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: (●) 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: 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: 1.238.140.445

Fecha nacimiento: 4 | 08 | 2022

Nombres: Thiago

Apellidos: Figueroa Gamboa

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: Putumayo

Municipio de residencia: San Miguel

Zona: Urbana

Barrio: Libertad

Vereda:

Sector:

Dirección: Diagonal Palacio municipal edi. fiscalia apto 6.

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: 1.097.850.459

Nombres: Marlyn Iveth

Apellidos: Gamboa Rojas

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 1 | 09 | 1996

Correo electrónico: ps.migamboarojas@gmail.com

Número de celular: 3112040978

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: Marlyn Gamboa R

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Andrea Montenegro

Observaciones:

Fundación Alma de Vida

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:
Thiago Figueroa Gamboa

N° DOCUMENTO: 1.238.140445 **TIPO DOCUMENTO: RC** X **CC** ___ **OTRO** ___
FECHA DE NACIMIENTO: 04-08-2022 **EDAD:** 2A 7M
LUGAR DE NACIMIENTO: Santander

NOMBRE DE LA UDS: CDI Fronteras de Paz
CODIGO UDS: E6757112697Z **BARRIO/VEREDA:** 7 de agosto
FECHA DE INGRESO: 1-04-2025 **FECHA DE RETIRO:** ___

SISBEN: A5 **EPS:** Nueva EPS **RÉGIMEN (C)**___ **(S)** X
DESPLAZADO: SI___ **NO** X **DISCAPACIDAD: SI**___ **NO** X **¿CUAL?** ___
GRUPO ETNICO: SI___ **NO** X **¿CUAL?** ___
GRUPO AFROCOLOMBIANO: SI___ **NO** X **¿CUAL?** ___
NOMBRE DE LA MADRE: Marlyn Gamboa Rojas
N° CÉDULA: 1097850459 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** California (Santander)
NOMBRE DEL PADRE: Edison Javier Figueroa Ariz
N° CÉDULA: 1006987007 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Bogotá D.C.
N° DE CELULAR: 3112040978
NOMBRE DEL ACUDIENTE: Marlin Gamboa
N° CÉDULA: 1097850459 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** California Santander
DIRECCIÓN VIVIENDA: B/ Ibatad **ZONA POBLACIONAL: (R)**___ **(U)** X
NUMERO DE CELULAR 3112040978

FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Andrea Montenegro
NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURIA 31954177-2

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO
Número: **N** 2814809

NUIP 1.238.140.445..

Tipo de certificado	Datos Esenciales ☐	Acreditar Parentesco X

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
FIGUEROA GAMBOA THIAGO

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)			Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año 2022	Mes AGO	Día 04	MASCULINO	O

Lugar de nacimiento (País Departamento Municipio Corregimiento o/o Inspección)
COLOMBIA SANTANDER FLORIDABLANCA

Fecha de Inscripción (Mes en letras)			Indicativo serial
Año 2022	Mes AGO	Día 09	0061352628

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
GAMBOA ROJAS MARLYN IVETH

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.097.850.459	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
FIGUEROA ORTIZ EDISON JAVIER

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
DOCUMENTO EXTRANJERO 175061086-5	ECUADOR

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
GAMBOA ROJAS MARLYN IVETH

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.097.850.459

Espacio para notas
VALIDO PARA TRAMITES LEGALES.

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio	Código
COLOMBIA SANTANDER BUCARAMANGA	A710

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)			Nombre y firma del funcionario
Año 2022	Mes AGO	Día 09	DIEGO ANDRES PARRA ARENAS Registrador del Estado Civil



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.097.850.459
GAMBOA ROJAS
APELLIDOS
MARLYN IVETH
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 01-SEP-1996
CALIFORNIA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
16-SEP-2014 CALIFORNIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO

P-2703100-00676642-F-1097850459-20150306 0043497638A 1 27019964

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.006.987.001**

FIGUEROA ORTIZ

APELLIDOS

EDISON JAVIER

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **06-JUN-1991**

QUITO
ECUADOR

LUGAR DE NACIMIENTO

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

10-JUN-2009 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00164780-M-1006987001-20090729 **0014**095702A 1 29051067

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 24/03/2025

Ficha: 867576741052800009608

A5

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: THIAGO

Apellidos: FIGUEROA GAMBOA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1238140445

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 24/07/2024

Última actualización ciudadano: 24/07/2024

Última actualización via registros administrativos:

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARIA ZORAYDA LINARES MONTERO

Dirección: Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libertad

Teléfono: 4210537 - 3213138790

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

ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1238140445
NOMBRES	THIAGO
APELLIDOS	FIGUEROA GAMBOA
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	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	04/08/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	12/04/2025 17:50:21	**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

nueva eps

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) THIAGO FIGUEROA GAMBOA identificado(a) con RC 1238140445 se encuentra afiliado a la EPS en condición de BENEFICIARIO.

Fecha de Activación de	04/08/2022
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	SUBSIDIADO-E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 1 días del mes de abril del año 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...Sanos



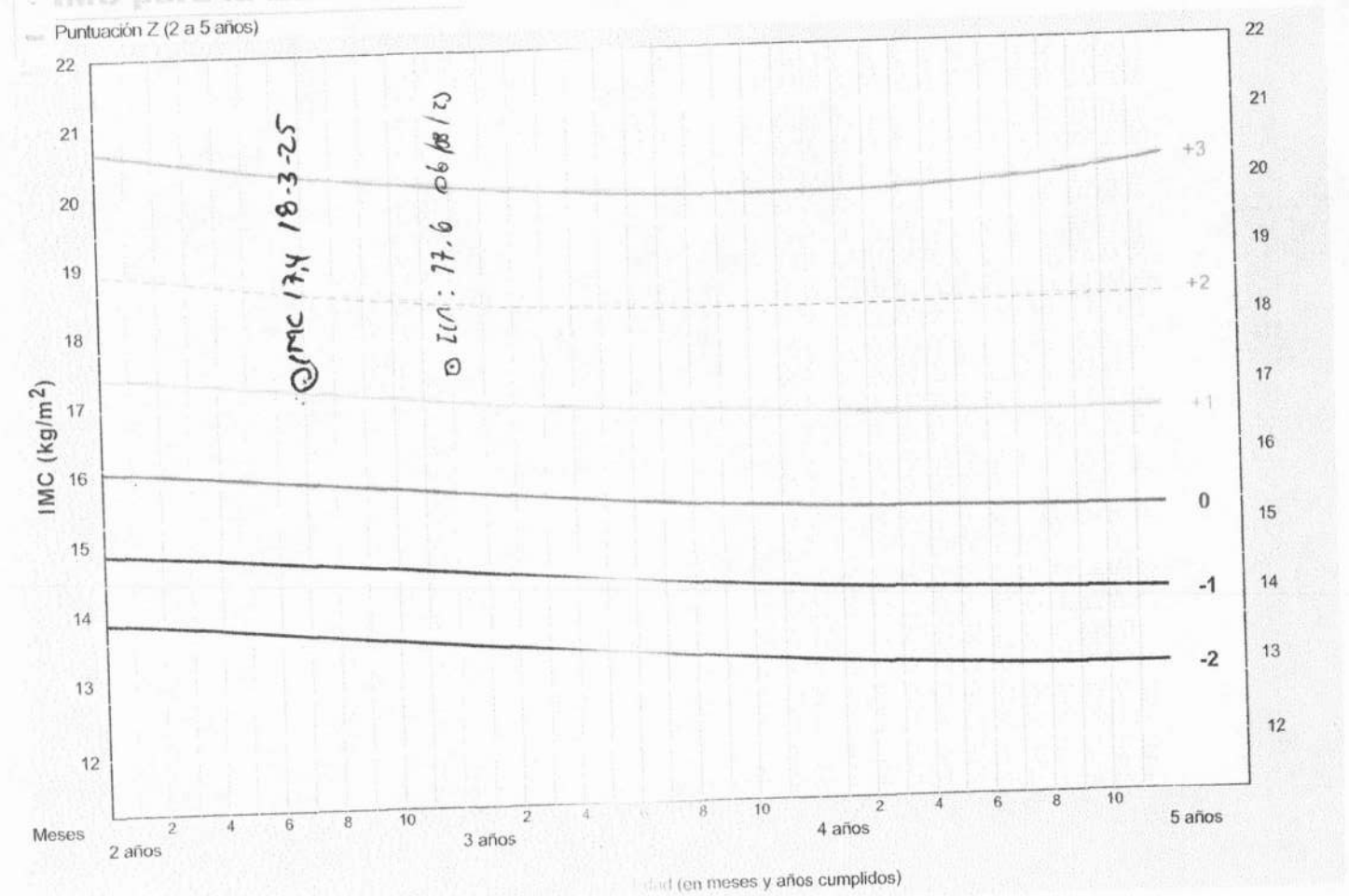
MIS DATOS

Nombres: Thiago	Apellidos: Figueroa Gamboa
Fecha de nacimiento: 04 (DÍA) | 08 (MES) | 2024 (AÑO)	Historia Clínica: 1238140445
Barrio/Vereda: B/ La Libertad	Responsable del niño: Marlin Gamboa
Teléfono:	EPS: Nueva EPS.

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro Cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
14/08/2024	12,4Kg	86 cm	49 cm	17 cm	16,8	01/02/2025	Hefela
18-03-2025	13,5	88	44	16	17,4	04-08-2025	Milena C.
06-08-2025	14.6	91	49,5 cm	16 cm	17,6	04-08-2026	David Nuñez

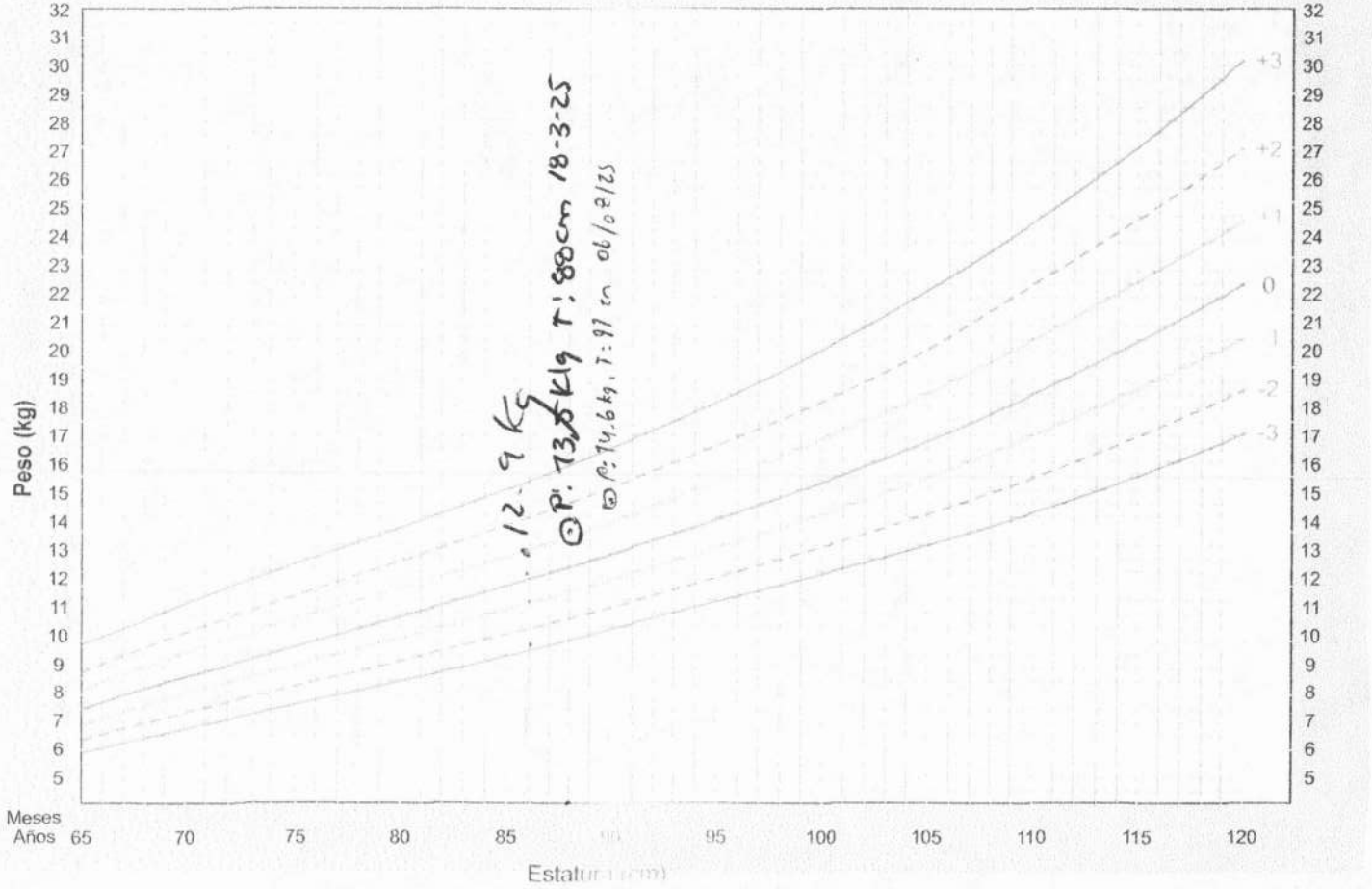
CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ	
				SI	NO
04	Febrero	2025	Enfermería		
18	Marzo	2025	Enfermería	SI ✓	Milena C-
06	[illegible]	2025	Medico	control	S ✓ David [illegible]
04	Agosto	2026	Enfermera	Control	


IMC para la Edad Niños
Puntuación Z (2 a 5 años)
IMC (kg/m²)
22
21
20
19
18
17
16
15
14
13
12
+3
+2
+1
0
-1
-2
Meses
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)
IMC 17,4 18-3-25
T/A: 117/76 (2)

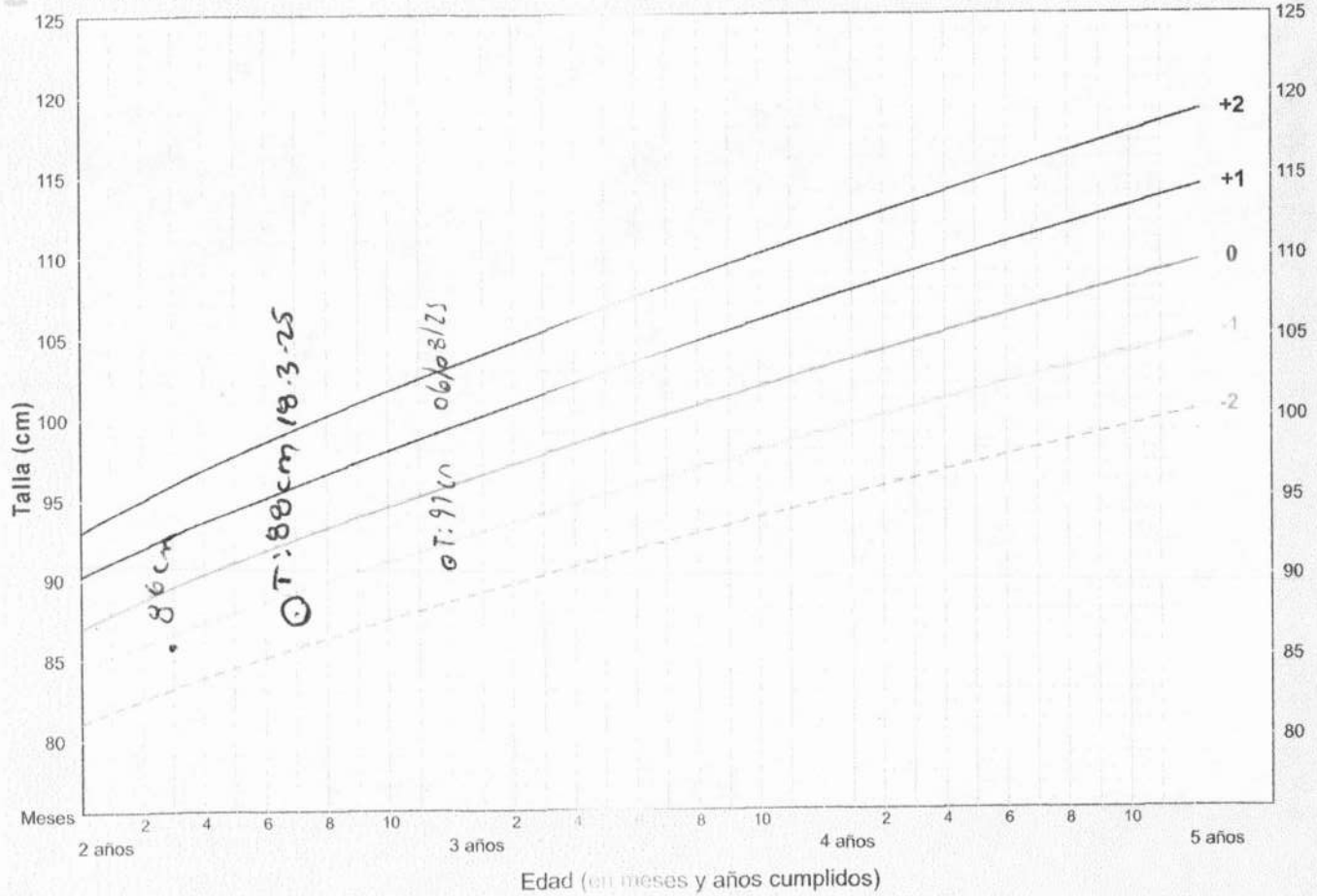
Peso para la Talla Niños

— Puntuación Z (2 a 5 años)

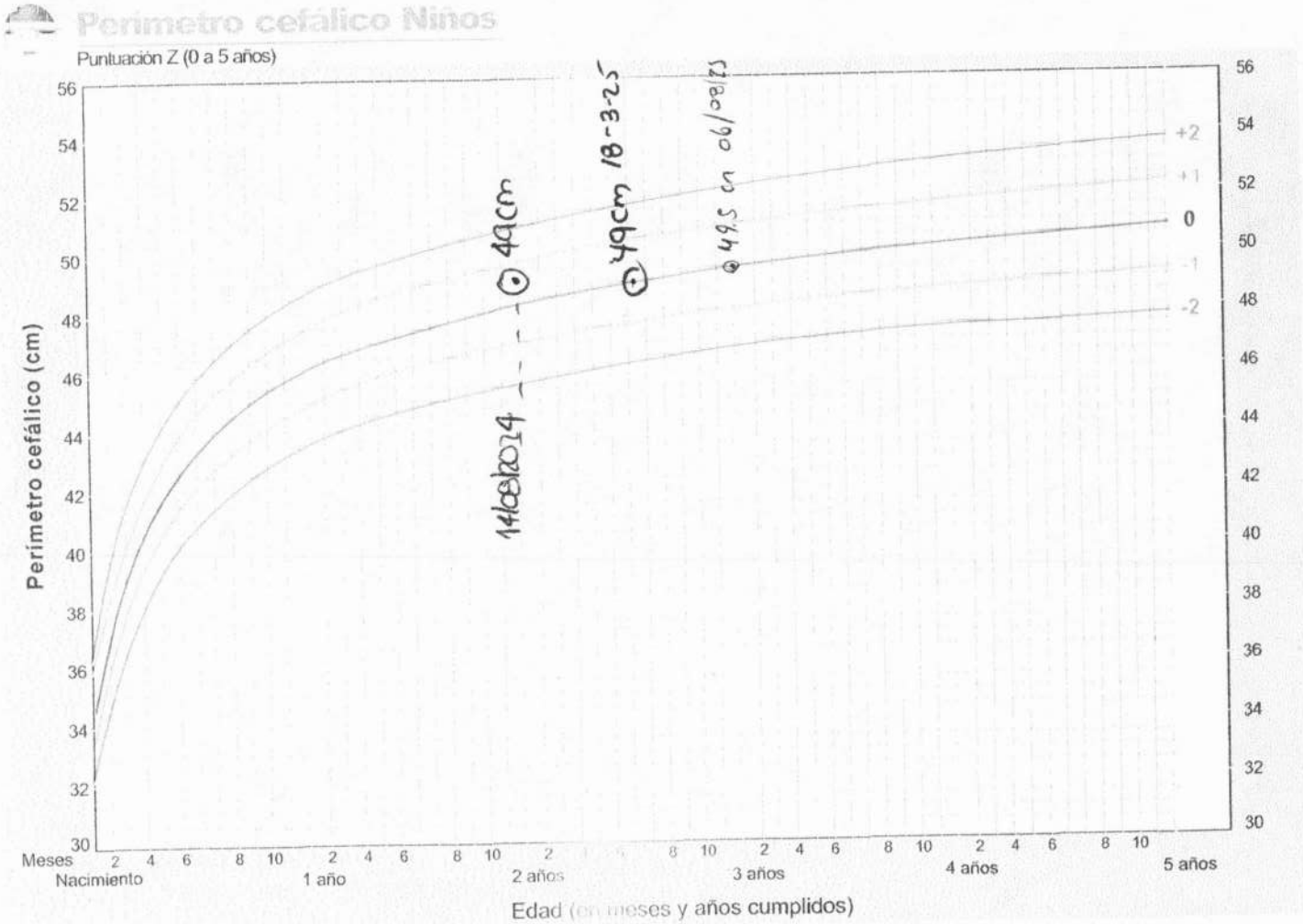


Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



25


Perímetro cefálico Niños
Puntuación Z (0 a 5 años)
Perímetro cefálico (cm)
56
54
52
50
48
46
44
42
40
38
36
34
32
30
+2
+1
0
-1
-2
Meses
2 4 6 8 10 2 4 6 8 10 2 4 6 8 10 2 4 6 8 10 2 4 6 8 10
Nacimiento
1 año
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)
14-08-2014 ---- ⊙ 49cm
⊙ 49cm 18-3-25
⊙ 49.5 cm 06/08/25

24

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		
4 años	D	M	A		
5 años	D	M	A		

*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)

Proxima vacuna
4-oct-2022.

16
R/L

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Thiago Figueroa Gamboa
Fecha de nacimiento: 04-08-2022.
Nº de certificado de nacido vivo:
Registro civil: 1.238.140.445
Sexo: Masculino
Grupo sanguíneo: RH O-
Peso al nacer: 3400. Talla: 49,
Dirección:
Teléfono 1: 3112040978
Teléfono 2: 3173867264
Responsable: Nartun Sventh Gamboa,
Municipio de residencia:
Departamento: Santander.

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Nombres y Apellidos: Thiago Figueroa Gamboa **Tipo identificación:** 1.238.140.445 **No. ID:**

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐											
Recién nacido	Tuberculosis meníngea (BCG)	Única	04	08	2022	Serum	037 1 NA 006	CLÍNICA FOSCAL ESPERANZA DE VIDA				Oscar Bautista Aux. de Enfermería C.C. 100537...
	Hepatitis B	Recien nacido	04	08	2022	Serum.	032 1 001 3B					
	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐							Vacunación - Sede Principal				
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1.°	04	10	2022	BIOTHOVEN GKS	2 1 4 0 0 0 3					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.°	04	10	2022	SERUM	285 1Y 022A	ESE HOSPITAL SAN ANTONIO				Mara Contreras
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.°	04	10	2022	SERUM						
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.°	04	10	2022	SERUM						
	Diarrea por rotavirus	1.°	04	10	2022	SERUM GKS	AROIDO45AC					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.°	04	10	2022	GKS	ASPNB342AB					
	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐											
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2.°	05	12	22	BIOTHOVEN	2 1 4 1 0 1 5					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.°	05	12	22	SERUM	285 1Y 022A	ESE HOSPITAL SAN ANTONIO				Mara Contreras
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.°	05	12	22	SERUM						
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.°	05	12	22	SERUM						
	Diarrea por rotavirus	2.°	05	12	22	GKS	AROLD041AD					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.°	05	12	22	GKS	ASPNB342AA					
	Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐											
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3.°	20	02	23	BIOTHOVEN	2 1 4 1 0 1 5					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.°	20	02	23	SERUM	285 1X 028E	ESE HOSPITAL SAN ANTONIO				Mara Contreras
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.°	20	02	23							
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.°	20	02	23							
	Influenza estacional	1.°	20	02	23	GC	V502220117	ESE SAN ANTONIO				Mara Contreras
7 meses	Influenza estacional	2.°	17	05	23	GC	V505230017					
12 meses	Sarampión, rubeola y parotiditis (SRP)	1.°	04	08	23	Serum.	0132N064B.	ESE SAN ANTONIO				Yackeline Benitez Lara Enfermera Unisinu C.C. 1001576417
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	04	08	23	Prevenar.	F1923.					
	Varicela	2.°	04	08	23	W03804.	Varivila.					
	Hepatitis A	Única	04	08	23	MSD.	U033266.					
	Influenza estacional	Anual	04	08	23	.						
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.° refuerzo	05	02	24	BIOTHOVEN	2207004.	ESE SAN ANTONIO				
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.° refuerzo	05	02	24	Serum	2822X002A.					
	Fiebre amarilla	Única	06	03	24	FIOCRUZ	0320214.					
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.° refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.° refuerzo										
	Sarampión, rubeola y parotiditis (SRP)	2.°										
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.°										
		2.°										
		3.°										
Vacunas complementarias y otras dosis	Triple viral.		05	02	24	Serum	0132N069B.	ESE San Antonio				Yackeline Benitez Lara Enfermera Unisinu C.C. 1001576417

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.

16
2/V

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA
Servimos con amor

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 26 MES 03 AÑO 2025 HORA: 2:34 p.m.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Thiago APELLIDOS Figueroa Bamboa

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1.238.140.445.

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 04 MES: 08 AÑO: 2022 / EDAD: 2 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Nueva EPS Tel: 3112040978

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

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

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

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

Miedo a la reacción

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

EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD

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

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

19
Elv

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 Marlyn Iveth Apellidos Gamboa

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1.097.850.459.

Firma: _____

En caso de requerirse firma a ruego:

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

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

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

de _____

Huella dactilar o plantar del Rogante

Firma del Rogado

_____ C.C. N°

_____ C.C. N°

Nombres y apellidos del vacunador: Isabel Arias Erazo	
Firma	Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1.004.695.938

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFLB

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.

PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS			FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) Ó AÑOS (A)													
			5 DÍAS	1 M	2-3 M	4-5 M	6-8 M	9-11M	12-17M	18-23M	24-29M	30-35M	3 A	4 A	5 A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico													
		Atención en salud por medicina general													
		Atención en salud por enfermería													
		Atención en salud por Odontología													
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor	LILIANA MARIBEL CORDOBA AUX. EN SALUD ORAL RES. 8600493-2011								26-09-24	18-03-2025	22-09-2025		
		Profilaxis y remoción de placa									26-09-24	20-Sep-2025	22-03-2026		
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	>	Vacunación													

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

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
NIT. 846.002.309-9

Mi prioridad es tu salud...



Nombres y Apellidos: Thiago Figueroa Gamboa.
Doc. de Identidad: 1233140445. EPS: Nueva Eps.
Teléfono: 3112040973 Domicilio: B/ la Isabel.

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 Izquierda Gamboa, identificado (a) con documento de identidad número 1.238.740.945 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, Marlyn Gamboa Rojas., quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1097856459, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	✓	Audios	✓	Videos	✓	Otros datos personales	

La autorización comprende:

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

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

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

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

Suscriben:

Firma: _____
Nombre: Marlyn Ivern Gamboa Rojas
Calidad - Titular: _____ Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3112040978
Fecha: 1-04-2025
Municipio: San Miguel

¡Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!

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

(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

Andrea Montenegro
Agente educativa

Huella del niño/niña

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

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 35263-5	Pago oportuno hasta:	08/06/2025	Mes Facturado
Factura Nro	2037144970	Suspensión a partir de:	09/06/2025	MAYO 2025

1.Información Genera

Nombre:	TATIANA BARREIRO	Último pago	$ 21,115
Dirección:	BR LA LIBERTAD APART 6	Tuve servicio de energía entre:	16-ABR-2025 - 17-MAY-2025 (31)

Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Área	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Código Tarifa	División Geopolítica
SM1	S101	60	2	RESIDENCIAL	URBANA	1	2	AEREA	EMPRESA	105	SAN MIGUEL - LA LIBERTAD

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	26/05/25	26-MAY-25	PAGO EN EFECTIVO	CONTADO	EEBP - 255459

2.Información Consumo Energía

Componentes de Costo (CU)*: Generación 408.27 + Transmisión 62.2 + Distribución 269.61 + Comercialización 126.87 + Pérdidas 59.16 + Restricción 43.58 = CU 969.7 ($/KwH)

2A.Información Medidor

Marca	Serial	Factor Múltiplo
CHI	6677420879	1

2B.Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	7386	7291
Reactiva:		

Tipo Liquid.: PROMEDIO INDIVIDUAL
Obs. Lectura:

2C.Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	95		
Consumo Reactiva KVarh:	0		
Costo del consumo $	92121.5		
Tarifa (hasta 173 Kwh):	555.64		
Subsidio: %	42.7	$	-39332.84
Contribución: %	0	$	0
Sub Total $	52788.66		

Meses en deuda: 1 % Tasa Interés Moratorio: 0.5

2D.Consumo Últimos 6 Meses

	Mes	Activa	Reactiva
2024	NOVIEMBRE	190	0
2024	DICIEMBRE	62	0
2025	ENERO	95	0
2025	FEBRERO	111	0
2025	MARZO	111	0
2025	ABRIL	0	0
	PROMEDIO	95	0

2E.Información Calidad del Servicio

Tel. O.R EEBP: 01 8000 942415
Transformador: SLD110 Grupo: 22
DIUG: 30.24 FIUG: 19 Circuito: C14
Cargo D: 265.8314 Dscto %t:20
CEC: 0
DIU: 73.42 FIU: 96
HC: 5.43 VC: 7
Valor a Compensar:

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	92,121.50	.00	11,395.18	80,726.32
SUBSIDIO	-39,332.84	.00	.00	-39,332.84
AJUSTE A SUBSIDIO	1,049.20	.00	.00	1,049.20
AJUSTE A LA DECENA	-2.86	.00	.00	-2.86

5.Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP 42,440

6.Información Facturación Convenio Impuesto Alumbrado Públi

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	0	0	0

7.Información Facturación Convenio Aseo y Alcantarillad

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
Aseo*				12,000	0			0		12,000

*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

Total EEBP	+ Total Impuesto Alumbrado público	+ Total Aseo y/o Alcantarillado	+ Total Otros Convenios	= Debo pagar en Total
42,440	0	12,000	0	$ 54,440

FE: 09416619e95ddaa03c8d3ed0080c49c803ccfb8f3d9f5865dab6e1dac18dc4bdea9da818e31d289dd594df87e4d02e78

(415)7709998005532(8020)100020371449707 7(3900)0000054440(96)20250623

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

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre 2s

Ciudad San Miguel la Dorada.

Nombre completo de la niña o niño Thiago Figueroa Gamboa

Fecha de nacimiento Día 04 Mes 08 Año 2022 **N° Documento de Identidad** 1.138.140.445.

Sexo Masculino ● Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** Día 7 Mes 04 Año 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Andrea Montenegro Arteaga.

Fecha de registro cualitativo Día 7 Mes 07 Año 2025

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

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

Observaciones generales

Muesha gran interes por armar rompecabezas, pintar y colaborar con la docente en actividades cotidianas en el aula. Se Continuara fatalecindo los logros alcanzados mediante experiencias que enriquezcan Sus conocimientos Sobre los objetos.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Andrea Montenegro

Fecha de registro cualitativo Día 1 Mes 10 Año 2025

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

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

Observaciones generales

Thiago Se encuentra dentro del rango esperado a cada Para su rango de edad disfruta y Participa en juegos de movimientos y actividades grupales, lo que favorece Su comunicacion e interaccion con los demas.

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

27
EN

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Thiago Figueroa UNIDAD DE ATENCIÓN: Parvulos 2 AGENTE EDUCATIVO: Andrea Montenegro

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

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
27-octubre-2025	el niño no asiste a la Unidad de atencion Parvulo 2.	Agente educativa realiza llamada telefonica Para Conocer el motivo de la inasistencia el cual la madre manifiesta que no asistio hoy Por motivo de que Presenta fos. Jade de familia informa que llevo al niño al hospital y le dieron incapacidad. Por esta Semana hasta el 31-octubre-2025, la cual envia foto Por via whatsapp de la incapacidad.	Andrea Montenegro	

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
27/10 2025	Se realiza seguimiento al estado de salud del menor via llamada de voz a las 3:42pm se pregunta a la madre por el estado de salud de Thiago la madre refiere "que lo lleve por particular y el medico le dio incapacidad por 5 dias y le mando tratamiento" procedo a realizar las recomendaciones seguir el tratamiento y los cuidados en casa. se cont) procedo a despedir. Estefany Blandón
28/10 2025	Se realiza seguimiento a la madre para saber la evolución del estado de salud dd menor la madre refiere " que el niño se esta mejorando gracias a Dios" se procede a que continuen con los tratamientos y cuidados en casa. Estefany Bladon Linares
29/10 2025	Se realiza seguimiento al estado de salud de Thiago se comunica con la madre para preguntar por el estado de salud del menor la madre refiere " que se encuentra bien gracias a dios" procedo a recomendarle que continue con los tratamientos y cuidados en casa con el niño, para una pronta mejoria. Estefany Blandon
30/10 2025	Se realiza seguimiento al estado de la salud de Thiago, se comunica con la madre y se pregunta como sigue de salud, la madre refiere " Bien gracias a Dios. ya se le esta mejorando un poquito la tos ha estado juicioso en la casa" y pregunto si esta comiendo bien, la madre refiere "si señora" procedo a despedirme!!
31/10 2025	Se realiza seguimiento al estado de salud del menor, se comunica con la madre y se pregunta pasa el estado de salud del niño, la madre refiere "que esta bien y si dios permite el martes ya lo llevo, procedo a realizar y seguir con las recomendaciones dadas por el medico. Estefany Blandon Linares

24

CLÍNICA LA DORADA IPS SAS

CLINICA LA DORADA IPS SAS
Codigo de habilitacion 867570083801 **NIT: 901372032-1**
Dir. calle sexta cs #6 B Los Prados Tel. 3118509064.
CERTIFICADO INCAPACIDAD.

Folio No: 694363

PACIENTE: FIGUEROA GAMBOA THIAGO
IDENTIFICACION: RC1238140445
No HISTORIA: 1238140445
EMPRESA: PARTICULAR
REGIMEN: .

E.CIVIL: Soltero
EDAD: 3 Años 2 Meses
SEXO: Masculino
FEC. NAC: 04/08/2022

Admision No: 0
FECHA ATENCION: 27/10/2025 09:52 a. m.

TELEFONO: 3112040978
MUNICIPIO: SAN MIGUEL LA DORADAPUT
DIRECCION: B/ LA LIBERTAD

J168-NEUMONIA DEBIDA A OTROS MICROORGANISMOS INFECCIOSOS ESPECIFICADOS

DATOS GENERALES:

DEL AREA DE ESPECIALIDAD:. . . . CONSULTA EXTERNA
HA SIDO INCAPACITADO DURANTE:. . 5 DIAS
FECHA INICIO INCAPACIDAD:. . . . 27/10/2025
FECHA FINAL DE INCAPACIDAD:. . . 31/10/2025

INCAPACIDAD:

PACIENTE PRE-ESCOLAR MASCULINO DE 3 AÑOS + 3 MESES DE EDAD. CON ENFERMEDAD ACTUAL DESDE HACE 15 DIAS CUANDO PRESENTA RINORREA ANTERIOR HIALINA, TOS SECA QUE POSTERIOR PROGRESA A HUMEDA Y QUINTOSA . MOTIVO POR EL CUAL ACUDE A CONSULTA SE EXAMINA Y SE DIAGNOSTICA UNA NEUMONIA DEBIDA A OTROS ORGANISMOS. SE INDICA ANTIBIOTICOTERAPIA, MUCOLITICO. SE OTORGA 5 DIAS DE INCAPACIDAD PARA CONTROL Y VIGILANCIA MEDICA

DIAGNOSTICO INGRESO:

J168: NEUMONIA DEBIDA A OTROS MICROORGANISMOS INFECCIOSOS ESPECIFICADOS

Dra. Sara C. Mora B
Médico General
RM: 1069738008

PROFESIONAL: MORA BOTELLO SARA CRISTINA
ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL
REGISTRO: 1069738008

Fec Impresion: 27/10/2025 09:59:45 a. m. Usuario: SARA Infosalud Net

50
Elv

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Thiago Figueroa UNIDAD DE ATENCIÓN: Parvulos 2. AGENTE EDUCATIVO: Andrea Montenegro

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

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
3-octubre-2025	el niño no asiste a la Unidad de atención Parvulos 2	Agente educativa realiza llamada telefonica Para Conocer el motivo de la inasistencia en el dia de hoy el cual la madre de familia refiere que va a realizar Unas diligencias y Se lleva al niño. informa que el niño Se encuentra bien gracias a Dios	Andrea Montenegro	

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	17/10/25. el niño asiste a la Unidad de atencion Parvulos 2, en buenas condiciones de Salud, Se Procede a Cenar novedad

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Thiago Figueroa G. UNIDAD DE ATENCIÓN: Parvulos 2 AGENTE EDUCATIVO: Andrea Montenegro

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

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
12-Septiembre 2025	Agente educativa evidencia en la Carpeta del niño que tiene el Proximo higiene Oral el 20 de Septiembre 2025.	Agente educativa dialoga Con la madre de familia dando a conocer que el niño tiene el Proximo control higiene Oral el 20 de Septiembre 2025. Se recomienda a la madre de familia acercarse al hospital Para Sacar la cita Madre de familia informa que el niño tiene Cita Para el dia 22-09-2025 a la 1:00 pm	Andrea Montenegro.	

SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO

Siendo las 12:04 madre de familia recoge al niño al CDI para llevarlo a la ata presenta la copia actualizada y se procede a cerar novedad.

ASIGNACION DE CITA MEDICA:

Fecha Impresion: 19/09/202

ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

Dir:Barrio El Paraiso Tel: 3134821413

Orden No: 17264

PACIENTE:	FIGUEROA GAMBOA THIAGO
IDENTIFICACION:	RC1238140445
No HISTORIA:	1238140445
PROFESIONAL:	CORDOBA TONGUINO LILIANA MARIBEL
ESPECIALIDAD:	HIGIENISTA
HORA DE LA CITA:	01:00 p. m.
FECHA DE LA CITA:	22/09/2025
TIPO:	De Control
CLASE:	HIGIENE ORAL
EMPRESA:	NUEVA EPS
FECHA SOLICITADA POR USUARIO:	19/09/2025
OBSERVACIONES:	

Recuerde facturar 30 minutos antes de la hora asignada, de lo contrario su cita sera reprogramada dependiendo de la disponibilidad de agenda

InfoSalud Net

35
R1V

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Thiago. Figueroa UNIDAD DE ATENCIÓN: Parvulos 2 AGENTE EDUCATIVO: Andrea Montenegro

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

Clasificación de la Información:
CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
4-Agosto 2025	el dia de hoy el niño no asiste a la Unidad de atencion Parvulos 2	Agente educativa Se comunica con la madre de familia mediante llamada telefonica Para conocer el motivo de la inasistencia, el cual manifiesta que el dia de hoy el niño esta Cumpliendo años y Se encuentran los abuelos y le vamos a Celebrar algo familiar en el dia de hoy	Andrea Montenegro Agent educativa.	

BIENESTAR FAMILIAR

SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO

Siendo hoy 5 de Agosto 2025, la niña asiste a la Unidad de atención en buenas condiciones de Salud. Se Procede a Cerrar la novedad.

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: thiago figueroa Gamboa UNIDAD DE ATENCIÓN: Parvulos 2 AGENTE EDUCATIVO: Andrea Montenegro

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

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)
11-de abril-2025	la madre de familia Solicita Permiso pa el dia de hoy	Se entabla conversacion la agente educativa y madre del niño donde refiere que pa la Semana Santa van a Salir de viaje a cha ciudad Se recomienda a la madre de familia tener los cuidados pertinentes Con el niño garantizando la Seguridad y el bienestar del niño.	el 21 de abril del 2025 el niño thiago figueroa asistio normalmente al CDI, Sin ninguna novedad en Salud. Se Procede a cerrar la novedad.	Andrea Montenegro	Marly iVeth