BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO DE INSCRIPCIÓN FÍSICA PARA LA PRE - MATRÍCULA EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA

30/01/2025 | Página 2 de 2 | ...n de la Información: Pública



Fecha de diligenciamiento: 4 | 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: 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: 1126144100-

Fecha nacimiento: 25 | 09 | 2021.

Nombres: THIAGO.

Apellidos: MADROÑERO

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: SIETE DE AGOSTO

Vereda:

Sector:

Dirección: POR LA PLAZA DE MERCADO - CANCHA SINTETICA.

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: 1004695348.

Nombres: SILVIA MARICELA

Apellidos: TONGUINO TORO

Pais de nacimiento: COLOMBIA

Fecha nacimiento: 27 | 09 | 1992.

Correo electrónico:

Número de celular: 3212952279

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: Silvia Tonguino

Nombre y Firma del profesional que diligencia:

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 EMMANUEL MADROÑERO TONGINO

N° DOCUMENTO: 1126144100 **TIPO DOCUMENTO:** RC X CC ___ OTRO ___

FECHA DE NACIMIENTO: 25-09-2021 **EDAD:** 3 A - 7 M.

LUGAR DE NACIMIENTO: ECUADOR.

NOMBRE DE LA UDS: CDI FRONTERAS DE PAZ.
CODIGO UDS: 8675.71126972 **BARRIO/VEREDA:** SIETE DE AGOSTO.
FECHA DE INGRESO: 01-04-2024 **FECHA DE RETIRO:** _____

SISBEN: B4 **EPS:** EMSSANAR. **RÉGIMEN (C)**__ **(S)** X.

DESPLAZADO: SI___ **NO** 1 **DISCAPACIDAD: SI**___ **NO** X **¿CUAL?** _____

GRUPO ETNICO: SI___ **NO** 1 **¿CUAL?** _____

GRUPO AFROCOLOMBIANO: SI___ **NO** X **¿CUAL?** _____

NOMBRE DE LA MADRE: SILVIA MARICELA TONGOINO.

N° CÉDULA: 1004695348 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** VALLE DEL GUAMUEZ.

NOMBRE DEL PADRE: DARIO FERNANDO MADROÑERO

N° CÉDULA: 1126.452.609. **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** VALLE DEL GUAMUEZ.

N° DE CELULAR: 3212952279.

NOMBRE DEL ACUDIENTE: _____

N° CÉDULA: _____ **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** _____

DIRECCIÓN VIVIENDA: _____ **ZONA POBLACIONAL: (R)**___ **(U)**___

NUMERO DE CELULAR _____

Silvia Tongoino — **FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE**

LILIANA TOTISTAR RUIZ. — **NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO**

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1126144100

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 57321600

* 57321600 *

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
[ ]	[ ]	[ ]	[X]	[ ]	[ ]	Y 4 Z

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
ECUADOR , SUCUMBIOS , NUEVA LOJA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MADROÑERO	TONGUINO

Nombre(s)
THIAGO EMMANUEL

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2021 Mes SEP Día 25	MASCULINO	A	+

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
ECUADOR , SUCUMBIOS , NUEVA LOJA

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
REGISTRO DE NACIMIENTO EXTRANJERO	2150706261

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
MADROÑERO RUALES DARIO FERNANDO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1126452609	COLOMBIANA

Datos del padre o madre (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
TONGUINO TORO SILVIA MARICELA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1004695348	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
MADROÑERO RUALES DARIO FERNANDO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1126452609	Dario M.

Datos Primer testigo

Apellidos y nombres completos
XXXXXXXXXXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
XXXXXXXXXXXXXXX	SIN FIRMA

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos
XXXXXXXXXXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
XXXXXXXXXXXXXXX	SIN FIRMA

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2021 Mes NOV Día 22	MAURA MERCEDES CAMACHO TORRES Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
DARIO FERNANDO MADROÑERO RUALES Dario M. Firma	MAURA MERCEDES CAMACHO TORRES Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

Otro (comentario).: Nota no se imprime huellas circular 082 del 28 de agosto de 2020 emitida por el registrador nacional del estado civil. con el fin de proteger y salvaguardar los derechos de los niños y niñas, se abstiene al deseo de contenido de personalidad del consecutivo anterior. MAURA MERCEDES CAMACHO TORRES el 2021-11-22

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.004.695.348**

TONGUINO TORO

APELLIDOS

SILVIA MARICELA

NOMBRES

Silvia Tonguino

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-SEP-1992**

SAMANIEGO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50	**A+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

29-SEP-2010 VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-6402800-01051528-F-1004695348-20181219 **0063**784039A 1 9906269846

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.126.452.609**
MADROÑERO RUALES
APELLIDOS
DARIO FERNANDO
NOMBRES

Dario M.
FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **07-SEP-1991**
SAMANIEGO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

06-OCT-2009 VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-6402800-01143853-M-1126452609-20200702 **0071**097974A 1 9912450029

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta:	**26/03/2025**
Ficha:	**86757674952700001651**

B4

GRUPO SISBÉN IV

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: **THIAGO EMMANUEL**

Apellidos: **MADROÑERO TONGUINO**

Tipo de documento: **Registro civil**

Número de documento: **1126144100**

Municipio: **San Miguel**

Departamento: **Putumayo**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:	**14/12/2021**
Última actualización ciudadano:	**14/12/2021**
Última actualización via registros administrativos:	**25/11/2023**

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

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador:	**MARIA ZORAYDA LINARES MONTERO**
Dirección:	**Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libertad**
Teléfono:	**4210537 - 3213138790**
Correo Electrónico:	**sisben@sanmiguel-putumayo.gov.co**

¡Hemos actualizado tu información! Este proceso se realiza en los siguientes casos:

1. Por validación de información en otros registros administrativos.
2. Cuando exista nueva información reportada por Registro Social de Hogares (RSH) en fechas superiores a la última actualización de tu encuesta.

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

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	1126144100
NOMBRES	THIAGO EMMANUEL
APELLIDOS	MADROÑERO TONGUINO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	SAN MIGUEL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EMSSANAR S.A.S.	SUBSIDIADO	01/11/2021	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/11/2025 22:14:12	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS EMSSANAR EPS SAS
Régimen Subsidiado

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

Tipo y Número de identificación:	RC 1126144100
Apellidos:	MADROÑERO TONGUINO
Nombres:	THIAGO EMMANUEL
Ficha Sisben:	86757674952700001651
Nivel Sisben:	Nivel I
Grupo Sisben	B04
Tipo de discapacidad:	Ninguna
Plan de salud:	Régimen Subsidiado
Estado de servicio:	Vigente
Fecha de Afiliación:	25/09/2021
Departamento de Afiliación:	PUTUMAYO
Municipio de Afiliación:	SAN MIGUEL
Zona:	Urbana - Cabecera Municipal

IV - Afiliado cumple con metodología IV SISBEN.

IPS de atención de primer nivel

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

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

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

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

JEFE COMERCIAL
EMSSANAR EPS SAS

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

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...Sanos



E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

Nombres: Thiago Emmanuel	Apellidos: Madroñero Tanguino
Fecha de nacimiento: 25 | 09 | 2021	Historia Clínica: 1126144100
Barrio/Vereda: San Felipe.	Responsable del niño: Silvia Tanguino
Teléfono:	EPS: Emssanar.

CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ	
				SI	NO
25	Marzo	2022	Enf	Si.	
25	Junio	2022	Enferm	Si ✓	
25	SEPTIEM	2022	MEDICO.		
27	03	2023	[illegible] Si		
26	09	2023	MEDICO	Si	
26	03	2024	Jefe.		
26	09	2024	Médico		
25	09	2024	Medico	✓	
25	09	2025	Enf		
29	09	2025	Enfer	Si ✓ Maleny C	
25	09	2026	Medico		

Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)

Peso (kg)

Talla (cm)

17 11-4-24 92 cm 14 kg

26/09/24 13.5 kg 93 cm

29-9-25 P: 15,7 kg T: 102 cm

Peso para la Talla Niñas

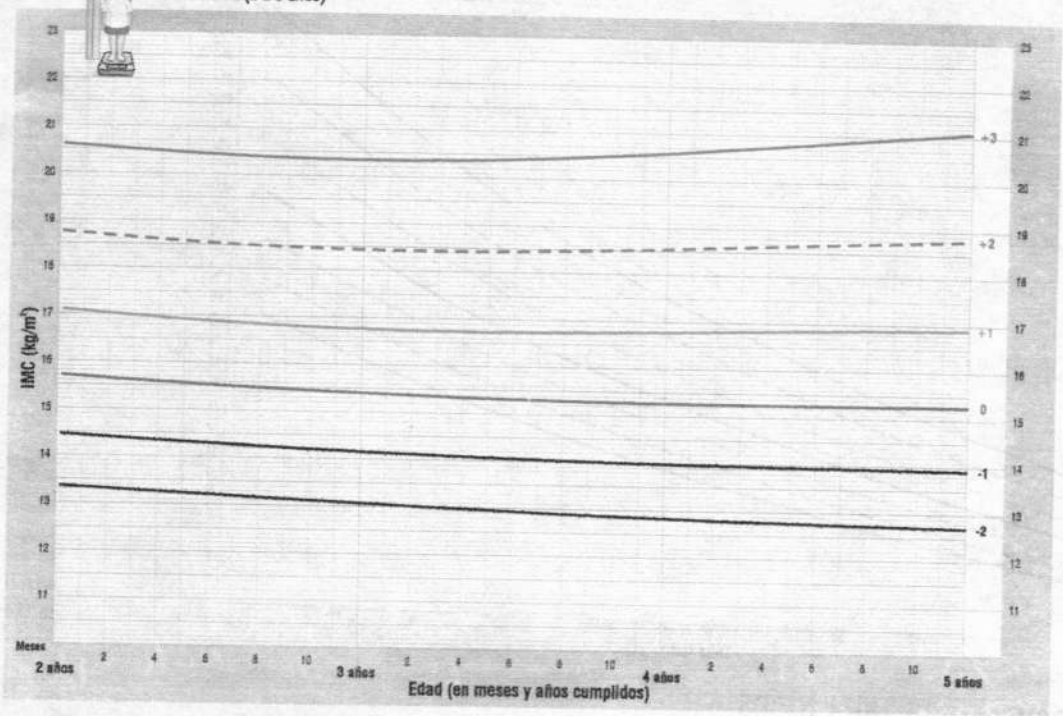
Puntuación Z (2 a 5 años)

Peso (kg)

Talla (cm)

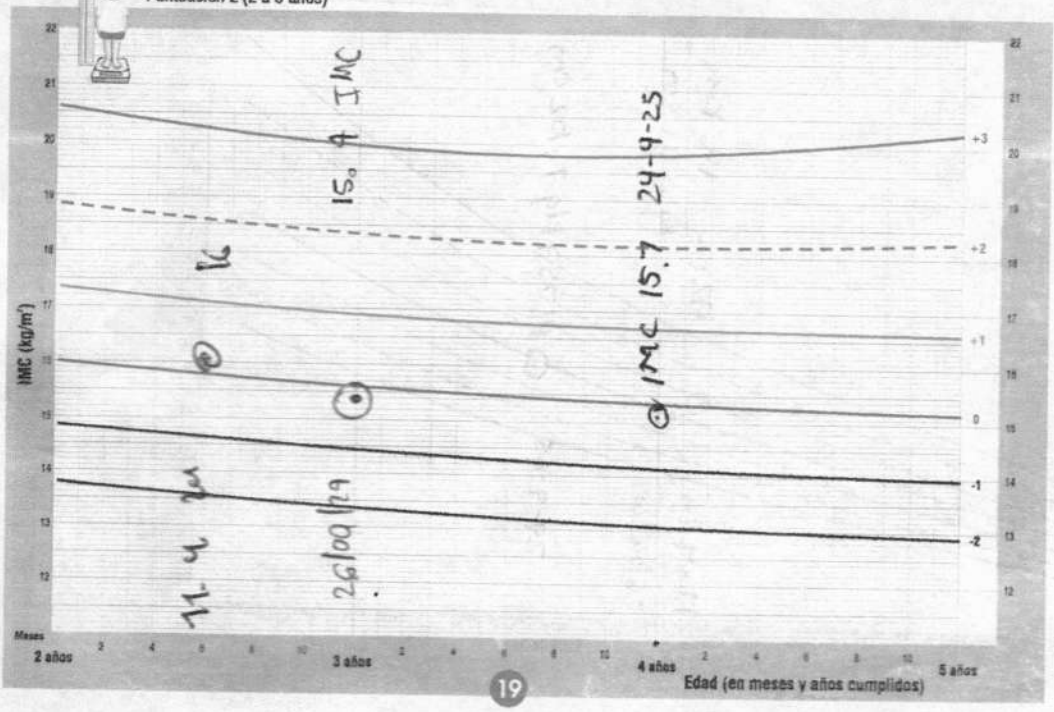
IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)

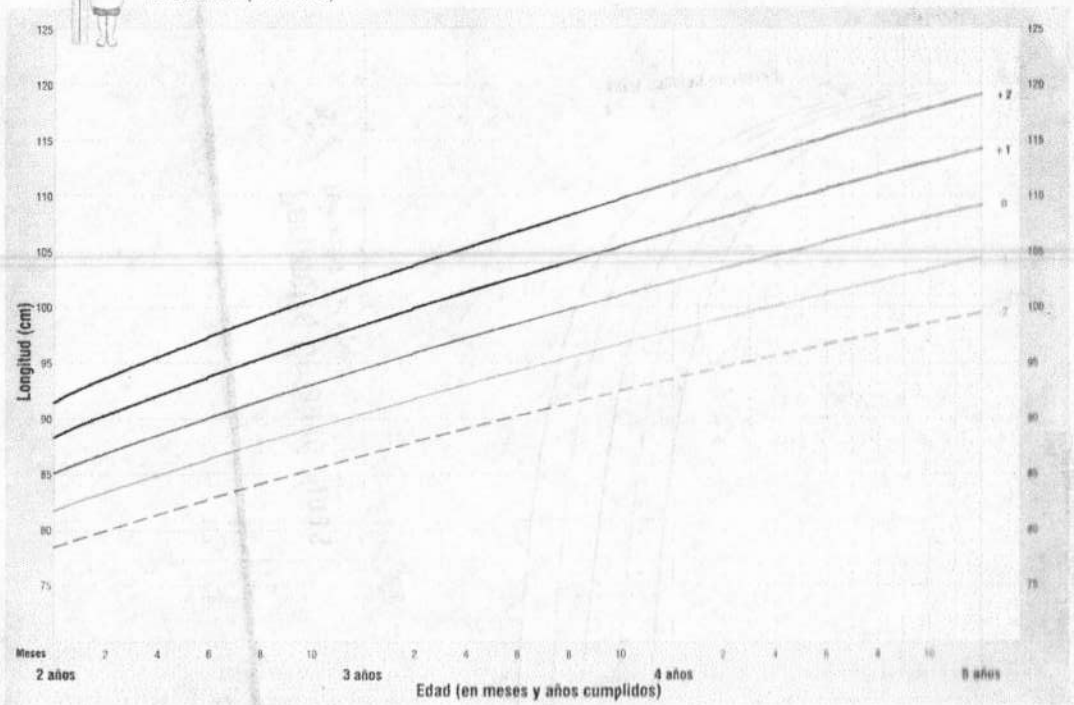


Perímetro Cefálico Niñas
Puntuación Z (0 a 5 años)
Perímetro Cefálico (cm)
Meses (Nacimiento)
1 año
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)
+2
+1
0
-1
-2

Perímetro Cefálico Niños
Puntuación Z (0 a 5 años)
Perímetro Cefálico (cm)
Meses (Nacimiento)
1 año
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)
25-03-22
42 cm
43 cm
14-7-22
45cms
28-03-23
46 cm
11. 4124
48
26/09/24
48cm
29-9-25
49,5cm
+2
+1
0
-1
-2

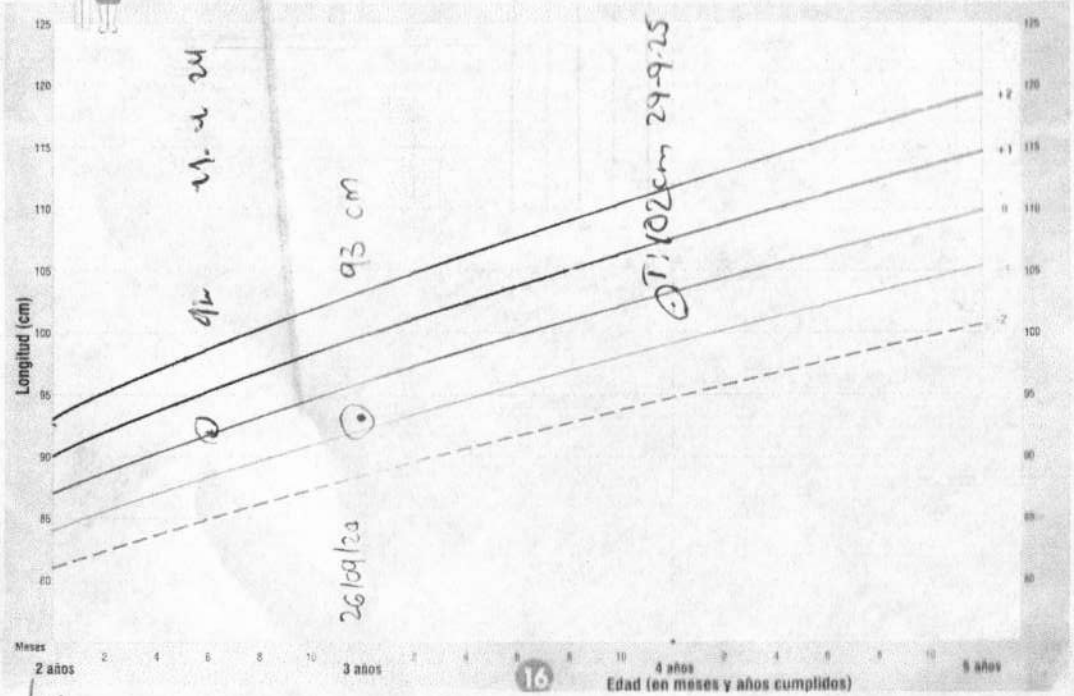
Talla para la edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



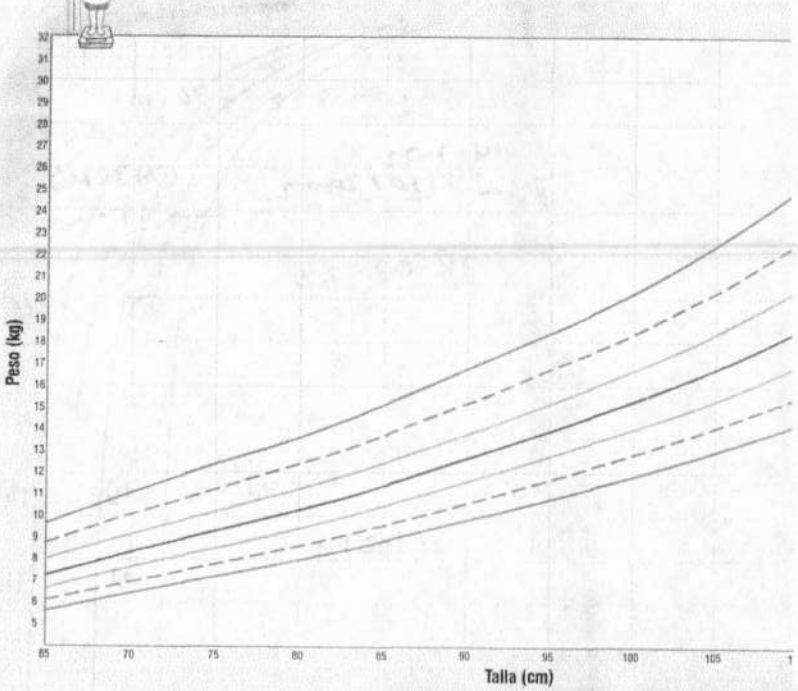
Talla para la edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



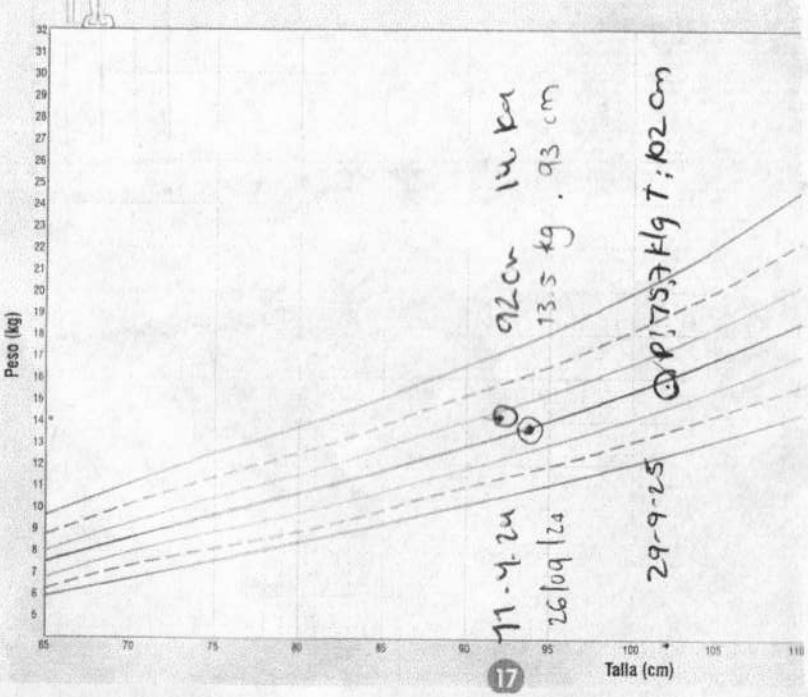
Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO

IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA

Al momento de nacer	Fecha:

PRIMER CONTROL MÉDICO

Durante el primer mes de vida	Fecha:

SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA

Edad	Fecha de cita programada	Fecha en que asistió	Profesional que atendió
1 a 3 meses			
4 a 6 meses			
7 a 9 meses			
10 a 12 meses			
13 a 16 meses			
17 a 20 meses			
21 a 24 meses			
25 a 30 meses			
31 a 36 meses			
37 a 48 meses			
49 a 60 meses			
61 a 66 meses			
67 a 72 meses			
73 a 78 meses			
79 a 84 meses			
8 años (1)			
8 años (2)			
9 años			

Todos los niños deben recibir suplementos con Hierro y Vitamina A, cada 6 meses desde los 6 meses hasta los 5 años de edad, de acuerdo al protocolo de la estrategia **AIEPI**.

Edad	Fecha	Edad	Fecha
6 meses		42 meses	
12 meses		48 meses	
18 meses		54 meses	
24 meses		60 meses	
36 meses		66 meses	

En todos los niños se debe realizar toma de TSH al momento de nacer para estudio de hipotiroidismo.

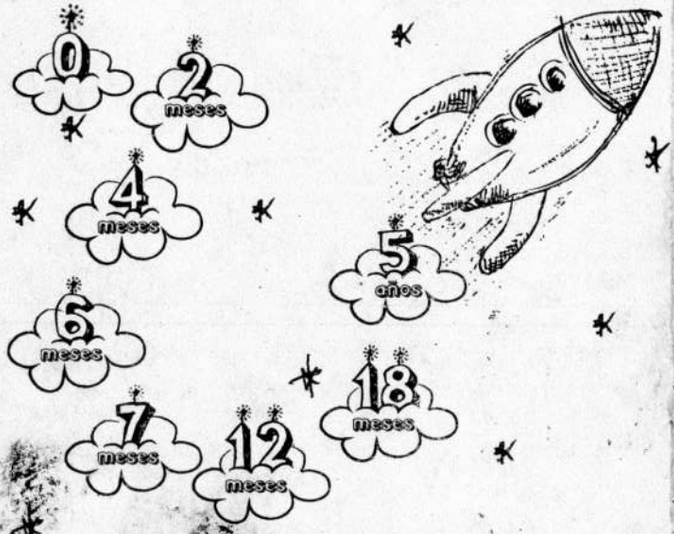
Valor reportado TSH:	
Fecha verificación:	
Profesional que verificó:	

Exíjalo

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

Poliomielitis, Difteria, Tétanos, Tosferina, Hepatitis, Enfermedad diarreica producida por rotavirus, Neumonías, Meningitis tuberculosa, Fiebre amarilla, Sarampión, Paperas, Meningitis por Haemophilus Influenza tipo B, Rubéola e Influenza.

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



- Cualquier día es bueno para vacunar a sus hijos.
- En Colombia todos los días son días de vacunación.
- **Es fácil, gratis y sobre todo muy importante**

República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

www.minsalud.gov.co
Atención al Ciudadano: 018000 95 25 25

AIEPI
Porque mi vida hoy que protegerla hoy

de cero a Siempre
ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: THIAGO EMANUEL MADROÑERO
Fecha de nacimiento: 25-09-2021
Nº de certificado de nacido vivo: _____
Registro civil: 1126144100
Sexo: MASCULINO
Grupo sanguíneo: _____
Peso al nacer: _____
Dirección: B/ Don Felipe.
Teléfono: 3212952279.
Responsable: SILVIA MARICELA TONGUINO
Municipio de residencia: San miguel
Departamento: Putumayo
CC 1004695345

#11

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

Nombre: THIAGO EMANUEL TONGUINO

Registro Civil:

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de Aplicación (Día Mes Año)	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita (Día Mes Año)	Nombre del Vacunador
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
	Tuberculosis B.C.G.	Única	27-04-2021	Sew.	03746204	HFDM1		HMU1
	Hepatitis B	Recién nacido						
2 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
	Polio (Oral - IM)	1ª	29-11-2021	Sanofi	2027007	HFD HFID		Paola Cosanova
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	29-11-2021	Biolog.	2850X035	HFD		Paola Cosanova
	Rotavirus	1ª	29-11-2021	GSK	AROLC858	HFID		Paola Cosanova
	Neumococo	1ª	29-11-2021	GSK	ASPNB315	HFD	CITA.	Paola Cosanova
4 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
	Polio (Oral - IM)	2ª	3-2-22	BIOLOGICA	2105001	HFID	29-ENERO 2022	SAUL H
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	3-2-22	Serum	2850X035B	HFID		SAUL H
	Rotavirus	2ª	3-2-22	GSK	AROLC858AC	HFID		SAUL H
	Neumococo	2ª	3-2-22	GSK	ASPNB315BA	HFID		SAUL H
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.							
	Polio (Oral - IM)	3ª	05-04-22	Serum	2105001A	HFID	CITA 3-Abril 2022	Paola
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	05-04-22	Serum	2850X035.	HFID		
	Influenza	1ª	02/06/23	GSK	US0523001	HFID		Eduard IB
7 Meses	Influenza	2ª	02/06/23					
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	05-10-22	Serum	0130N105A	HFD		Daniela Casanova Tec. Aux. en Enfermería CC. No. 1007728227
	Fiebre Amarilla	1ª	05-10-22	Sanofi	VZESY.	HFID		
	Neumococo	Refuerzo	05-10-22	GSK	ASPNB32AE	HFID		
	Influenza	Anual						
	Hepatitis A	ÚNICA	05-10-22	MSD	V008182	HFLP		
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1º Refuerzo	15-5-23	Serum	2821G012B	HFD	CITA. 5 Abril 2023	Mayely V
	Polio (Oral - IM)	1º Refuerzo	15-5-23	Serum	2206012	HFD		
5 Años	Polio (Oral - IM)	2º Refuerzo						
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2º Refuerzo					cita. 5 AÑOS	
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo	18-5-23	Serum	0131N105A	HFD		Mayely V
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª						
	VPH	2ª						
	VPH	3ª						Daniela Casanova Tec. Aux. en Enfermería CC. No. 1007728227
Vacunas complementarias y otras dosis	Varicela	Ud.	05-10-22	merck	V018257.	HFD		

Estas vacunas son gratuitas

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

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA
NIT. 846.002.309-9

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 18 MES 06 AÑO 2025 HORA: 7:50 p.m

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Thiago Emmanuel APELLIDOS Madroñero Tonguino.

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1.726.744.700

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 25 MES: 09 AÑO: 2021 EDAD: 3 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Emssanar Tel°. 3212952279

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. 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. Primera dosis [ ] Segunda dosis [ ] 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.

INFORMACIÓN ESPECIFICA PARA GESTANTES

La vacuna tiene aprobado el uso en mujeres gestantes desde la semana doce (12) y durante los 40 días postparto, siempre que los posibles beneficios superen los posibles riesgos con base en la evaluación clínica realizada en conjunto por el médico tratante y la gestante, lo cual deberá presentar al momento de la vacunación certificación que acredite tal evaluación.

La vacuna que se le está administrando es eficaz para evitar complicaciones severas y muerte en la gestante y el feto por SARS CoV-2 COVID-19

A la fecha no hay pruebas que la vacuna cause efectos adversos importantes para la mujer embarazada, el feto o la placenta, además de los ya observados para la población general

A nivel poblacional son muchos mayores los beneficios de administrar el biológico, sobre los riesgos de llegar a padecer COVID-19 durante la gestación, por el impacto que sobre la salud materna y perinatal produce la infección por SARS-Co-2 y ante el alto riesgo de complicaciones severas, ingreso a UCI, y morbilidad y mortabilidad materna y fetal asociada a esta enfermedad.

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.

Soy mujer con más de 12 semanas de gestación o durante los 40 días postparto: SI ☐ NO ☐ y en caso afirmativo aporto certificación del médico tratante que acredita evaluación clínica para que obre adjunto a este consentimiento, requisito indispensable para recibir la vacuna.

En consecuencia, decido **ACEPTAR:** ☐ que se me aplique la vacuna. **NO ACEPTAR:** ☒ que se me aplique la vacuna

Firma de la persona: Silvia Tonguino

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

Nombres Silvia Marcela Apellidos Tonguino Toro

Tipo de Identificación: CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1.004.695.348

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

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

de _____

Huella dactilar o plantar del Rogante

Firma del Rogado
C.C. N°

Nombres y apellidos del vacunador: Isabel Arias Erazo

Firma Isabel Tipo de Identificación: CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFUO

DEPARTAMENTO/DISTRITO: putumayo MUNICIPIO: San Miguel

Nota 1: Los menores de edad a partir de 12 años deben firmar junto con uno de sus padres o su representante legal
Nota 2: Para los menores de 12 años deben firmar sus padres o su representante legal

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

Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

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

CARNET
RIAS

PRIMERA INFANCIA



E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA

Mi prioridad es tu salud

Nombres y Apellidos:
Thiago Emanuel Madroñero

Doc. de Identidad:
RC 1126144100

EPS:
Emssanar

Teléfono:
3121295279

Domicilio:
B/ 7 Agosto

		PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) Ó AÑOS (A)												
			5 DÍAS	1 M	2-3 M	4-5 M	6-8 M	9-11M	12-17M	18-23M	24-29M	30-35M	3 A	4 A	5 A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico													
		Atención en salud por medicina general													
		Atención en salud por enfermería													
		Atención en salud por Odontología													
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor							16-8-2023		05-02-2024			24-08-2026	
		Profilaxis y remoción de placa							16-12-2023		05-02-2024			24-08-2026	
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)									21-08-2024	26-8-2025			
	V	Vacunación										26-8-2025			

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

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

Autorización – Uso de la imagen de menor de edad:

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad TITIAGO EMMANUEL MADROÑERO TORO, identificado (a) con documento de identidad número 1126144160, 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, SILVIA MARICELA TORO. , quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1004695348, 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 FUNDACION 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 CDI FRONTERAS DE PAZ.

Suscriben:

Firma: Silvia
Nombre: SILVIA TORO
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3212952279
Fecha: 04-04-2025.
Municipio: SAN MIGUEL.

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

Silvia Tangarano
Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Agente educativa

Huella del niño/niña

Tniago Madroñero

EMPRESA DE ENERGÍA DEL BAJO PUTUMAYO S.A. E.S.P.
Nit. 846.000.553-0 - NUIR: 2-86568000-7
Autoretenedores Res. 547 de 25/01/2002
Responsables de IVA

"Generamos Desarrollo con Energía"

Vigilado Superservicios

Código de Suscripción	SM 35273	Pago oportuno hasta:	06-MAR-2025	Mes Facturado
Factura Nro.	2037006829	Suspensión a partir de:	07-MAR-2025	FEBRERO 2025

1. Información General

Nombre:										Último pago	$
Dirección:									08-FEB-2025	67,930	
								Tuve servicio de energía entre:	18-ENE-2025 - 20-FEB-2025 (33)	25-FEB-20	
Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Área	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Tarifa	División Geopolítica
		325	1	RESIDENCIAL	URBANA	1	1.6	AEREA	EMPRESA	105	SAN MIGUEL - 7 DE AGOSTO

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

2. Información Consumo Energía

Componentes del Costo (CU): Generación 50.93 + Transmisión 56.03 + Distribución 249.01 + Comercialización 113.93 + Pérdidas 69.39 + Restricción 10.47 = CU ..... ($/KwH)

2A. Información Medidor

Marca	Serial	Factor Multiplo
LUZ	16271973	1

2B. Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	11474	11325
Reactiva:		

Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

2C. Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	149		
Consumo Reactiva KVarh:	0		
Costo del consumo $	149253.29		
Tarifa (hasta 173 Kwh):	402.74		
Subsidio: %	59.79	$	-89245.11
Contribución: %	0	$	0
Sub Total $	60008.18		

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

2D. Consumo Ultimos 6 Meses

Mes	Consumo
2025/Ene	163
2024/Dic	168
2024/Nov	170
2024/Oct	157
2024/Sep	154
2024/Ago	170

Promedio: 164

2E. Información Calidad del Servicio

Tel O.R. EEPB 01 8000 942410
Transformador SUD106 Grupo 22
DRUG 30.24 FRUG 19 Circuito C14
Cargo D: 257.19 Dscto %t 20
CEC 163.26
DIU 92.96 FIU 101.00
HC 0.00 VC 2.00
Valor a compensar 8,399.09

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	149,253.29	0	0.00	149,253
SUBSIDIO	89,245.11	0	0.00	89,245
AJUSTE A SUBSIDIO	2,703.54	0	0.00	2,704
COMPENSACION RES CREG 015/2018	8,399.09	0	0.00	8,399
AJUSTE A LA DECENA	1.37	0	0.00	1

5. Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP

54.404

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 007 31/08/2023	Cra 4 Cll 7 Laguna	10,966	0	10,966

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										
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
					0
					0
					0

Total EEBP	+	Total Impuesto Alumbrado público	+	Total Aseo y/o Alcantarillado	+	Total Otros Convenios	=	Debo pagar en Total
54,404		10,966		6,000		0		71,370

CUFE: [redacted]

(415)7709998005532(8020)1000203700682977(3900)000007137O(96)20250306

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

www.eebpsa.com.co @eebpsaesp /eebpsa

Fac. Electronica: EEBP 122315

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 Merito Ejecutivo de acuerdo a las Normas del Derecho Civil y Comercial Ley 142 Art. 130

Proveedor Tecnologico: diseapeles S.A.S. NIT: 860028580-2 Software factus

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre 25

Ciudad San Miguel la Dorada

Nombre completo de la niña o niño THIAGO EMMANUEL MADROÑERO TONGUINO

Fecha de nacimiento 25 09 2021 **N° Documento de Identidad** 1.126.144.100

Sexo Masculino ⊗ Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** 14 04 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador LILIANA TOTISTAR

Fecha de registro cualitativo Día 02 Mes 04 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 EN PERFIL DE DESARROLLO ESPERADO YA QUE DEMUESTRA HABILIDADES PROPIAS DE SU EDAD LO QUE INDICA HABILIDADES MOTRICES CON BUENA COORDINACION, EXPRESION DE EMOCIONES Y EXPLORACION DEL MEDIO QUE LO RODEA, SIN EMBARGO SE SEGUIRA PROMOVIENDO EXPERIENCIAS QUE LA PERMITAN SEGUIR ENRIQUECIENDO SU LENGUAJE VERBAL

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador LILIANA TOTISTAR RUIZ

Fecha de registro cualitativo Día 3 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 EN UN PERFIL ESPERADO DE ACUERDO A SU DESARROLLO Y EDAD CRONOLOGICA. DURANTE ESTE PROCESO SE HA EVIDENCIADO EL ENRIQUECIMIENTO DEL LENGUAJE VERBAL, DESPEJA DUDAS FORMULANDO PREGUNTAS SENCILLAS, IDENTIFICA ALGUNAS DEPENDENCIA DEL CDI Y LAS NOMBRA, RELACIONAS HERRAMIENTAS DE TRABAJO CON LA PROFESION.

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)***

oración litativa ⇨	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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: THIAGO EMMANUEL MADROÑERO UNIDAD DE ATENCIÓN: PREJARDIN 1. AGENTE EDUCATIVO: LILIANA TOFIÑO

MUNICIPIO: SAN MIGUEL FECHA DE INGRESO: 01-03-2025.

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
1-12-25	A LAS 7:36 A.M DEL DIA DE HOY LA MADRE DE FAMILIA ENVIA MENSAJE POR WHATSAPP A LA DOCENTE DANDO A CONOCER QUE EL NIÑO NO ASISTIRÁ EL DIA DE HOY PORQUE ESTAN VIAJANDO; POR LO ANTERIOR SOLICITA PERMISO POR EL DIA DE HOY, MAÑANA YA ASISTIRÁ PONTUALMENTE.	X LA DOCENTE REGISTRA LA NOVEDAD.		Silvia Tongino

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: THIAGO EMMANUEL MADRONERO UNIDAD DE ATENCIÓN: PREJARDIN 1 AGENTE EDUCATIVO: LINDA TOTIAR.

MUNICIPIO: SAN MIGUEL FECHA DE INGRESO: 01-03-2025.

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)
	EL NIÑO EL DIA DE HOY SE ENCUENTRA EN CONTROL DE HIGIENE ORAL. LA MADRE DE FAMILIA MEDIANTE UN MENSAJE ESCRITO (WHATSAPP) SOLICITA DEJAR ENTRAR AL NIÑO DESPUES DEL CONTROL. 9:14 AM LA MADRE DE FAMILIA TRAE AL NIÑO AL CDI. DESPUES DEL CONTROL DE HIGIENE ORAL, SE MUESTRA BIEN DE SALUD Y ESTADO EMOCIONAL.	* LA DOCENTE DA A CONOCER A COORDINACION PARA QUE LO DEJEN PASAR, YA QUE VIENE DE CONTROL DE HIGIENE ORAL. * LA DOCENTE SOLICITA A LA MADRE DE FAMILIA TRAER COPIA DE DOCUMENTO ACTUALIZADO.		Silvia Tongino

Fundación Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: THIAGO. EMMANUEL. MADROÑERO **UNIDAD DE ATENCIÓN:** PREJARDIN 1 **AGENTE EDUCATIVO:** LILIANA TORRES.

MUNICIPIO: SAN MIGUEL. **FECHA DE INGRESO:** 01-03-2025

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	SEGUIMIENTO	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
29-05-2025	A LAS 9:15 A.M. SE REALIZA EL LLAMADO A LA MADRE DE FAMILIA, SE LE SOLICITA DE COGER AL NIÑO YA QUE SE OBSERVA DECAIDO Y PRESENTO VOMITO EN EL MOMENTO DEL DESAYUNO 9:23 A.M LA MADRE DE FAMILIA RETIRA AL NIÑO DEL CDI	- LA DOCENTE REALIZO LLAMADA TELEFONICA A LA MADRE DE FAMILIA, PARA QUE VAYA AL CDI POR EL NIÑO - SE RECOMIENDA A LA MADRE DE FAMILIA LLEVAR AL MEDICO PARA QUE LO VALOREN.	- SE DA A CONOCER LO ANTERIOR AL APOYO EN NUTRICION PARA QUE REALICE SU RESPECTIVO ACOMPAÑAMIENTO. - EN HORAS DE LA TARDE LA DOCENTE SE COMUNICA CON LA MADRE DE FAMILIA, QUIEN REFIERE QUE NO HA PRESENTADO FIEBRE, NI VOMITO.	DOCENTE	· Silvia Torquino
30-05-2025	EL DIA DE HOY EL NIÑO NO ASISTE AL CDI.	- LA DOCENTE ENVIA MENSAJE DE 402.	EL DIA DE HOY EL NIÑO NO ASISTIO AL CDI, LA DOCENTE DEJA UN MENSAJE DE 402 PARA SABER SI EL NIÑO SIGUE ENFERMO O CUAL ES EL MOTIVO POR EL CUAL NO ASISTIO.	DOCENTE	· Silvia Torquino

Fundación Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: THIAGO EMMANUEL MADROÑERO UNIDAD DE ATENCIÓN: PREJARDIN 1 AGENTE EDUCATIVO: LILIANA TOTISIAR.

MUNICIPIO: SAN MIGUEL. FECHA DE INGRESO: 01-03-2025.

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)
05-2025	A LAS 8:08 A.M LA MADRE DE FAMILIA ENVIA UN MENSAJE A WHATSAPP, REFIRIENDO QUE EL NIÑO AMANECIO CON UNA ALERGIA (CHANCHITAS ROJAS EN LA CARA) POR LO TANTO SOLICITA PERMISO PARA LLEVARLO AL MEDICO.	LA DOCENTE ESTABLECE LA NOVEDAD Y SOLICITA A LA MADRE DE FAMILIA INFORMAR SOBRE LA SALUD DEL NIÑO DESPUES DE LLEVAR AL MEDICO. AL NIÑO	- EL DIA VIERNES EN LA TARDE LA MADRE DE FAMILIA SE COMUNICA CON LA DOCENTE Y LE REFIERE QUE LE COMPRÓ UNA CREMA, LE APLICO Y LE QUITO LA ALERJA	DOCENTE	Silvia Tenguno
19-05-2025	EL DIA DE HOY EL NIÑO ASISTE AL CDI; NO SE OBSERVA ALERGIA EN NINGUNA DE LAS PARTES DEL CUERPO.			DOCENTE	Silvia Tenguno

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: THIAGO. EMMANUEL. HADROÑERO UNIDAD DE ATENCIÓN: PREJARDIN 1 AGENTE EDUCATIVO: LILIANA TUTISTAR.

MUNICIPIO: SAN MIGUEL. FECHA DE INGRESO: 1-03-2025

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)
03-2025	LA MADRE DE FALIA SOLICITA PERMISO YA QUE SE ENCUENTRA EN LA FINCA Y POR LA LLUVIA NO PUDO SALIR A TIEMPO.	- REGISTRAR LA NOVEDAD.	-04-2025 EL DIA DE HOY. EL NIÑO ASISTE EN BUENAS CONDICIONES DE SALUD.		
22-04-2025	EN HORAS DE LA MAÑANA LA MADRE DE FAMILIA SE COMUNICA VIA TELEFONICA, SOLICITANDO PERMISO PARA EL NIÑO YA QUE SE ENCUENTRA CON DOLOR DE ESTOMAGO.	- SE RECOMIENDA LLEVAR AL MEDICO SI LOS SINTOMAS PERSISTEN	- EN HORAS DE LA TARDE SE REALIZARA LLAMADA PARA VERIFICAR ESTADO DE SALUD DEL NIÑO.		
	POR LO CUAL PREFIERE BRINDAR LOS CUIDADOS EN CASA POR ESTE DIA.				
23-04-2025	EL NIÑO ASISTE EL DIA DE HOY A LA HORA ACORDADA 8:00 A.M		- SE EVIDENCIA EN BUENAS CONDICIONES DE SALUD		