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: 05 | 08 | 2025

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

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

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

Unidad de Servicio sugerida: CDI Fronteras de paz

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

Número de documento: 1122344019

Fecha nacimiento: 12 | 06 | 2022

Nombres: Thiago

Apellidos: Contreras

Presenta discapacidad? ( ) Si (●) No

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

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

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

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

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

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

Departamento residencia:

Municipio de residencia:

Zona:

Barrio:

Vereda:

Sector:

Dirección:

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

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

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

Número de documento: 1122341747

Nombres: Jenny

Apellidos: Socarrás

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 25 | 10 | 1996

Correo electrónico:

Número de celular: 3127973077

Número de fijo:

AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

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

Nombre y Firma del padre, madre y/o cuidador:

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Leidy C.

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:

Thiago David Contreras Sucerquia

Nº DOCUMENTO: 1122344019 **TIPO DOCUMENTO: RC** X **CC** ___ **OTRO** ___

FECHA DE NACIMIENTO: 12-Junio-2022 **EDAD:** 3 años- 2 meses

LUGAR DE NACIMIENTO: Mocoa

NOMBRE DE LA UDS: CDI Fronteras de paz
CODIGO UDS: 867571137386 **BARRIO/VEREDA:** B/ la Floresta
FECHA DE INGRESO: 5-Agosto 2025 **FECHA DE RETIRO:** ___

SISBEN: ___ **EPS:** Fogma **RÉGIMEN (C)** X **(S)** ___

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: Jenny Marcela Sucerquia Juagiboy

Nº CÉDULA: 1122341747 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Sibundoy

NOMBRE DEL PADRE: Oscar Fernando Contreras Pinero

Nº CÉDULA: ___ **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Venezuela

Nº DE CELULAR: ___

NOMBRE DEL ACUDIENTE: Jenny Marcela Sucerquia

Nº CÉDULA: 1122341747 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Sibundoy

DIRECCIÓN VIVIENDA: B/Floresta **ZONA POBLACIONAL: (R)** ___ **(U)** X

NUMERO DE CELULAR 3127973077

FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Leidy Calderon
NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.122.344.019

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 61322553

+61322553+

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código Z 0 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
CONTRERAS	SUCERQUIA

Nombre(s): THIAGO DAVID

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes JUN Día 12	MASCULINO	O	POSITIVO

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

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	171869855

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: SUCERQUIA JUAGIBIOY JENNY MARCELA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.122.341.747	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: CONTRERAS PIÑERO OSCAR FERNANDO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
DE 31953297	VENEZUELA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: SUCERQUIA JUAGIBIOY JENNY MARCELA

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.122.341.747	

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 2022 Mes JUN Día 22	ROY EDISON CALIZ QUIRAMA - REGIST Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.122.341.747**

SUCERQUIA JUAGIBIOY

APELLIDOS

JENNY MARCELA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **25-OCT-1996**

SIBUNDOY
(PUTUMAYO)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

13-NOV-2014 SAN MIGUEL(LA DORADA)

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-6401800-00652760-F-1122341747-20141218 **0042**004524A 1 43311622

{fiduprevisora) FOMAG

CERTIFICACIÓN

El (la) señor(a) JENNY MARCELA SUCERQUIA JUAGIBIOY identificado(a) con tipo de documento Cédula de Ciudadanía y con número 1122341747, presenta los siguientes datos referente a la afiliación al FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO.

Información del Cotizante:

Nombres Cotizante:	JENNY MARCELA	**Apellidos Cotizante:**	SUCERQUIA JUAGIBIOY
Tipo Documento:	Cédula de Ciudadanía	**Número Documento:**	1122341747
Estado Actual:	Activo	**Tipo de Afiliación:**	Cotizante docente
Fecha de Afiliación a salud:	01/11/2008	**Fecha de Retiro:**	

Información de los Beneficiarios:

Tipo Identificación	Número Identificación	Nombres	Apellidos	Fecha Afiliación	Estado Actual	Fecha Retiro	Parentesco
Registro Civil	1122344019	THIAGO DAVID	CONTRERAS SUCERQUIA	10/07/2022	Activo		Hijo Docente

Adicionalmente se le informa que de acuerdo al decreto 1703 de 2002, la persona afiliada como cotizante a un régimen de excepción y que tenga una relación laboral o ingresos adicionales sobre los cuales esté obligado a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud, su empleador o administrador de pensiones deberá efectuar la respectiva cotización al Fosyga, igualmente los servicios asistenciales serán prestados exclusivamente a través del régimen de excepción; las prestaciones económicas a cargo del Sistema General de Seguridad Social en Salud serán cubiertas por el Fosyga.

"Es importante indicar que por ser régimen especial los servicios de salud, Riesgos Laborales y la afiliación de pensión están a cargo del Fondo de Prestaciones del Magisterio, generando la claridad, que Fiduprevisora no es una ARL, sino una Fiduciaria que, en contrato con el Magisterio, genera la contratación de terceros para cumplir con las Actividades de Seguridad y Salud en el Trabajo de los docentes afiliados al Magisterio."

Dada a solicitud del interesado en la fecha 03/08/2025.

Cordialmente,



Leidy Tatiana Figueredo Rodriguez

Coordinadora de Afiliaciones.

Elaboró: **Hosvital Aseguramiento by Ophelia Suite**

Nota: La información referente a los periodos compensados debe solicitarlo directamente a la Secretaría de Educación, ya que es competencia de los entes territoriales suministrar la información relacionada con la historia laboral como docente y la certificación del tiempo cotizado y los aportes efectuados al Fondo.

Interior

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

HACE CONSTAR

Que consultado el sistema de información indígena de Colombia (SIIC), se registra el Resguardo Indígena VALLE DE SIBUNDOY en las bases de datos de esta Dirección.

Que consultado el auto-censo sistematizado y aportado por la Comunidad Indígena KAMENTSA BIYA DE SIBUNDOY, la cual hace parte del Resguardo Indígena VALLE DE SIBUNDOY, se registra el Señor (a): THIAGO DAVID CONTRERAS SUCERQUIA, identificado (a) con RC y número de documento: 1122344019, en el(los) censo(s) del(los) año(s) 2024.

Se expide en Bogotá D.C., al(os) 3 dia(s) del mes 8 del año 2025.

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

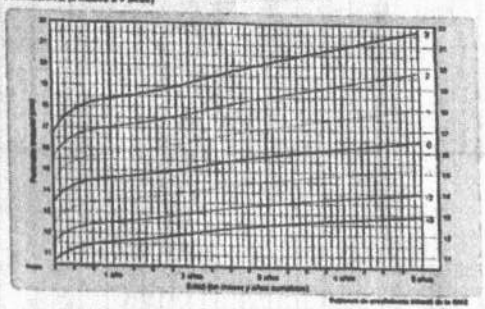
Roquelina Sabis Blanco Moscarella
Director de Asuntos Indígenas, Rom y Minorías

Url Verificación

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

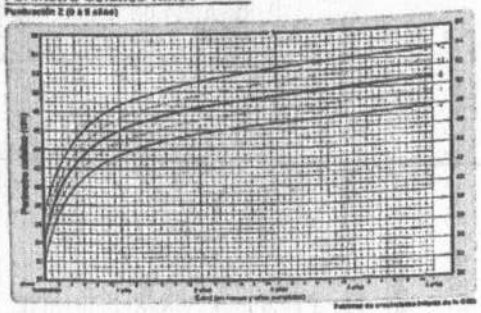
Percentiles 3 a 5 años

Perimetro branquial para la edad Niños



Niños de 0 a 5 años

Perimetro Cefálico Niños



Desarrollo psicomotor

Almes	Edad
• Patalea vigorosamente	____
• Sigue con los ojos el movimiento de un objeto	____
• Se sobresalta con el ruido	____

Alos3meses	Edad
• Sostiene la cabeza	____
• Se lleva objetos a la boca	____
• Balbucea con las personas	____
• Se voltea cuando se le habla	____

Alos6meses	Edad
• Intenta sentarse solo	____
• Pasa objetos de una mano a otra	____
• Reacciona cuando se le llama	____
• Pone atención a la conversación	____

Alos9meses	Edad
• Se sienta por si solo	____
• Agarra objetos con los dedos pulgar e índice	____
• Dice una palabra clara	____
• Imita aplausos	____

Alos12meses	Edad
• Se para solo	____
• Busca objetos escondidos	____
• Entiende ordenes sencillas	____
• Bebe en taza solo	____

Alos18meses	Edad
• Corre	____
• Pasa hojas de un libro	____
• Reconoce seis objetos	____
• Avisa deseos de ir al baño	____

Alos24meses	Edad
• Salta en los dos pies	____
• Hace torre de o mas cubos	____
• Dice más de 20 palabras claras	____
• Control diurno de orina	____

Alos36meses	Edad
• Camina hacia atrás	____
• Separa objetos grandes y pequeños	____
• Usa oraciones completas	____
• Se baña solo las manos y la cara	____

Alos48meses	Edad
• Lanza y agarra la pelota	____
• Copia cuadros y círculos	____
• Describe bien un dibujo	____
• Tiene un amigo especial	____

Alos60meses	Edad
• Hace rebotar y agarra la pelota	____
• Dibuja escaleras	____
• Nombra 4 o 5 colores	____
• Organiza juegos	____

Alos72meses	Edad
• Salta desde 60 cms de altura	____
• Dibuja casa	____
• Conoce dias de la semana	____
• Comenta vida familiar	____

Alos84meses	Edad
• Salta alternando los pies	____
• Copia una figura de líneas curvas	____
• Conoce ayer, hoy y mañana	____
• Conoce fechas especiales	____

Recomendaciones

Cuidados Generales

- Brindele todo los cuidado que su médico o enfermera aconseja.
- No lo autoformule.
- En caso de congestión nasal, realizar lavado con suero fisiológico en cada fosa nasal.
- Si el niño presenta diarrea suministre líquidos varias veces en cantidades pequeñas, esto se hace para prevenir deshidratación.
- Realice lavado de manos antes y después de las comidas, después de ir al baño o cambiar el pañal, y después de jugar.
- Uso de toldillo o mosquitero en zonas de riesgo de enfermedades transmitidas por insectos.
- Aplicar acciones de prevención de accidentes caseros como: guardar con seguro productos de aseo o sustancias nocivas, acceso a escaleras.
- Participación de los padres en el cuidado diario del menor.
- Compartir tiempo diariamente con los niños para jugar y dialogar.
- Demuestrele cariño de todas las formas, álcelo, abrácelo, y acaricielo.
- Permita que el niño juegue y dedique tiempo para jugar con el.
- Expliquele con cariño las cosas que no debe hacer, no exija que el niño realice tareas que no puede hacer por su edad.
- Sea siempre sincero con el.
- Asistencia oportuna a citas

Vacunación

- Las vacunas son muy importantes para la protección de la salud de nuestros niños, son las encargadas de protegerlos de numerosas enfermedades muy graves que los afectan.

Salud Oral

- Todo niño menor de 5 años debe acudir al odontólogo para valoración y aplicación de flúor.

Alimentación

- Lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses, continuarla con alimentación complementaria hasta 2 años.
- Después de 6 meses iniciar alimentación complementaria.
- Suministre las vitaminas entregadas en la consulta, como: Vitamina A, Sulfato Ferroso.
- Desparasite según recomendaciones.

Signos de Alarma

- No puede tomar el pecho o beber.
- Llanto sin lágrimas, boca seca o sin saliva.
- Fiebre que no baja, pierde conocimiento o convulsiona.
- Vomita todo lo que come.
- Diarrea dos o mas veces en una hora.
- Se encuentra adormilado, o llora más de lo normal.
- Respira rápido o con dificultad.
- Se hunden las costillas al respirar

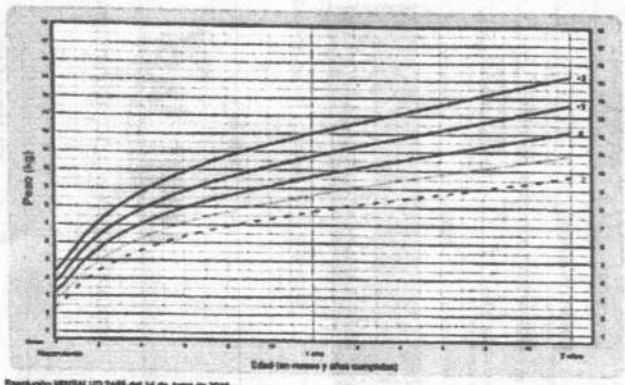
Citas Programadas Primera Infancia

Med	Enf	Año	Mes	Día	Hora	Cumplió Si	Cumplió No

Niños de 0 a 2 años

Peso par a la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)

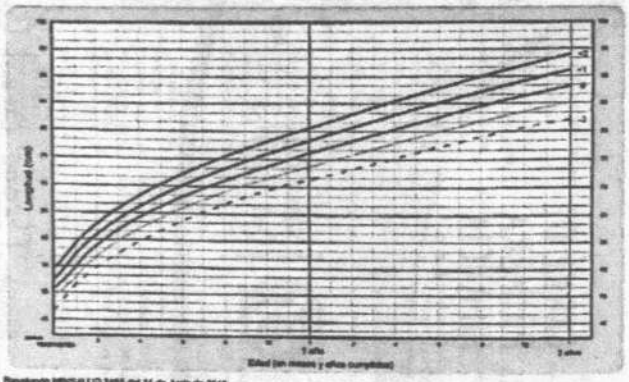


Resolución MINSALUD 2405 del 14 de Junio de 2016 publicada en el diario oficial numero 49926 el 06/07/2016.

Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Talla par a la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)

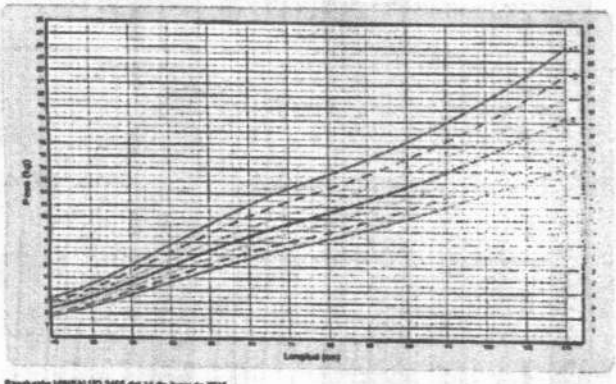


Resolución MINSALUD 2405 del 14 de Junio de 2016 publicada en el diario oficial numero 49926 el 06/07/2016.

Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Peso par a la T alla Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)

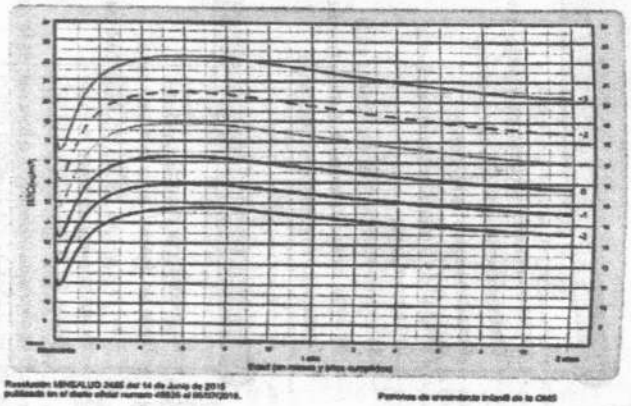


Resolución MINSALUD 2405 del 14 de Junio de 2016 publicada en el diario oficial numero 49926 el 06/07/2016.

Patrones de crecimiento infantil de la OMS

IMC par a la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



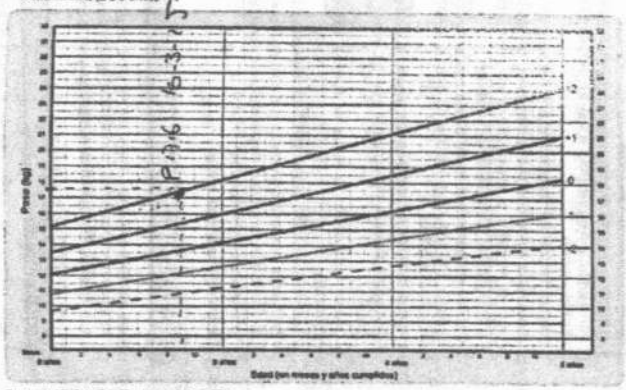
Resolución MINSALUD 2405 del 14 de Junio de 2016 publicada en el diario oficial numero 49926 el 06/07/2016.

Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Niños de 2 a 5 años

Peso par a la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)

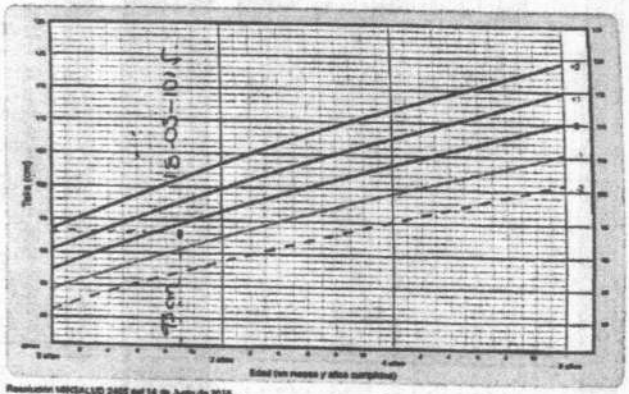


Resolución MINSALUD 2405 del 14 de Junio de 2016 publicada en el diario oficial numero 49926 el 06/07/2016.

Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Talla par a la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)

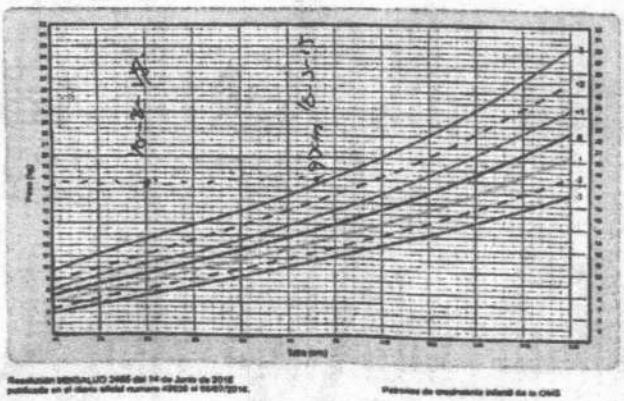


Resolución MINSALUD 2405 del 14 de Junio de 2016 publicada en el diario oficial numero 49926 el 06/07/2016.

Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Peso par a la T alla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)

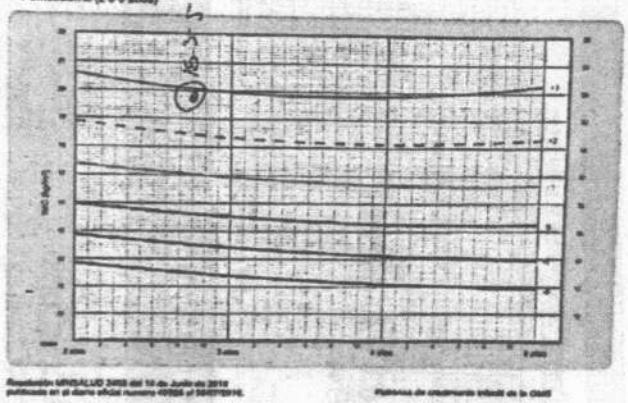


Resolución MINSALUD 2405 del 14 de Junio de 2016 publicada en el diario oficial numero 49926 el 06/07/2016.

Patrones de crecimiento infantil de la OMS

IMC par a la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



Resolución MINSALUD 2405 del 14 de Junio de 2016 publicada en el diario oficial numero 49926 el 06/07/2016.

Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Powered by CamScanner

VALORACIÓN INTEGRAL DE LA SALUD Y EL DESARROLLO DE LA PRIMERA INFANCIA

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO									
Resultado Tamizaje Neonatal	TSH neonatal	Normal		Alterado		D	M	A
	Auditivo OEA/PEAA	Normal		Alterado		D	M	A
	Cardiopatía Congénita Compleja	Normal		Alterado		D	M	A
	Visual	Normal		Alterado		D	M	A
ATENCIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA						D	M	A

ATENCIÓN EN SALUD POR ENFERMERÍA (E), MEDICINA (M), PEDIATRÍA (P) O MEDICINA FAMILIAR (MF)

Edad	Fecha			Valoración nutricional		Puntuación Z	Atención en salud por
	Día	Mes	Año	Peso	Talla		
Al mes							
2 a 3 meses							
4 a 5 meses							
6 a 8 meses							
9 a 11 meses							
12 a 17 meses							
18 a 23 meses							
24 a 29 meses							
3 años							
4 años							
5 años							

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega	D	M	A
2.ª entrega	D	M	A
3.ª entrega	D	M	A

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

A partir de 6m	D	M	A
1 año	D	M	A
2 años	D	M	A
3 años	D	M	A
4 años	D	M	A
5 años	D	M	A

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega	D	M	A	D	M	A
2.ª entrega	D	M	A	D	M	A
3.ª entrega	D	M	A	D	M	A
4.ª entrega	D	M	A	D	M	A
5.ª entrega	D	M	A	D	M	A

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

3 años	D	M	A	OD	OI
4 años	D	M	A	OD	OI
5 años	D	M	A	OD	OI

*Menor o igual a 20 normal

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

Tuberculosis meníngea, hepatitis B, poliomielitis, meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b, difteria, tosferina, tétanos, diarrea por rotavirus; neumonía, otitis, meningitis, bacteriemia causada por neumococo, enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza, sarampión, rubéola, parotiditis, varicela, hepatitis A, fiebre amarilla y virus del papiloma humano.

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



Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

La salud es de todos | Minsalud

HOSPITAL I.M.H MOCOA PROGRAMA P.A.I.

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: thiago david contreras sucerquia

Fecha de nacimiento: 12-Jun-2022

Nº de certificado de nacido vivo: 171869855

Registro civil: 1122344019

Sexo: Masculino

Grupo sanguíneo: O+

Peso al nacer: 3350 Talla: 50 - 41 8cm

Dirección: V. pt adan

Teléfono 1: 3127973077

Teléfono 2:

Responsable: Jenny Marcela Sucerquia

Municipio de residencia: San miguel

Departamento: putumato

Busca ya las vacunas ¡es gratis, hazlo de una!

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Nombres y Apellidos: Thiago David Contreras Sucerquia

Tipo identificación: RC 1122344019

No. ID:

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicacion Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién nacido						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	12	JUN	2022	Serum	037 0MA098	HJMH				Anadery Gomez
	Hepatitis B	Recién nacido	12	JUN	2022	Serum	0321 Q0 13B1	HJ				Anadery Gomez
2 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Poliomielitis (VIP)	1.ª	17	SEP	2022	BILTHAEN	2140003	HJMH				Anadery Gomez
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	17	AGOS	22	Serum	285140222A.					
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª	17	AGOS	22	Serum	285140222A					
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.ª	17	AGOS	22	Serum	285140222A					
	Diarrea por rotavirus	1.ª	17	AGOS	22	GSK	AROIDOQIAD.					
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo 13	1.ª	17	AGOS	22.	GSK	FR4897.					
4 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Poliomielitis (VIP)	2.ª	04	NOV	22	Biológicos	2210114		17 octubre 22.			
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	04	NOV	22	Serum	285 1 Y 0 2 2 B					
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª	04	NOV	22	Serum	285 1 Y 0 2 2 B					
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.ª	04	NOV	22	Serum	285 1 Y 0 2 2 B					
	Diarrea por rotavirus	2.ª	04	NOV	22	GSK	AROLD050AB					
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	04	NOV	22	Pfizer	FR4B97					
6 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Poliomielitis (VIP)	3.ª	20	ENE	2023	BIOLOGICAL	2240214	ESE HSCJ	04 ENERO 2023			Diana Cadena
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	20	ENERO	2023	Serum	285 1 Y 0 2 2 B	ESE HSCJ				AUXILIAR DE ENFERMERIA 1006995024
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª	20	ENERO	2023	Serum	285 1 Y 0 2 2 B	ESE HSCJ				Diana Cadena
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.ª	20	ENE	2023	Serum	285 1 Y 0 2 2 B	ESE HSCJ				
	Influenza estacional	1.ª	30	Junio	2023	Green Cross	V505230071	ESE HSCJ				Jorge Mar
7 meses	Influenza estacional	2.ª	31	Julio	2023	Green Cross	V505220101	ESE HSCJ				Playa y otela
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	30	Junio	2023	Serum.	0131NO71A	ESE HSCJ				Jorg mar
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	30	Junio	2023	Pfizer.	FR4895	ESE HSCJ				Jorg mar
	Varicela	2.ª	30	Junio	2023	MSD.	W00051 4	ESE HSCJ				Jorge mar
	Hepatitis A	Única	30	Junio	2023	MSD.	W0003 1 4	ESE HSCJ				Jorge mar
	Influenza estacional	Anual						ESE HSCJ				Jorge mar
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.º refuerzo	01	Feb	2024	Biothaen	2233005.	ESE HSCJ	20 Enero 2024.			Leonisa Gom
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.º refuerzo	01	Feb	2024	Serum	285 52 X 003 A	ESE HSCJ				Leonisa Gomez
	Fiebre amarilla	Única	30	Juni	2023	BIO.	22 8 V F C 0 3 9 7	ESE HSCJ				Jorge mar
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo							22 mayo 2024			
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.º	01	Feb	2024	Serum	0132NO48B	ESE HSCJ				Leonisa Gomez
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.ª										
		2.ª										
		3.ª										
Vacunas complementarias y otras dosis	Fiebre Amarilla	U.	30	Junio	2023			ESE HSCJ				

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir las niñas y los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan 2 años, se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.

Cita: 20 / Enero / 2024
para TR 18 Meses

3125737012
Maria

Busca ya las vacunas
las gratis, hazlo de una!

9
RN

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 21 MES 08 AÑO 25 HORA: 7:30 am

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Thiago David APELLIDOS Contreras Sucerquia

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC ☒ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ NÚMERO: 1122344019

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 12 MES: 06 AÑO: 2022 / EDAD: 3 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE

INFORMACIÓN PREVIA. La vacunación es una forma segura y eficaz de prevenir enfermedades y salvar muchas vidas. En la actualidad el país dispone de vacunas para proteger contra al menos 26 enfermedades, entre ellas, la difteria, el tétanos, la tosferina, la poliomielitis, la hepatitis, el cáncer de útero y el sarampión. En conjunto, estas vacunas salvan cada año millones de vidas en el mundo. Con la aplicación de las vacunas las personas se protegen a sí mismas y a quienes las rodean.

La vacunación contra el SARS- CoV-2/COVID-19 reducirá la posibilidad de presentar la enfermedad. En esta etapa de la emergencia, en la cual se inicia la aplicación de esta vacuna, se han reconocido beneficios y riesgos, que es importante que usted conozca antes de dar el consentimiento para su aplicación.

Esta vacuna tiene aprobación de uso de emergencia y surtió los pasos para la validación científica y sanitaria que permite su aplicación segura en humanos.

DATOS IMPORTANTES DE LA VACUNA (por favor, leer con detenimiento. Puede formular preguntas)

Miedo a la reacción

¿CÓMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides).
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar ninguna Esquema que tiene esta vacuna: Dos dosis ☐ ó dosis única ☐
BENEFICIOS	Prevención de la enfermedad COVID-19, causada por el virus SARS-CoV-2. Reducción de la severidad de la enfermedad en caso de presentarse. Potencial protección del entorno familiar y los allegados.
RIESGOS	Presentación de efectos adversos a corto y mediano plazo posterior a su aplicación como: dolor en el sitio de inyección, dolor de cabeza (cefalea, articulaciones (artralgia), muscular (mialgia); fatiga (cansancio); resfriado; fiebre (pirexias); enrojecimiento e inflamación leve en el lugar de la inyección; inflamación de los ganglios (linfadenopatia); 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:** _____ que se me aplique la vacuna.

Firma de la persona: _____

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

Nombres _____ Apellidos _____

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

Firma: _____

En caso de requerirse firma a ruego:

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

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

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

_____

Firma del Rogado

Huella dactilar o plantar del Rogante

C.C. N° _____

C.C. N° _____

Nombres y apellidos del vacunador:

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

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFID

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Atlántico MUNICIPIO: Sanmarí

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.

ODONTO VIDA®
Odontología Especializada

ODONTO VIDA®
Odontología Especializada
NIT. 1144027749-9

Nombre y apellidos	Sexo		Edad	Fecha
Thiago D. Contreras	F	M X	3 años	22 05 25

- Se realiza examen intraoral se observa paciente sano, con fractura no complicada de corona de diente 51, acumulo de Placa bacteriana, se dan instrucciones de higiene oral

Karina T Vasquez Pantoja
Odontologa
Reg 521573 UCC

Dirección Cra 7 # 5-56 - B/ La Amistad - La Hormiga Putumayo
350 375 7015 - 313 860 5227
odontovidaclinicadental@gmail.com

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 David Contreras Socerquia, identificado (a) con documento de identidad número _____, 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, Jenny Marcela Socerquia, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1122341747, 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 Fondacion Alma de vida, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa Modalidad Institucional

Suscriben:

Firma: _____
Nombre: Jenny Marcela Socerquia T.
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: _____
Fecha: _____
Municipio: San Miguel

CLASIFICADA

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

Leidy Calderon
Agente educativa

Huella del niño/niña

Thiago Sucerquia

"Generamos Desarrollo con Energía"

Vigilado Superservicios

ENERGÍA DEL CASO PUTUMAYO S.A. E.S.P.
Nit. 846.000.553-0 - NUIR: 2-86558000-7
Autoretenedores Res. 547 de 25/01/2002
Responsables de IVA

Código de Suscripción	SM 32382	Pago oportuno hasta:	21-AGO-2025	Mes Facturado
Factura Nro.	2037204003	Suspensión a partir de:	22-AGO-2025	JULIO 2025

1. Información General

Nombre:	MARIA DOLORES JUAGIBIOY MAVISOY		14-JUL-2025	Ultimo pago	$ 90,8[illegible]
Dirección:	BR LA FLORESTA	Tiene servicio de energía entre:	03-JUN-2025	03-JUL-2025 (30)	25-JUL-2[illegible]

Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Area	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Tarifa	División Geopolítica
SM3	S301	540	1	RESIDENCIAL	RURAL	1	1.3	AEREA	EMPRESA	105	SAN MIGUEL - PUERTO COLON

Tipo de Documento	Fecha y hora de Emisión	Fecha y hora de Generación	Medio de Pago	Forma de Pago	Factura Electrónica de Venta
FACTURA DE VENTA	25/07/2025	25/07/2025	PAGO EN EFECTIVO	CONTADO	EEBP 322937

2. Información Consumo Energía

Componentes del Costo (CU): Generación 407.99 + Transmisión 54.69 + Distribución 255.59 + Comercialización 135.99 + Pérdidas 57.21 + Restricción [illegible] = CU [illegible] ($/KwH)

2A. Información Medidor

Marca	Serial	Factor Multiplic.
ELS	8582328	

2B. Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	18709	18538
Reactiva:		

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

2C. Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	171	
Consumo Reactiva KVarh:	0	
Costo del consumo $	170452.8	
Tarifa (hasta 173 Kwh):	448.9	
Subsidio: %	54.90	$ -93690.92
Contribución: %	$	0
Sub Total $	76761.88	

Meses en deuda: 1 % Tasa Interés Moratorio: 5

2D. Consumo Ultimos 6 Meses

	Consumo
2025/Jun	174
2025/May	212
2025/Abr	158
2025/Mar	172
2025/Feb	167
2025/Ene	137

Promedio: 170

2E. Información Calidad del Servicio

Tel. Dir. EEPP 01 8000 942 415
Transformador SD= 127 [illegible]
DRUG 95.56 [illegible] 35 Cuotas: C16
Cargo D [illegible] 2.47 Pacto N: 20
CEC 0.00
DIU 108.38 FIU 90.00
HC 0.00 VC [illegible]
Valor a compensar 0.00

3. Información de Créditos EEBP

Tipo de Plan	Capital Credito	No. Cuotas	Saldo Capital	Cuotas Pagadas	Cuotas por Facturar
[illegible]					

4. Detalle Conceptos del Servicio de Energía

Conceptos EEBP	Valor Liquidado	Saldo Anterior	Saldo a Favor o Anticipado		TOTAL
ACTIVA SENCILLA MONOMIA	170,452.80	0	0.00		170,453
SUBSIDIO	93,690.92	0	0.00		93,691
AJUSTE A SUBSIDIO	3,600.69	0	0.00		3,601
AJUSTE A LA DECENA	-4.57	0	0.00		-5

Gerente General

18859

5. Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP

80,358

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 3 /08/2023	Cra 4 Cll 7 Esquina	11,862	0	11,862

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 Uberta		6,000	0	0	0	0		0 6,000

*Aseo: Frecuencia Semanal > No Aprovechables: 3 Barrido: 3

8. Información Facturación Otros Convenios

Concepto	Empresa	Dirección PQR y/o Teléfono	Valor Tarifa	Saldo Anterior	Valor Total
[illegible]					0
					0
					0

Total EEBP	+	Total Impuesto Alumbrado público	+	Total Aseo y/o Alcantarillado	+	Total Otros Convenios	=	Debo pagar en Total
80,358		11,862		6,000		0		98,220

CUFE:

ab64750b40e503a01e8f98b74a3e9d73c0b750c7126e21b1d53c7c3e4d47
[illegible]

(415)7709996005532(8020)1000208[illegible](3900)0000098220(96)20250821

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

www.eebpsa.com.co @eebpsaesp /eebpsa

Fac. Electronica: EEBP 322937

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

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

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

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

14 P/V

Ciudad Pto Colon San Miguel

Nombre completo de la niña o niño Thiago David Contreras Sucerquia

Fecha de nacimiento 12 06 2022 **N° Documento de Identidad** 1122340019

Sexo Masculino ● Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** 05 08 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Leidy Calderon

Fecha de registro cualitativo 26 Mes 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 Contreras se encuentra en un perfil esperado teniendo en cuenta que ha cumplido con los items de las dimensiones fundamentales que se encuentran dentro de su rango de edad, en los cuales se ha evidenciado avances en Comunicacion verbal y no verbal.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de registro 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)***

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)***

Valoración Cualitativa	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

PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL

15
RIV

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Thiago Contreras **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulos **AGENTE EDUCATIVO:** Leidy C.

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

Clasificación de la Información:
CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
11-11-25	En horas de la mañana la madre se comunica con la docente donde manifiesta que el niño presenta fiebre por tal razon no asistira el dia de hoy.	Agente educativa agradece la informacion y le recuerda a la madre estar atenta por si presenta otros sintomas llevarlo al hospital.	Leidy Calderon	Jenny Sucerquia
11-11-25		En horas de la tarde agente educativa se comunica con la madre ella manifiesta que ya esta mejor y que en la tarde no ha vuelto a presentar fiebre por ende si mañana no presenta fiebre el niño asistira al cdi.		

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

16
RIV

Fundación Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Thiago Contreras **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulos **AGENTE EDUCATIVO:** Leidy C

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 05-08-2025

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)
11-09-2025	En horas de la mañana la docente realiza el llamado a lista y verifica la inasistencia del niño.	Agente educativa se comunica con la madre via whatsap donde ella manifiesta lo siguiente "Buenos dias profe que pena el niño estuvo enfermo toda la madrugada y me lo traje a la clinica" agente educativa indaga sobre el estado de salud del niño pero la madre a un no contesta, se remite el caso a apoyo en nutrición.	Leidy calderon	

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
11/09/25	Desde el componente de salud y nutrición se realizó comunicación con la madre vía whatsapp ya que por llamada no se obtuvo respuesta. Ella manifestó que el niño estaba con fiebre y escalofrío por ende lo llevó a la clínica Elizabeth en donde lo atendieron y le remitieron medicación. Sin embargo se espera mayor respuesta de la condición de salud del menor.
11-09-2025	En horas de la tarde la madre manifiesta lo siguiente "estuvo con fiebre y escalofrio, le mandaron para bajarle la fiebre y le hicieron, examenes, ya estamos en casa, mañana no lo envio, para que se quede en casa y que este fin den semana se aliente un poco, mañana le envio escaneado de lo que le deron al niño" Agente educativa agradece la informacion, y le sugiere estar atenta a los sintomas del niño y se le decea pronta recuperacion.
12-09-25	Agente educativa se comonica con la madre y ella manifiesta lo siguiente " Profe el niño a un tiene mucha tos y le da fiebre aveces y no le he enviado los papeles por que estan en el carro de la abuela y hoy que llegue del trabajo no estaban" Agente educativa agradece la informacion, le desea pronta recuperacion y la madre se compromete el lunes hacer llegar el historial del niño.
15-09-2025	Agente educativa al terminar la jornada se comonica con la madre del niño y ella manifiesta que el niño todavia tiene mucha tos e incluso tambien se la pego a ella, y que le mandaron incapacidad por 10 dias por lo tanto no enviara al niño durante esta semana, la documentacion dice que la envia el dia martes ya que los papeles los dejo en el carro y ellos se fueron de viaje apenas la mamá le envie las fotos me las envia y cuando lleguen me envia las fotocopias.

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
16-09-25	El dia de hoy en la tarde la madre envia las fotos via whatsap de los documentos que le enviaron del hospital y manifiesta que el niño todavia tiene tos aunque ya ve un poquito de mejoria.
18-9-25	Al terminar la jornada agente educativa se comunica con la madre donde ella manifiesta lo siguiente " profe el niño todavia tiene tos pero ya esta mejor, no ha presentado ningun malestar solo la tos" agente educativa agradece la informacion y le sugiere mantenerlo abrigado e hidratado.
19-09-25	En horas de la mañana la docente se comunica con la madre y manifiesta que esta bien, y si este fin de semana se recupera mejor ya el lunes lo enviara.
22/09/25	En horas de la mañana el niño ingresa a la unidad aparentemente bien de salud.
	Se cierra la novedad.

Thiago Contreras sep 11/25

Certifico que el anterior
Paciente esta en trata-
miento supervisado.

- y con su seguimiento.
No exponer a cambios
de temperatura, solo
bano en casa. por
- 10 dias.

