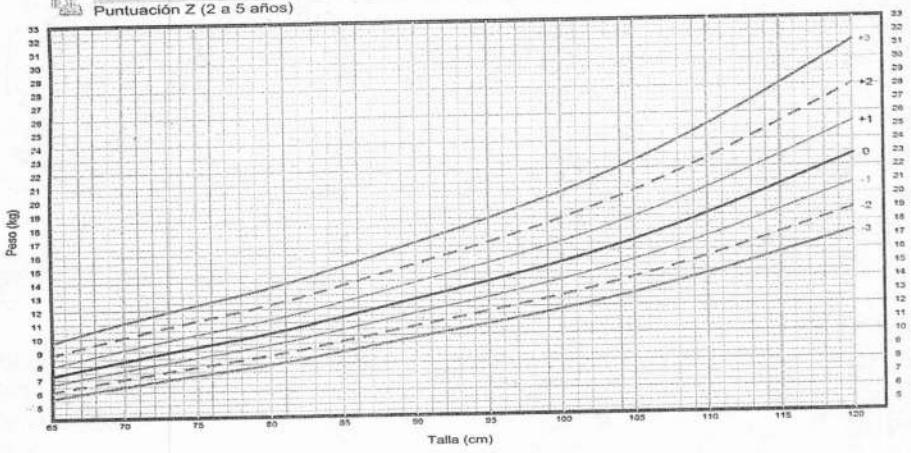
Puntuación Z (2 a 5años)



13

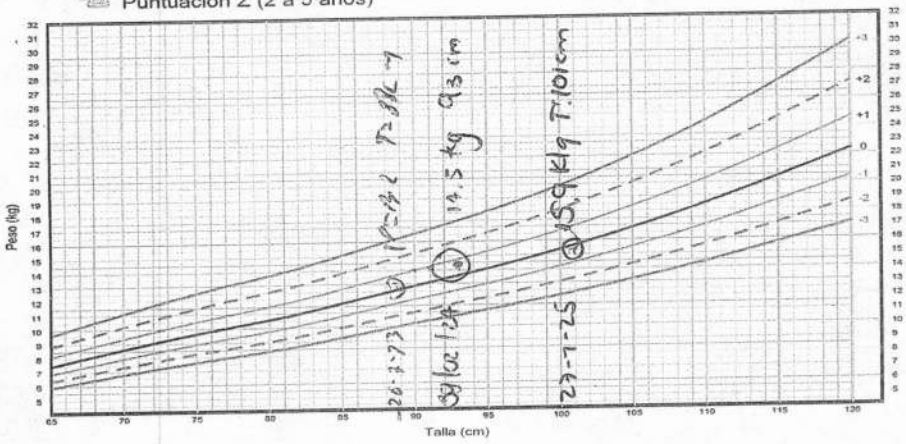
Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



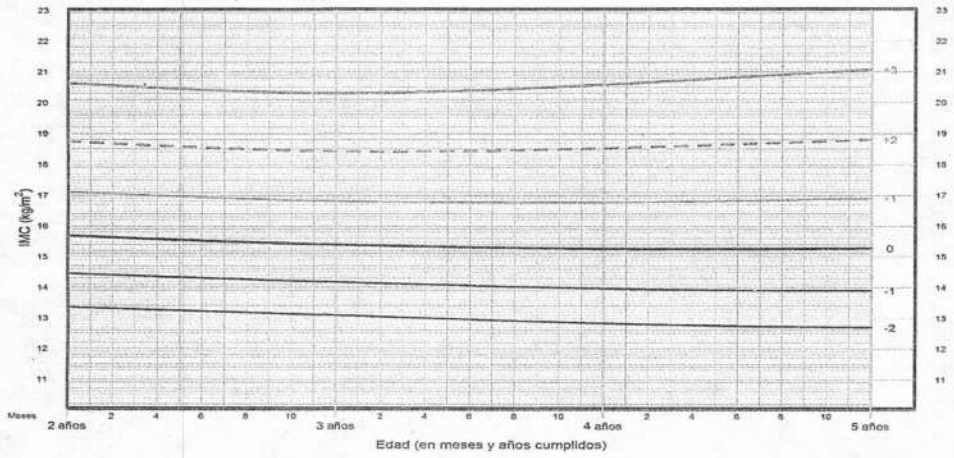
Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



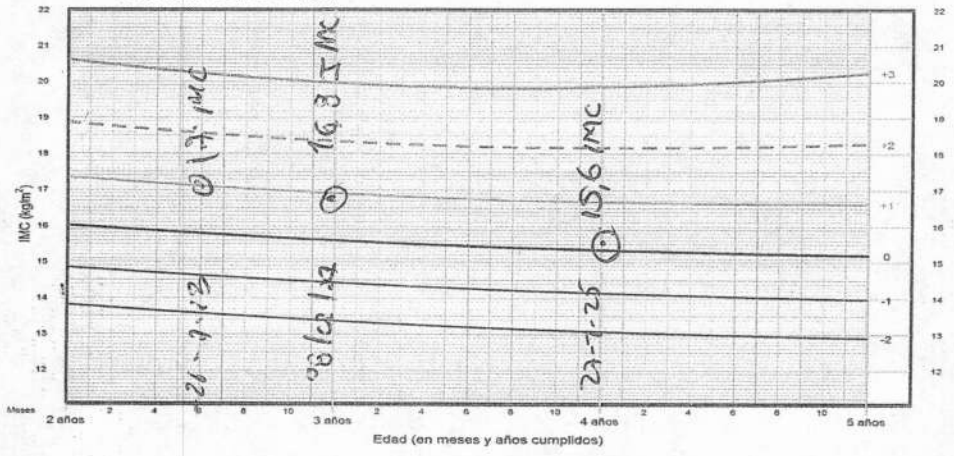
IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIO	
				SI	NO
07	ABRIL	2021	ENFERM.	✓	
29	Mayo	2021	Medico	✓	
26	Julio	2021	Enf	Si ✓	
26	Octubre	2021	Enfermera	✓	
26	Abril	2022	Médico	✓	
03	06	2022	enf		
03	08	2022	Medico		
27	Enero	2023	Medico		
26	07	2023	Enf	Si ✓	
26	01	2024	Medico	✓	
28	07	2025	Enfermera	Si ✓ Malena C	
26	07	2026	Medico		

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: Thiago Eliel Paso Acosta

Doc. de Identidad: 1122343612

EPS: Emssanar

Teléfono: 3503621304

Domicilio: B/ los prados

		PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) ó AÑOS (A)												
			5 DÍAS	1 M	2-3 M	4-5 M	6-8 M	9-11M	12-17M	18-23M	24-29M	30-35M	3A	4A	5A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico													
		Atención en salud por medicina general													
		Atención en salud por enfermería												27-1-2025	
		Atención en salud por Odontología							Proximo control			26-Enero 2026			
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor												25-04-2025	
		Profilaxis y remoción de placa												25-10-2025	
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	>	Vacunación													

Lizeth Jiménez Trujillo
Enfermera Profesional
Reg. 22083
Universidad de Caldas

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

Agudeza visual 20/20 normal 27-1-2025.

Nombre: _____ Registro Civil: _____ 17 R/v

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	28. ENE. 21	Serum I.I	0370C008	H. local pto Asis		Fabiola Soto
	Hepatitis B	Recién nacido	28. ENE. 21	Serum I.I	032Q002A	H. local pto Asis		Fabiola Soto
2 Meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐							
	Polio (Oral - IM)	1ª	05-04-21	Serum	R3L891	HFID		Dennis Narvaez
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	05-04-21	Serum	2850Y01B	HFID		Dennis Narvaez
	Rotavirus	1ª	05-04-21	GSK	ARCLC369A	HFID		Dennis Narvaez
	Neumococo	1ª	05-04-21	GSK	ASPNB2ERAB	HFID		Dennis Narvaez
4 Meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐							
	Polio (Oral - IM)	2ª	09-06-2021	Serum	1850P012	HFID		Talya b
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	09-06-2021	Serum	2850Y01B	HFID		Talya b
	Rotavirus	2ª	09-06-2021	GSK	ARCLC369AA	HFID		Talya b
	Neumococo	2ª	09-06-2021	GSK	ASPNB228AB	HFID		Talya b
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.							
	Polio (Oral - IM)	3ª	09-08-21	Sau	2017OC4	HFD		Ana Laguado
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	09-08-21	Biolo	2850Y01B	HFID		Ana Laguado
	Influenza	1ª	09-08-21	Sau	U3C131	HFID	CITA.	Ana Laguado
7 Meses	Influenza	2ª	14-09-21	Sau	Y3C131	HFD	09-09-21	Ana Laguado
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	1-3-2022	Serum	D130N113B	HFID		Talya b
	Fiebre Amarilla	1ª	1-3-2022	Sanofi	T3624	HFID	CITA.	Talya b
	Neumococo	Refuerzo	1-3-2022	GSK	ASPNB315BA	HFID	26-01-2022	Talya b
	Influenza	Anual	13-07-2022	Green	VS022008	HFID		Karen A
	Hepatitis A	ÚNICA	1-3-2022	MSD	T03626	HFID		Talya b
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1° Refuerzo	16-8-2022	Serum	2820K009B	HFID		Karen A
	Polio (Oral - IM)	1° Refuerzo	16-8-2022	Serum	1801P018	HFID		Karen A
5 Años	Polio (Oral - IM)	2° Refuerzo						
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2° Refuerzo		cita 5 AÑOS.				
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo						
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª						
	VPH	2ª						
	VPH	3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis			Varicela 1-3-2022	Merck	U0006722	HFID		Talya b
			Sarampion y Rubeola 12-01-2022		0121NOS3	HFID		Karen A

Estas vacunas son gratuitas

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

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.

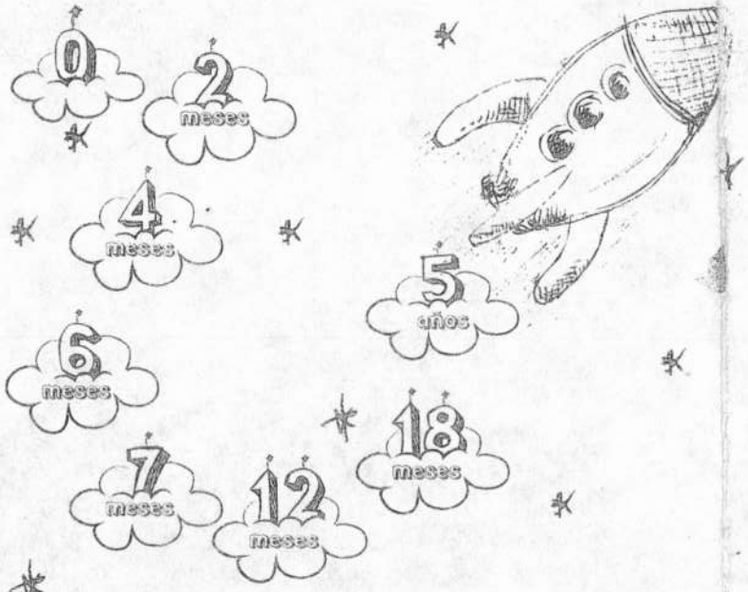
Valor reportado TSH:	
Fecha verificación:	
Profesional que verificó:	

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: Paso Acosta Thiago
Fecha de nacimiento: 26 ENE 2021
Nº de certificado de nacido vivo: 164016491
Registro civil: 1122361361
Sexo: Masculino
Grupo sanguíneo:
Peso al nacer: 3.240 Sem. 36
Dirección:
Teléfono:
Responsable: Yamile Acosta
Municipio de residencia: San Miguel
Departamento: Putumayo

1.129.341.929

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

19
E/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 15 MES 4 AÑO 2025 HORA: 10.42 am

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Thiago Eliel APELLIDOS Paso Acosta

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [x] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1122343612

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 26 MES: 01 AÑO: 2021 EDAD: 4 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE emssanar cel. 3503621304

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) Bl los prados

No esta deacuerdo con la Vacuna

¿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 [ ] Ninguno
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: Yamile Acosta M

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

Nombres Yamile Apellidos Acosta Menses

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 1122341929

Firma: Yamile Acosta 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: Nora Yeca Rodriguez

Firma Nora Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 41125510

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): H. f. L D

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: Thiago Eliel Paso Acosta

Doc. de Identidad: 1122343612

EPS: Emssanar

Teléfono: 3503621304

Domicilio: B/ los Pinos

		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	4A	5A
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				Próxima								27-1-2025	
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor												25-04-2025	
		Profilaxis y remoción de placa												25-10-2025	
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	>	Vacunación													

Lizeth Jiménez Trujillo
Enfermera Profesional
Reg. 22083
Universidad de Caldas

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

Agudeza visual 20/20 normal 27-1-2025.

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 Thiago Eliel Pasu, identificado (a) con documento de identidad número 1122343612, 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, Meujael pasu, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1122340.358, 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 d 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: MEUJAEL PASU
Nombre: MEUJAEL PASU
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3223609348
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

Yamile Acosta M.
Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Agente educativa

Thiago
Huella del niño/niña



25
DV

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 10549	Pago oportuno hasta:	08-ENE-2025	Mes Facturado
Factura Nro.	2036944395	Suspensión a partir de:	09-ENE-2025	DICIEMBRE 2024

1. Información General

Nombre:	RAMON EMILIO ACOSTA ILES	Último pago	02-DIC-2024	$ 23.780	Fecha de Expedición
Dirección:	BR LOS PRADOS	Tuve servicio de energía entre:	19-NOV-2024 - 19-DIC-2024 (30)		26-DIC-20

Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Área	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Tarifa	División Geopolítica
SM1	S109	243	1	RESIDENCIAL	URBANA	1	.6	AEREA	EMPRESA	105	SAN MIGUEL - LOS PRADOS

2.Información Consumo Energía

Componentes del Costo (CU)*: Generación 453.29 + Transmisión 55.37 + Distribución 254.70 + Comercialización 121.02 + Pérdidas 62.32 + Restricción 8.41 = CU 955.10 ($/KwH)

2A.Información Medidor

Marca	Serial	Factor Multiplo
KRI	10058425	1

2B.Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	11105	11054
Reactiva:		

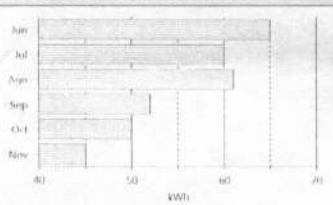
Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

2C.Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	51	
Consumo Reactiva KVarh:	0	
Costo del consumo $	48710.1	
Tarifa (hasta 173 Kwh):	399.83	
Subsidio: %	58.1374	-28318.79
Contribución: %	0 $	0
Sub Total $	20391.31	

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

2D.Consumo Ultimos 6 Meses



Promedio: 56

2E.Información Calidad del Servicio

Tel. O.R. EEPB 01 8000 942415
Transformador SLD120 Grupo 22
DIUG 30.24 FIUG 19 Circuito C14
Cargo D 243.94 Dscto %t 18
CEC 46.19
DIU 68.94 FIU 83.00
HC 15.32 VC 22.00
Valor a compensar 4,055.96

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	48,710.10	0	0.00	48,710
SUBSIDIO	-28,318.79	0	0.00	-28,319
AJUSTE A SUBSIDIO	816.84	0	0.00	817
COMPENSACION RES.CREG_015/2018	-4,055.96	0	0.00	-4,056
AJUSTE A LA DECENA	3.19	0	0.00	3

5.Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP 17,149

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	2,941	0	2,941

7.Información Facturación Convenio Aseo y Alcantarillado

Concepto	Empresa	Dirección PQR	Valor Tarifa	Subsidio o Factor Solidario	Saldo Anterior	Valor Total
Alcantarillado			0	0	0	0
Aseo*	Alcaldia San Miguel	Cra 4 Cll 7 Esq B/La Libertad	6,000	0	0	6,000

* 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
17,149		2,941		6,000		0		26,090

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

(415)7709998005532(8020)100020369443959O(3900)000026090(96)20250108

CUFE:

Fac. Electronica: EEBP 66906

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

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

27 p/v

p1 #0

Ciudad La Dorada San Miguel.

Nombre completo de la niña o niño Thiago Eliel Posu Acosta

Fecha de nacimiento 26 01 2021 **N° Documento de Identidad** 1122343612

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Maura Rocio Vega

Fecha de registro cualitativo 14 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 Thiago. se caracteriza por ser respetuoso compañerista y colaborador. Además ayuda a resolver problemas en el juego. así mismo escucha activamente y respeta los opiniones de los demás. Además demuestra alegría en el trabajo en equipo. y ayuda a motivarlos en la participación. se continuará fortaleciendo en las actividades 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 3 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 Thiago. es muy cariñoso, además ha desarrollado habilidades de autonomía, el lenguaje es complejo y la capacidad para interactuar socialmente con reglas simples de los juegos. muestra empatía y expresa sus emociones.

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

28
R/V

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Thiago E. Paso Acosta **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Jardín 2 **AGENTE EDUCATIVO:** Mayra Vega

MUNICIPIO: _____ **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)
4-8-2025	La madre se acerca a la unidad a las 8am con el niño y manifiesta que esta con un brote en la cabeza, cara y pecho la cual son unos granitos que se le estan regando por el cuerpo.	se le recomienda a la madre que lo lleve al medico, Ademas se observo el apoyo en Salud y Nutrición la cual le hizo la misma recomendación con el fin de evitar un contagio.		Yamile Acosta M.

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	siendo las 10am la madre llamo y manifesto que lo llevo al medico y que le dijo que no era contagioso ademas le esta suministrando una crema y antibiotico que le dio el medico. para que se cure los granitos. 5-8-2025 el niño asiste alla vivienda la cual presenta granos. en su cara y pecho y cabeza.

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Thiago Eliel Pasu. **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)
29-5-2025	la madre envia por medio whatsap un mensaje manifestando que el niño amaneció con fiebre y que lo tiene en el hospital a ver si lo atiende.	Se le recomienda a la madre que nos informe sobre el estado de salud del niño.	la madre me envio una fotografia del niño que se encuentra hospitalizado. ya que no le vajaba la fiebre. se remite a la nutricionista y coordinadora		Yamile A.
			30-5-2025. la madre envia la foto de la formula con diagnostico de amigdalitis. y rinofaringitis ademas le esta suministrando Amoxicilina, Nistatina y actomenofen. y recomendaciones de cuidado en casa 3-6-2025 el niño asiste sin novedad de salud.		Yamile A.

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
29-05-2025	El equipo interdisciplinario realiza Seguimiento al niño, por la situación que Presenta en cuanto su salud, nos acercamos en horas de la mañana al hospital Fronteriza la Dorada, Por el área de urgencias, donde al Preguntar por el niño la enfermera refiere que no se encuentra hospitalizado; Por ello se realiza llamada a la madre de familia, donde nos da a conocer que cuando llevo al niño al hospital no presentaba Fiebre, Por que le habia suministrado acetaminofen y que Por este motivo el medico de turno no lo atendio y le dijo que agendara cita Por consulta externa, ya en horas de la noche cuando ya estaba en casa, el niño Presenta nuevamente Fiebre, y la lleva nuevamente al hospital, donde es atendido y dejado en el area de observación, le realizan toma de examenes para conocer el diagnostico de su fiebre; el niño es hospitalizado toda la noche y al día siguiente le fueron leidos los examenes donde madre refiere que salieron bien y que Por este motivo le dan alta salida a las 9:am.
3-6-2025	para los días 30, 31 de mayo y 1, 2 de junio se realizan llamados telefonicos a la madre de familia, para saber como sigue el niño de su estado de Salud, donde la madre refiere que el niño se encuentra recuperado y que el día 3 de junio lo llevara a la unidad de atención. para este día el niño asiste a la unidad de atención, a simple vista el niño se observa bien de salud, rie, juega e interactua con sus pares y con la agente educativa. Apoyo psicosocial

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: 27-11-2025 No. De inscripción: Grado al que se inscribe: 0 Municipio: S. Miguel E. Educativo

DATOS DEL ESTUDIANTE

APELLIDOS: Pasu Acosta NOMBRES: Thiago Eliel.

LUGAR DE NACIMIENTO: Puerto Asis FECHA DE NACIMIENTO: DÍA 26 MES 01 AÑO 2021

Genero: M [X] F [ ] EDAD: 4 años Tipo de Documento: RC [X] TI [ ] CC [ ] PE [ ] CE [ ] Cer. Cab. [ ] NES [ ]

No. Documento 1122343612. EXPEDIDA EN San Miguel.

CON QUIEN VIVE? Papá y Mamá [X] Mamá [ ] Papá [ ] Abuelos [ ] Número de hermanos: 1

PROVIENE DE OTRA INSTITUCIÓN EDUCATIVA? SI [ ] NO [X] ¿CUAL?

INSTITUCIÓN: PÚBLICA [ ] PRIVADA [ ] REPITENTE? SI [ ] NO [ ]

TIENE HERMANOS ESTUDIANDO EN ESTE ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO?: SI [X] NO [ ]

NOMBRES Freimar Dario Pasu Acosta. GRADO 4° A.

GRADO

NOMBRE DE LA EPS A LA CUAL ESTÁ AFILIADO Emsanar.

DISCAPACIDADES: AUDITIVA ___ VISUAL___ MOTORA __ COGNITIVA ___ AUTIS

CUAL TIPO DE SANGRE: (Si presenta alguna discapacidad

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

A QUE RESGUARDO PERTENECE?

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

DPTO EXPULSIÓN MUNICIPIO DE EXPULSIÓN

NIVEL SISBEN ___ ESTRATO ___ ¿PERTENECE A FAMILIAS EN ACCIÓN? SI___

¿HIJO VETERANO FUERZA PÚBLICA? SI___ NO X

¿BENEFICIARIOS HÉROES DE LA NACIÓN? SI___ NO X

¿HIJO DE MADRE CABEZA DE FAMILIA? SI___ NO X

DATOS FAMILIARES

NOMBRE DEL PADRE O ACUDIENTE: Meyjael Pasu Collaz C.C. No: 1122340358 DE San Miguel OCUPACIÓN Of. varios

NOMBRE DE LA MADRE O ACUDIENTE: Yamile Acosta Meneses C.C. No: 1122341929 DE San Miguel OCUPACIÓN Am. Casa

DIRECCIÓN RESIDENCIA: La Dorada. BARRIO: Los Prados VEREDA ZONA URBANA X RURAL

TELÉFONO CASA TELÉFONO CELULAR PADRE: 3B8449458 TELÉFONO CELULAR MADRE 3503621304 TELÉFONO TRABAJO

(SOLO EN CASO DE NO VIVIR CON SUS PADRES)

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

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

Yamile Acosta M.

FIRMA DEL PADRE DE FAMILIA o ACUDIENTE

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