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 | 4 | 2025

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

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

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

Unidad de Servicio sugerida: CDI Fronteras de paz

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

Número de documento: 1122343758

Fecha nacimiento: 3 | 07 | 2021

Nombres: Thiago Mathias **Apellidos:** Piñero perez

Presenta discapacidad? ( ) Si (X) No

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

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

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

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

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

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

Departamento residencia: Putumayo **Municipio de residencia:** San Miguel **Zona:** Urb **Barrio:** (los prados) **Vereda:**

Sector: **Dirección:** por la cuadra de tv cable.

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

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

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

Número de documento: 1130164220

Nombres: Indri Maryuri **Apellidos:** Perez Adarme **País de nacimiento:** Colombia **Fecha nacimiento:** 9 | 02 | 2006

Correo electrónico: pmaryuri1646@gmail.com **Número de celular:** 3138509082 **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: Maryori Perez

Nombre y Firma del profesional que diligencia: Leidy Marcela Rincón E.

Observaciones:

Fundación Alma de Vida

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO: Thiago Mathias piñero perez

Nº DOCUMENTO: 1122343758 **TIPO DOCUMENTO: RC** X **CC** ___ **OTRO** ___

FECHA DE NACIMIENTO: 03/01/2021 **EDAD:** _____

LUGAR DE NACIMIENTO: Valle del Guamuez

NOMBRE DE LA UDS: CDI Fronteras de paz
CODIGO UDS: 8673711176972 **BARRIO/VEREDA:** 7 de agosto
FECHA DE INGRESO: 01/04/2025 **FECHA DE RETIRO:** _____

SISBEN: A4 **EPS:** Emssanar **RÉGIMEN (C)** ___ **(S)** X

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

GRUPO ETNICO: SI ___ **NO** X **¿CUAL?** _____

GRUPO AFROCOLOMBIANO: SI ___ **NO** X **¿CUAL?** _____

NOMBRE DE LA MADRE: Indri Maryuri perez Adarme

Nº CÉDULA: 1130164220 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San Miguel

NOMBRE DEL PADRE: _____

Nº CÉDULA: _____ **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** _____

Nº DE CELULAR: 3138509082

NOMBRE DEL ACUDIENTE: Indri Maryury perez

Nº CÉDULA: 1130164220 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** San miguel

DIRECCIÓN VIVIENDA: B/los prados **ZONA POBLACIONAL: (R)** ___ **(U)** ___

NUMERO DE CELULAR 3138509082

Indri Maryuri Perez
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Leidy Marcela Rincón
NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO
Número: **N** 1442876

NUIP 1.122.343.758

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
PIÑERO PEREZ THIAGO MATHIAS

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)											Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año	2	0	2	1	Mes	J	U	L	Día	0	3	MASCULINO	O +

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA PUTUMAYO VALLE DEL GUAMUEZ

Fecha de Inscripción (Mes en letras)											Indicativo serial
Año	2	0	2	1	Mes	J	U	L	Día	0	9	0061318510

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
PEREZ ADARME INDRI MARYURI

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
TARJETA DE IDENTIDAD 1.130.164.220	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
PIÑERO SIVIRA MIGUEL ANGEL

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
DOCUMENTO EXTRANJERO 30796889	VENEZUELA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
PEREZ ADARME INDRI MARYURI

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.130.164.220

Espacio para notas
VALIDO PARA TRAMITES LEGALES Y CIVILES

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio	Código
COLOMBIA PUTUMAYO SAN MIGUEL(LA DORADA)	X 8 Z

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)											Nombre y firma del funcionario
Año	2	0	2	1	Mes	J	U	L	Día	0	9	ROY EDISON CALLE QUIRAMA

Registrador del Estado Civil

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
Adhesivo Copia Registro Civil
28742336-5

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



Apellidos
PEREZ ADARME

NUIP 1.130.164.220

Nombres
INDRI MARYURI

Nacionalidad
COL

Estatura
1.54

Sexo
F

Fecha de nacimiento
09 FEB 2006

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
VALLE DEL GUAMUEZ
(LA HORMIGA)(PUTUMAYO)

Fecha y lugar de expedición
12 FEB 2024, SAN MIGUEL(LA DORADA)

Firma
Indri Maryuri Perez

Fecha de expiración
12 FEB 2034

.CO

039604635

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL039604635064018<<<<<<<<<<
0602091F3402122COL1130164220<7
PEREZ<ADARME<<INDRI<MARYURI<<<

Sisbén
Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta:	25/03/2025
Ficha:	867576741052800008652

A4

GRUPO SISBÉN IV

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: THIAGO MATHIAS

Apellidos: PIÑERO PEREZ

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122343758

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:	25/04/2024
Última actualización ciudadano:	17/01/2025
Última actualización via registros administrativos:	

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

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

Contacto Oficina SISBEN

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

ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	RC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1122343758
NOMBRES	THIAGO MATHIAS
APELLIDOS	PIÑERO PEREZ
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	28/07/2021	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/09/2025 21:13:24	**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

7

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 1122343758
Apellidos:	PIÑERO PEREZ
Nombres:	THIAGO MATHIAS
Ficha Sisben:	867576741052800008652
Nivel Sisben:	Nivel I
Grupo Sisben	A04
Tipo de discapacidad:	Ninguna
Plan de salud:	Régimen Subsidiado
Estado de servicio:	Vigente
Fecha de Afiliación:	28/07/2021
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 25 de Marzo de 2025 a solicitud del interesado.

JEFE COMERCIAL
EMSSANAR EPS SAS

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

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO

LA DORADA

Servimos con amor

Barrio el Paraiso
La Dorada - San Miguel
Putumayo

hfronterizop@yahoo.es

313-4821413

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA ...Sanos



E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

Nombres: Thiago Mathias	Apellidos: Piñero Perez
Fecha de nacimiento: DIA 3 / MES 07 / AÑO 2021	Historia Clínica: 1-122.343.788
Barrio/Vereda: Los prados	Responsable del niño: Indri PEREZ
Teléfono:	EPS: Ensalnar

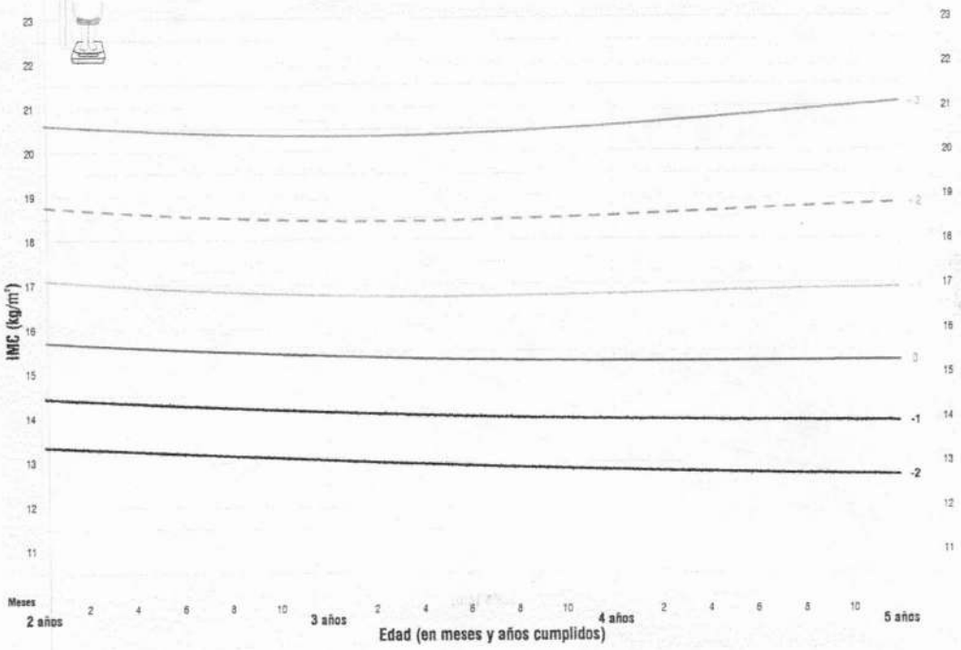
CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ	
				SI	NO
05	agosto	2021	Ingreso	✓	
06	Sep	2021	Enf	✓	
07	Noviembre	2021	Medico	SI ✓	
10	Enero	2022	x Enf.	✓	
03	Abril	2022	Enferm.	✓	
12	Julio	2022	V.M.O.	SI ✓	
08	enero	2023	enfermm	S: ✓	
03	Julio	2023	Medico		
13	Julio	2023	Medico	Si	
13	Enero	2024	Enf.	Si	
03	Julio	2024	Méd.	Si	
03	Julio	2025	Enf		
10	Julio	2025	Enfer	SI ✓	Milena C.
03	Julio	2026			

10
BV

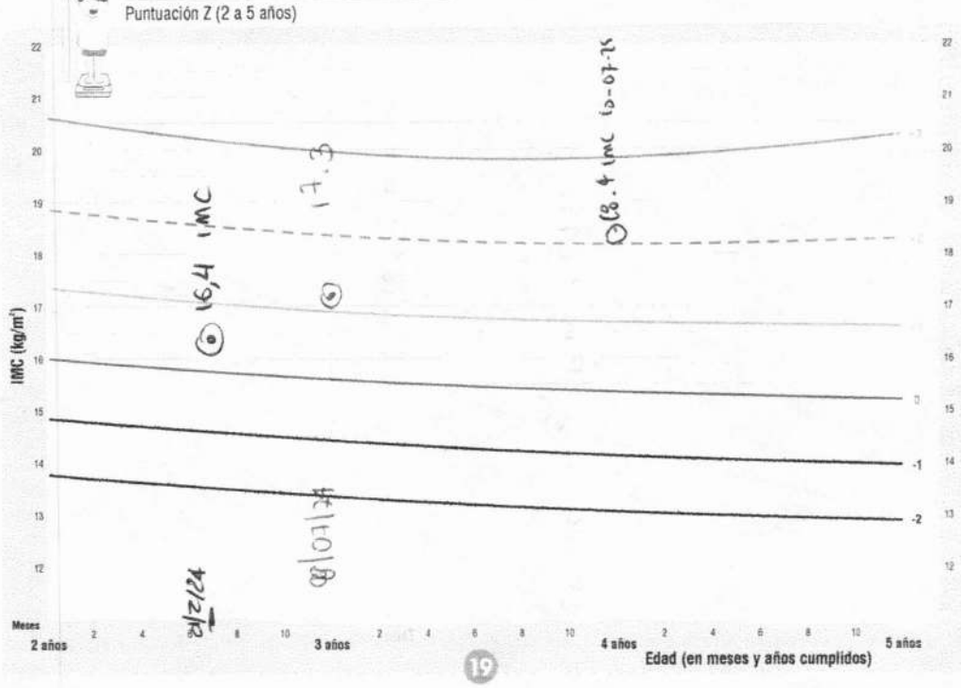
IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



IMC para la Edad Niños

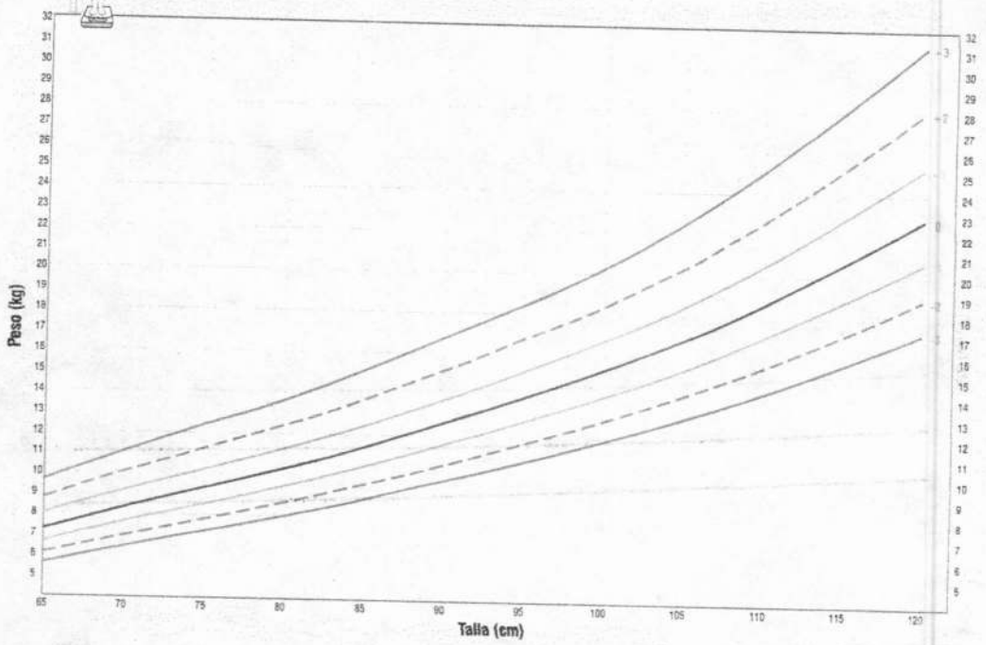
Puntuación Z (2 a 5 años)



11

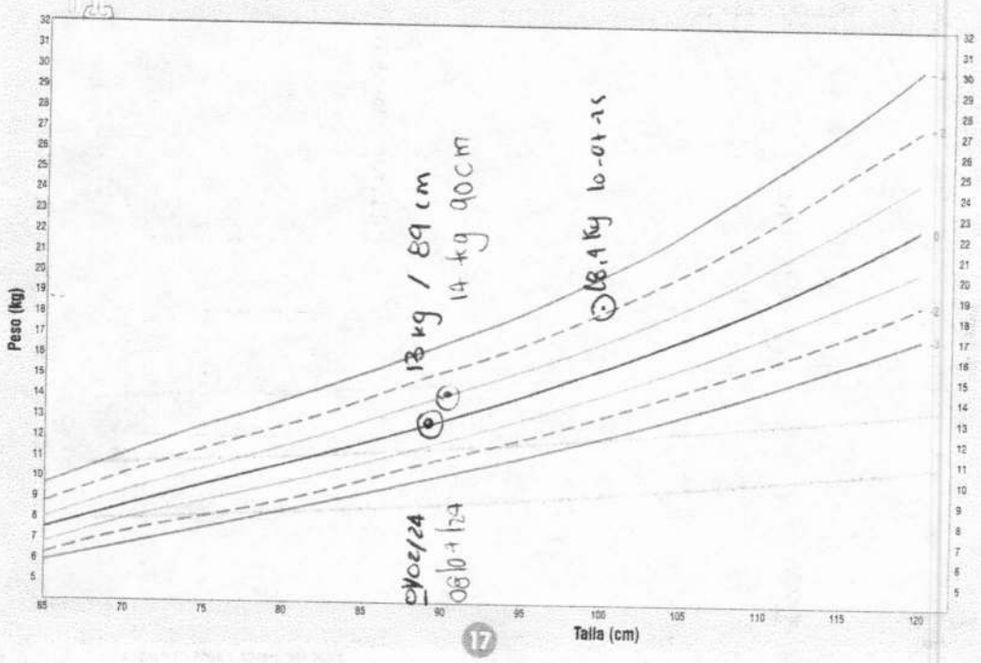
Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



Peso para la Talla Niños

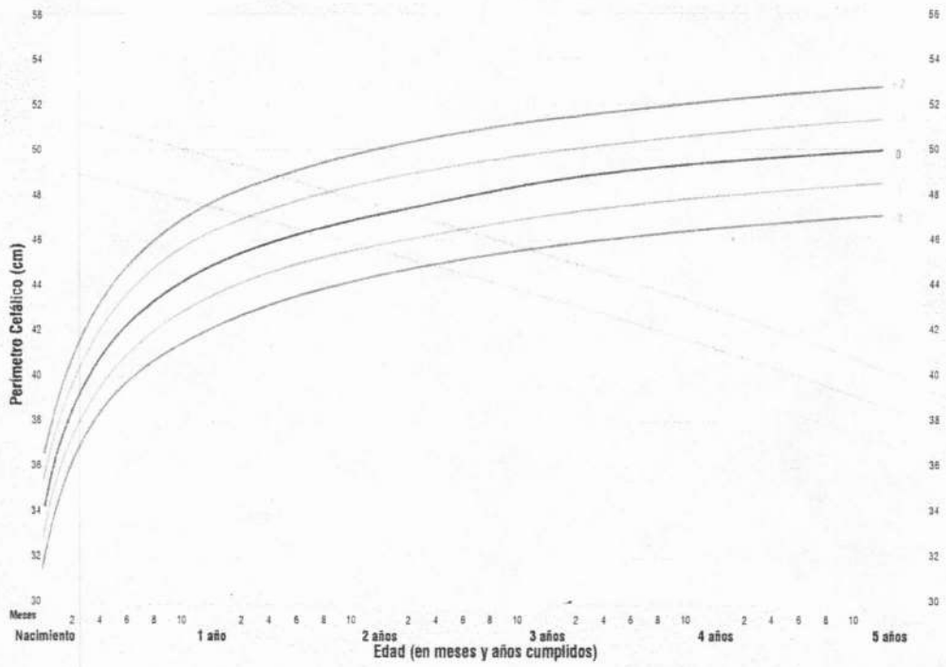
Puntuación Z (2 a 5 años)



12
F/V

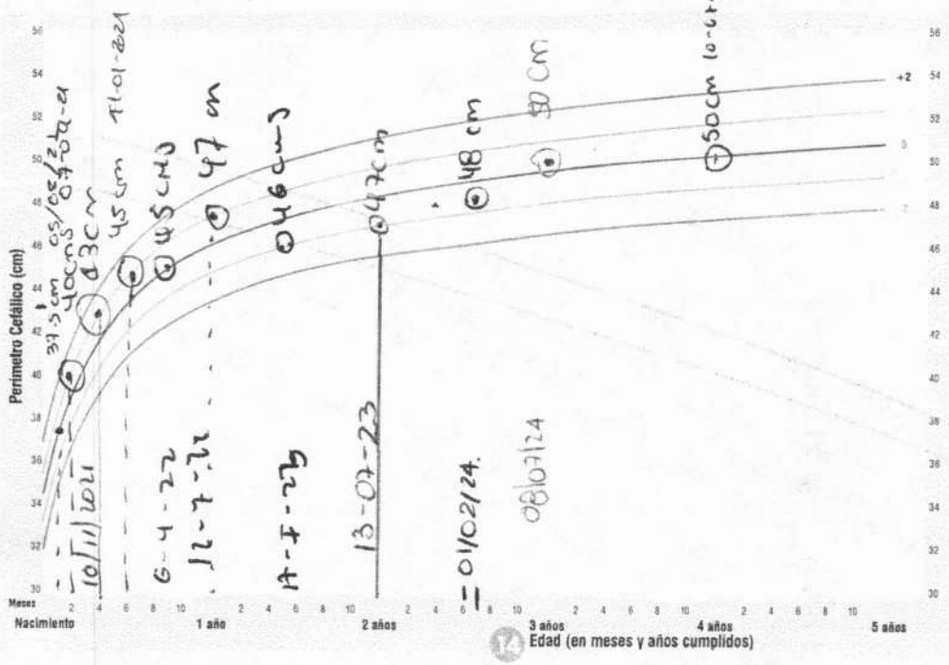
Perímetro Cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)



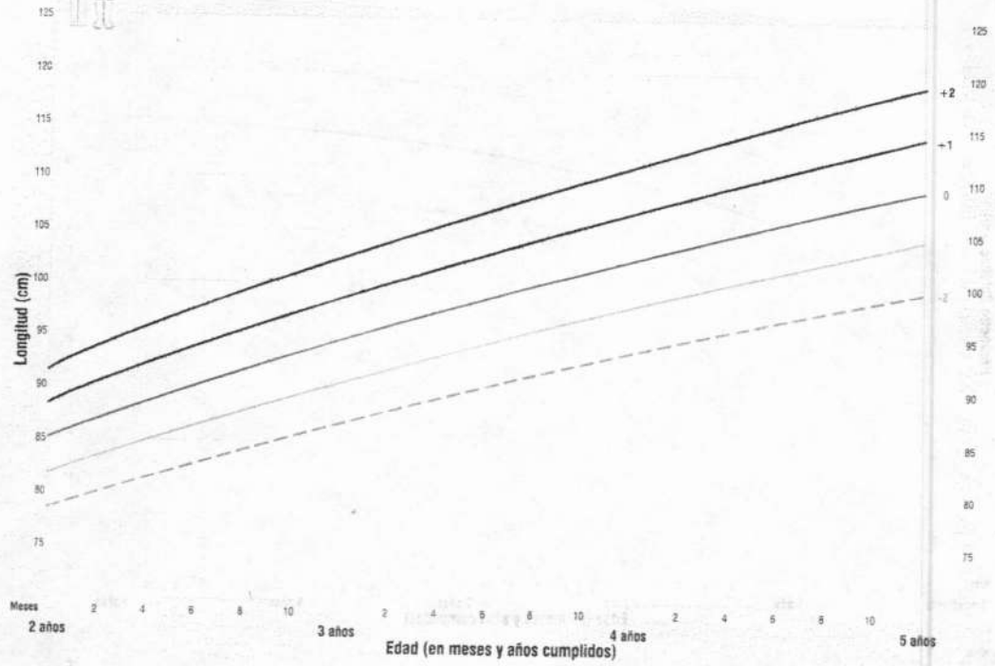
Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)



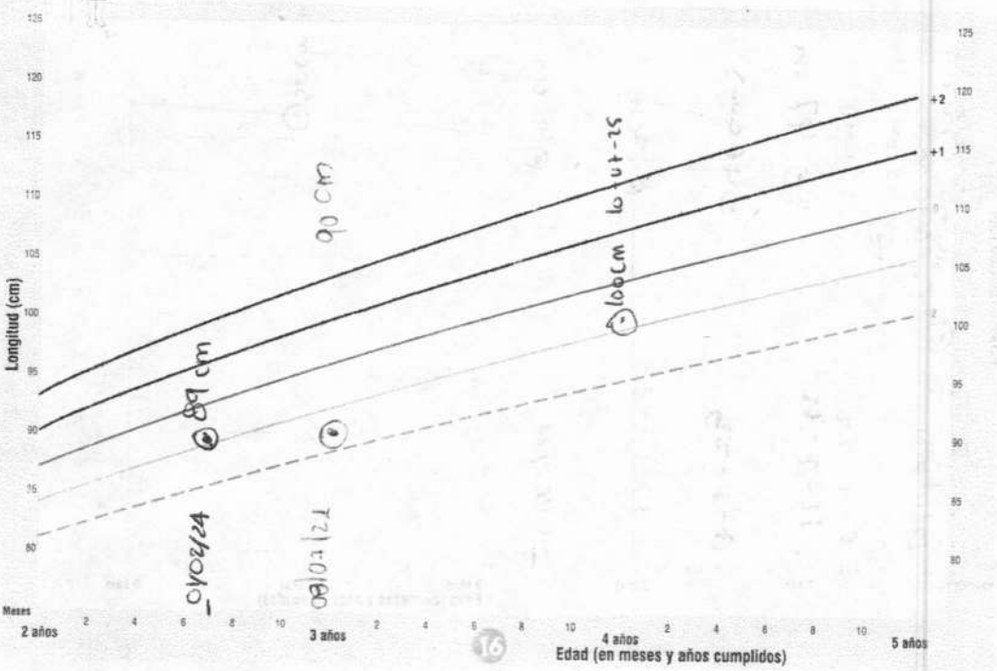
Talla para la edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



Talla para la edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



Nombre: _____ Registro Civil: _____

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de Aplicación Día Mes Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día Mes Año	Nombre del Vacunador
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐							
	Tuberculosis B.C.G.	Única	3-Julio-21	Serum	03706071	ESE HSCJ		Jimenez Auxpal
	Hepatitis B	Recién nacido	3-Julio-21	Serum	03106002A	ESE HSCJ		Jimenez
2 Meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐							
	Polio (Oral - IM)	1ª	07-09-21	Sanofi	2017004	HFD		Ana Isaad
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	07-09-21	Biolo	2830401E	HFD		Ana Isaad
	Rotavirus	1ª	07-09-21	GSK	AROIC77A	HFD		Ana Isaad
	Neumococo	1ª	07-09-21	GSK	ASPNB310A	HFD		Ana Isaad
4 Meses	Lactancia materna exclusiva Sí ☐ No ☐						CITA 7-NOV. 2021	
	Polio (Oral - IM)	2ª	08-11-21	Biological	2017004	HFLD		Paula C
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	08-11-21	Serum	2830401B	HFLD		Paula C
	Rotavirus	2ª	08-11-21	GSK	AROIC77A	HFLD		Paula C
	Neumococo	2ª	08-11-21	GSK	ASPNB310A	HFLD		Paula C.
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.							
	Polio (Oral - IM)	3ª	19-01-22	Biological	2017004	HFLD		Sady M.
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	19-01-22	Serum	2830401B	HFLD		Sady M.
	Influenza	1ª	12-07-2022	Green	U5022008	HFLD		Paula C
7 Meses	Influenza	2ª	02106123	GlenSS	U5052300I	HFLD		Eduard V B
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	12-07-22	Serum	01B0N133	HFLD		Daniela Casanova Tec. Aux. en Enfermería CC. No. 1007728227
	Fiebre Amarilla	1ª	12-07-22	Sanofi	T3624	HFLD		Daniela Casanova Tec. Aux. en Enfermería CC. No. 1007728227
	Neumococo	Refuerzo	12-07-22	GSK	ASPNB331AA	HFLD		Daniela Casanova Tec. Aux. en Enfermería CC. No. 1007728227
	Influenza	Anual 2.	13-07-23	Green	U5082300I	HFLD		
	Hepatitis A	ÚNICA	12-07-22	MSD	V019226	HECD		
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª Refuerzo	17-02-23	Serum	2851X021D	HFLD		
	Polio (Oral - IM)	1ª Refuerzo	17-02-23	Serum	2141014	HFLD		
5 Años	Polio (Oral - IM)	2º Refuerzo						
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2º Refuerzo						
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1 Refuerzo	17-02-23	Serum	0130N133B	HFLD		
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª						
	VPH	2ª						
	VPH	3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis	Varicela	Ud.	12-07-22	Merck	V025353	HFLD		Daniela Casanova Tec. Aux. en Enfermería CC. No. 1007728227
	SR	UD	17-01-23	Serum	0122W017	HFLD		Dennis Narvaez

14 AÑOS

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

PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA			
Al momento de nacer	Fecha:		
PRIMER CONTROL MÉDICO			
Durante el primer mes de vida	Fecha:		
SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA			
Edad	**Fecha de cita programada**	**Fecha en que asistió**	**Profesional que atendió**
1 a 3 meses			
4 a 6 meses			
7 a 9 meses			
10 a 12 meses			
13 a 16 meses			
17 a 20 meses			
21 a 24 meses			
25 a 30 meses			
31 a 36 meses			
37 a 48 meses			
49 a 60 meses			
61 a 66 meses			
67 a 72 meses			
73 a 78 meses			
79 a 84 meses			
8 años (1)			
8 años (2)			
9 años			

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

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

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

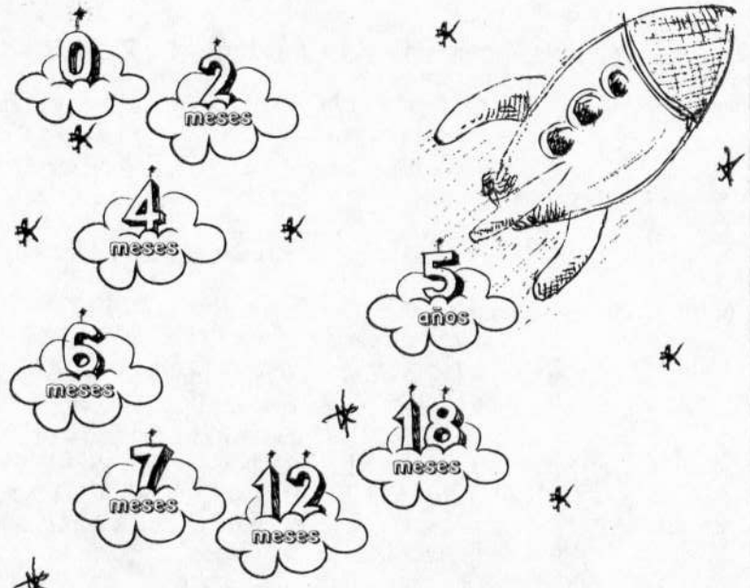
Valor reportado TSH:	
Fecha verificación:	
Profesional que verificó:	

Exíjalo

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

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

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



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

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

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

AIEPI
Porque mi vida hoy que protegerla hoy

de cero a Siempre
ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

15

Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Thiago Kathias piñero pere
Fecha de nacimiento: 03-Julio-2021
Nº de certificado de nacido vivo: ----------
Registro civil: 1122343758
Sexo: Masculino
Grupo sanguíneo: ----------
Peso al nacer: 2550 38
Dirección: municipio/san/migel
Teléfono: 3124099886
Responsable: Andri maryuri Pereza 1130164220
Municipio de residencia: San migel
Departamento: Putumayo

118

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

16
P/N

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

ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE LA VACUNA CONTRA EL SARS-COV-2 / COVID-19

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL

La salud es de todos | Minsalud

CIUDAD San Miguel FECHA: DÍA 22 MES 04 AÑO 2025 HORA: 3:40 PM

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Thiago Mathias APELLIDOS Piñero Perez

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1.122.343.758.

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 03 MES: 07 AÑO: 2021 / EDAD: 3. años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Emssanar Tel: 3138501549

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) Familiares no autorizan Vacunación

¿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.

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

Firma de la persona: Indu Marguri Perez

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

Nombres Marguri Apellidos Perez

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 1130164220.

Firma: Indu Marguri Perez

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: Jenifer Yulieth Cabezas Meneses.

Firma Jenifer Cabezas Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 1126446069

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFCD

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.

RECOMENDACIONES

- Cepillate los dientes despues de cada comida
- mantenga una dieta balanceada baja en azucares y carbohidratos
- Cambia tu cepillo de dientes cada 2 meses si tiene gripa o tos, cambialo inmediatamente

Tu sonrisa refleja lo que tu eres

I.A.M.I. INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y DE LA INFANCIA

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

MI CARNET DE HIGIENE ORAL

E.P.S. Emssanar
Nombres: thiago Mathios
Apellidos: Piñero Perez

Sexo: [X] [ ] Fecha de Nacimiento: 03 07 23
Identificación: 1122343758
Dirección: N.H.C.

Servimos con amor

FECHA	PROCEDIMIENTO CP	S	F	D	PRÓXIMA CITA
16-02-23	X			X	16-08-23
23-08-23	X			X	23-02-24
01-03-24	X			X	01 Sep 2024
05-09-24	—			X	05-03-2025
07-04-25	X			X	07-10-2025
07-10-25	X			X	07-04-2026

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

Autorización – Uso de la imagen de menor de edad:

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad Thiago Mathias Piñero Perez, identificado (a) con documento de identidad número 1122343758 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, Indri Maryuri Perez Adarme quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1130164220, 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 Institucional

Suscriben:

Firma: Indri Maryuri Perez
Nombre: Indri Maryury Perez
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3138509082
Fecha: 01/04/2025
Municipio: San Miguel

CLASIFICADA

PACTO DE CONVIVENCIA MODALIDAD INSTITUCIONAL

Para este año electivo 2025 el pacto de convivencia de CDI Fronteras de paz y Fronteras de Paz 1, ha sido socializado y actualizado de forma igualitaria y democrática con los integrantes de la comunidad perteneciente al programa de un acuerdo colectivo expresado en compromisos que se asumen con el objetivo de crear espacios apropiados para el desarrollo integral de las niñas y los niños que faciliten el desarrollo de relaciones entre niños y niñas, maestras administrativos padres de familia y demás personas que hacen parte de la primera infancia.

DERECHOS Y DEBERES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

DERECHOS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

- ✓ Que se le respeten y salvaguarden los derechos fundamentales (vida, salud, educación, integridad) de los niños y las niñas según las leyes que los amparan.
- ✓ Al afecto y buen trato y a que mi padre, madre o cuidador responsable atienda las llamadas de las maestras o personal del CDI en los horarios definidos.
- ✓ A una alimentación balanceada, acorde a su edad y según la minuta.
- ✓ Reconocimiento ante los demás compañeros.
- ✓ A que nos cuente que está pasando en la actualidad y nos expliquen porque este cambio en el modo de vida.

DEBERES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

- ✓ Saludar a las personas con las que me relaciono diariamente y comparto rutinas con mi familia.
- ✓ Reconozco que a veces me equivoco y pido disculpas, respetando a las personas con las que convivo.
- ✓ Cuido y recojo los materiales pedagógicos y mis pertenencias, utilizo las palabras; por favor, gracias, y hablo sin gritar.
- ✓ Atiendo cuando los demás me hablan y participó activamente en las actividades propuestas por las maestras o personal pertinente del CDI Fronteras de Paz, Fronteras de paz 1.
- ✓ Aplico normas de higiene (lavo mis manos con agua y jabón por lo menos cinco veces al día por más de 20 segundos. Me cepillo los dientes por lo menos; después de cada comida, antes de acostarme y después de levantarme) y a consumo los alimentos, especialmente las frutas y las verduras.
- ✓ Acudir de manera periódica a las UDS.

DERECHOS Y DEBERES DE LOS PADRES DE FAMILIA

DERECHOS DE LOS PADRES DE FAMILIA

- ✓ A que su hijo reciba una excelente atención; que las practicas, retos propuestos sean acordes a la edad y las necesidades de los niños y las niñas.
- ✓ A pertenecer a los comités de padres de familia.
- ✓ A que se le dé un buen trato por parte de los empleados y demás padres usuarios y a que se le escuche cuando presente sugerencias, quejas, reclamos o solicitudes.
- ✓ A recibir acompañamiento y orientación pertinente, y oportuna, que fortalezcan la práctica de cuidado y crianza de los niños y las niñas en el hogar.

DEBERES DE LOS PADRES DE FAMILIA

- ✓ En el momento de la matricula presentar los documentos solicitados y mantenerlos actualizados según corresponda.
- ✓ Informar a la agente educativa oportunamente situaciones que pongan en riesgo el bienestar de la familia especialmente el desarrollo integral de los niños y las niñas, por el medio de comunicación que considere

(telefónico, mensajería y/o escrito).

- ✓ Informar oportunamente si el niño o niña presenta alergias, asma, o enfermedades que afecten su estado de salud al agente educativo, en caso que impidan su asistencia justificarla en lo posible por escrito.
- ✓ A través del Buzón de Sugerencias manifestar sus Quejas, Peticiones, Reclamos, Sugerencias y/o felicitaciones.
- ✓ Si se toma la decisión de retirar la niña o el niño del CDI, Informar verbalmente mediante llamada o escrito por mensaje o carta de retiro voluntario escrito con el fin que a la maestra para que ella informe a coordinación.
- ✓ Asistir a las jornadas de formación a familia mensualmente y actividades de trabajo que se consideren necesarias.
- ✓ Hacer uso del uniforme cuando las condiciones económicas le permitan.
- ✓ Evitar el uso dentro del CDI de joyas de valor y el ingreso mecato dinero o juguetes
- ✓ Dar cumplimiento estricto a los horarios de ingreso y salida. CDI Fronteras de Paz (La Dorada), hora de ingreso 8:00 am (casos excepcionales los días de lluvia ingreso máximo hasta las 8:15 am) y hora de salida 4:00 pm. Puerto Colon hora de ingreso 8:00 am (casos excepcionales los días de lluvia ingreso máximo hasta las 8:15 am) hora de salida 4:00 pm.
- ✓ Se permitirá la apertura del portón de las instalaciones del CDI Fronteras de paz 1 Puerto Colon,10 minutos antes de la hora de ingreso, así como También en la hora Salida, (solo en casos excepcionales de días de Lluvia) con el fin de resguardar a los usuarios y a sus familias, según las condiciones climáticas.

CONSECUENCIAS DE COMPORTAMIENTOS INADECUADOS E INCUMPLIMIENTO DE DEBERES POR PARTE DE LOS PADRES DE FAMILIA.

1) En caso de incumplimiento de los deberes o acuerdos establecidos en el pacto de convivencia por parte de los padres, se procederá a iniciar un diálogo entre los padres de familia, la agente educativa, la coordinadora, Apoyo Psicosocial y/o Nutricionista, según corresponda. Como parte del proceso, se implementarán estrategias que pueden incluir llamados de atención, establecimiento de compromisos y actividades pedagógicas como trabajos comunitarios y mingas, de acuerdo con su pertinencia y viabilidad para garantizar el cumplimiento de los compromisos y actividades propuestas.

2) En caso de inasistencias no justificadas, agente educativa remitirá el caso a apoyo psicosocial y Nutricionista; quienes realizaran contacto y seguimiento por medio telefónico, en encuentro en el hogar o por el medio que sea necesario, constatando el estado y motivo de la inasistencia del usuario o usuaria y tomará las acciones pertinentes y pactará compromisos con las familias (diligenciamiento del formato de novedades); para dar continuidad a la atención en la UDS. Si reincide en otra falta se notificará a la coordinadora, quienes junto con la psicosocial verificaran la justificación a la inasistencia y activación de rutas ante el incumplimiento.

Para efectos de legalidad, se firma el presente documento a los 28 días, del mes de abril del año 2025.

PAOLA CHATES
Coordinadora pedagógica

EDDY PATRICIA LÓPEZ
Apoyo psicosocial

Indri Maryuri Perez A
Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Leidy Marcela Rincon
Agente educativa

Huella del niño/niña

Thiago

NUMERO TRANSACCION: 311992269
FECHA: 05/03/2025 HORA: 08:36:16
VENDEDOR: 1006848202
SUPERSERVICIOS DE NARINO S.A.
NIT: 800249355-1

CODIGO SEGURIDAD
Ñ┐#361236535330┐J#>

RECAUDO EMPRESA DE ENERGIA DEL BAJO PUTU MAYO EEBP
REFERENCIA: 2037007604
CLIENTE: *
VALOR PAGO: $336,980
FECHA PAGO: 05/03/2025 HORA:08:36:13
NRO SUSCRIPCION: 39430

TRANSACCION EXITOSA

22

"Generamos Desarrollo con Energía"

Vigilado Superservicios

o de pción	SM 39430	Pago oportuno hasta:	06-MAR-2025
a Nro.	2037007604	Suspensión a partir de:	07-MAR-2025

Mes Facturado
FEBRERO 2025

10-FEB-2025 | Último pago: $

Tuve servicio de energía entre: 19-ENE-2025 - 19-FEB-2025 (31) 25-FEB-20

rea	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Tarifa	División Geopolítica
RBANA	1	1.5	AÉREA	EMPRESA	1R6	SAN MIGUEL - LOS PRADOS

ledio de Pago	Forma de Pago	Factura Electrónica de Venta

ión + Transmisión + Distribución + Comercialización + Pérdidas + Restricción
502.93 56.03 249.01 113.93 69.39 10.4 CU ($/KwH)

nsumo del Periodo		2D.Consumo Ultimos 6 Meses		2E.Información Calidad del Servicio
	447	Mes	Consumo	Tel. O.R. EEBP 01 8000 942415
arh:	0	2025/Ene	471	Transformador: SLD104 Grupo 22
	447759.86	2024/Dic	471	DIUG 30.24 FIUG 19 Circuito C14
):	402.74	2024/Nov	367	Cargo D 257.19 Dscto %I 20
$	-103620.16	2024/Oct	321	CEC 471.82
		2024/Sep	352	DIU 79.67 FIU 96.00
		2024/Ago	280	HC 1.16 VC 3.00
		Promedio:		Valor a compensar: 48,539.50

Activa:	17796	17349	Contribución: %	$ 0
Reactiva:			Sub Total $	344139.7
Tipo Liquid.:	DIFERENCIA DE LECTURAS		Meses en deuda:	1
Obs. Lectura:			% Tasa Interés Moratorio:	.5

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	447,759.86	0	0.00	447,760
SUBSIDIO	- 103,620.16	0	0.00	- 103,620
AJUSTE A SUBSIDIO	3,691.32	0	0.00	3,691
COMPENSACION RES CREG 015/2018	- 48,539.50	0	0.00	- 48,540
AJUSTE A LA DECENA	1.48	0	0.00	1

5.Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP

299.293

6.Información Facturación Convenio Impuesto Alumbrado Público

Sujeto Activo	Operador A.P.	Convenio No.	Dirección PQR	Valor Periodo	Saldo Ant.	Valor Total
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL	MUNICIPIO SAN MIGUEL	ACUERDO 008 31/08/2023	Cra 4 Cll 7 Esquina	31,687	0	31,687

7.Información Facturación Convenio Aseo y Alcantarillado

Concepto	Empresa	Dirección PQR	USO	Valor Tarifa	Subsidio o Factor Solidario	Cargo Consumo o Variable	Valor Tasa Ambiental	Saldo Anterior	Ajustes/Otros	Valor Total
Alcantarillado				0	0	0	0	0		0 0
Aseo*	Alcaldia San Mi	Cra 4 Cll 7 Esq B/La Liberta		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
299,293		31,687		6,000		0		336,980

CUFE:

(415)7099980055532(8020)1000203700760444(3900)0000336980(96)20250306

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

www.eebpsa.com.co @eebpsaesp /eebpsa

Fac. Electronica: EEBP 122958

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

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

Proveedor Tecnológico: diamanlas S.A.S. NIT: 860028630 Software facturación

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre 23

Ciudad San Miguel - La dorada - Ptyo

Nombre completo de la niña o niño Thiago Mathias piñeros perez

Fecha de nacimiento 03 07 2021 **N° Documento de Identidad** 1122343758

Sexo Masculino ● Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** 01 04 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Leidy Marcela Rincón E

Fecha de registro cualitativo 04 07 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 cuenta situaciones vividas, expresa lo que quiere y siente, tambien implementa gestos en sus relatos, disfruta inventando nuevo movimientos y juega utilizando la imaginación, se de fortalecer el seguimiento de normas.

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

●

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Leidy Marcela Rincón Echeverry

Fecha de registro cualitativo Día Mes Año 2 10 2025

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

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

Observaciones generales

● Thiago es muy activo y planca y participa en juegos con otros niños y niñas, tambien utiliza cosas del medio para sus juego utilizando la imaginación.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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

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

Observaciones generales

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

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

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

BIENESTAR FAMILIAR

25 R/C

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Thiago Mathias Piñero **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Pre jardin 2 **AGENTE EDUCATIVO:** Yarcela R

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 01-04-25

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)
Viernes 21-11-25	El dia de hoy no asiste el niño y mediante un mensaje de Whatsap la madre refiere que el dia de hoy va a desparacitar el niño y que son 3 dias de reposo.	La agente le realica recomendaciones a la madre de familia de que la proxima vez sea un fin de semana y no haga faltar el niño al CDI.	Yarcela R.	Maryuri Perez

BIENESTAR FAMILIAR

26 RV

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Thiago Piñeros UNIDAD DE ATENCIÓN: prc jardin 2 AGENTE EDUCATIVO: Marcela R

MUNICIPIO: San Miguel FECHA DE INGRESO: 01-04-2025

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)
Martes 18-11-2025	El dia de hoy el niño no asistio al col y se desconocen las causa ya que no han informado.	La agente educativa realiza la llamada a la madre de familia la cual refiere que se encuentra viajando de retorno al municipio de San Miguel desde pitalito, ya que viajaron el fin de semana por el puente festivo, se realizan las recomendaciones a la madre de familia.	Marcela R.	Maryuri Perez

BIENESTAR FAMILIAR

27 R/L

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Thiago piñero UNIDAD DE ATENCIÓN: Pre jardín 2 AGENTE EDUCATIVO: Yarcela R

MUNICIPIO: San Miguel. FECHA DE INGRESO: 01-04-2025

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)
Miercoles 15/11/2025	El dia de hoy el niño asiste al CDI en compañia de su madre con un golpe en la parte izquierda del ojo. La madre refiere que el dia de ayer en casa el niño se subio al mesón en un momento en que la madre estaba ocupada en otra actividad y no presto atención y el niño se cayo. Se evidencia un moreton e inflamación en la zona afectada.	Se realizan recomendación sobre la prevención de accidentes en casa y se realiza la remision al area coordinación y salud y nutrición para que se realice el respectivo seguimiento. *por parte del area de salud y nutrición se realiza el llamado a la madre de familia para que recoja el niño y lo lleve al medico para que le realicen la adecuada Valoración *la madre asiste a las 10:20am a recoger el niño y se le realizaron las recomendaciones de llevar el niño al medico y seguir las solicitudes medicas.	Yarcela R. Yarcela R.	*Maryori Perez *Maryori Perez

Fundación Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO

Miercoles 5/11/25

El dia de hoy en horas de la tarde la agente educativa se comunico con la madre la cual refiere que llevo el niño al hospital y le realizaro Rayox (Radiografia) y se encontraba bien no presento fractura ni nada parecido, solo es la inflamacion y el hematoma, la madre envia los soportes medicos y la formula medica, se realizan recomendaciones.

Marlyori Perez

Jueves 6/11/25

la madre mediante un mensaje de whatsap refiere que el dia de hoy no enviara el niño y lo tendra en repuso en casa y bajo tratamiento medico enviado en el hospital el dia de ayer Se remite el caso al area encargada y se anexa documentos medicos enviados por whatsap por la madre de familia.

Marlyori Perez

Jueves 6/11/2025

La se le realiza seguimiento al estado de salud del menor Thiago, se comunica con la madre de familia via whatsApp. se le pregunta como sigue Thiago, la madre refiere que lo llevo al hospital y que le realizaron unos examenes y le mandaron acemin por 3 dias, y que dentro de 3 dias sacarle cita medica para el control, ya esta mejor gracias a Dios mañana ya lo llevo al CDI nuevamente. Le realizo las recomendaciones de cuidado y precaucion en casa para evitar accidentes y continuar con las recomendaciones hechas por el medico

Marlyori Perez

Viernes 7/11/2025

El dia de hoy el niño asiste a el CDI, aun se evidencia el morado en el area de la cara, se ve que va mejorando con poco dolor en el area afectada, se le comunica con la madre de familia y dijo que el doctor referia que no hubo ningun daño grave, le mandaron medicamentos y esta bajo las recomendaciones y dosis de medicación sugeridas por el medico. Se recomienda seguir en tratamiento y procurando que esa area no se lastime mas, para mejor saneamiento.

Marlyori Perez

29

ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

codigo de habilitacion 867570002101 Nit: 846002309

Dir:Barrio El Paraiso Tel: 3134821413

ORDEN MEDICA URGENCIAS.

PACIENTE: PIÑERO PEREZ THIAGO MATHIAS
No HISTORIA: 1122343758
IDENTIFICACION: RC1122343758
FEC. NAC: 03/07/2021
REGIMEN: Subsidiado
EMPRESA: EMSSANAR EPS S.A.S.

SEXO: Masculino
EDAD: 4 Años 4 Meses
DIRECCION: PRADOS

FOLIO No: 278398 FECHA: 05/11/2025 4:57 p.m.
ADMIN No: 1507372
TELEFONO: 3124099886- 3138509081
MUNICIPIO: VALLE GUAMUEZ PUT

DIAGNOSTICO

S007 OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DEL PARPADO Y DE LA REGION PERIOCULAR

No.	CODIGO	DESCRIPCION	CANT.
1	890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL Observaciones: CONTROL CONUSLTA EXTERNA EN 3 DIAS	1

OBSERVACIONES:

SALIDA
- ACETAMINOFEN 10 ML VO CADA 6 HORAS
- CONTROL EN 3 DIAS POR CONSULTA EXTERNA

- RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA: SI PRESENTA FIEBRE, VOMITO DIARREA DOLOR ABDOMINAL, SANGRADO POR MUCOSAS, BOCA, NARIZ O RECTO, NO MEJORIA O AUMENTO DE SINTOMATOLOGIA DEBE CONSULTAR INMEDIATAMENTE POR URGENCIAS, TOMAR ABUNDANTE LIQUIDOS ORALES MINIMO 2 LITROS DIARIOS, HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.

- RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA: DOLOR TORACICO, DISNEA, PALPITACIONES, MAREOS, CEFALEA, DIFICULTAD RESPIRATORIA SEVERA, DOLOR TORÁCICO INTENSO, FIEBRE ALTA PERSISTENTE), CONFUSIÓN, LABIOS O DEDOS AZULADOS, Y CUALQUIER EMPEORAMIENTO DE LOS SÍNTOMAS EXISTENTES

ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA

codigo de habilitacion 867570002101 Nit: 846002309

Dir:Barrio El Paraiso Tel: 3134821413

FORMULACION MEDICAMENTOS URGENCIAS.

PACIENTE: PIÑERO PEREZ THIAGO MATHIAS
No HISTORIA: 1122343758
IDENTIFICACION: RC1122343758
FEC. NAC: 03/07/2021
REGIMEN: Subsidiado
EMPRESA: EMSSANAR EPS S.A.S.

SEXO: Masculino
EDAD: 4 Años 4 Meses
DIRECCION: PRADOS

FOLIO No: 277128 FECHA: 05/11/2025
ADMIN No: 1507372
TELEFONO: 3124099886- 3138509081
MUNICIPIO: VALLE GUAMUEZ PUT

DIAGNOSTICO

S007 OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DEL PARPADO Y DE LA REGION PERIOCULAR

No.	CODIGO	DESCRIPCION	CANT.	ENTREG.	DURACION
1	19929516-08	Acetamiaofen 150 mg jarabe (JARABE) Concentracion:150 mg eq/ml Dosificacion: 10 ML VO CADA 6 HORAS Via ORAL	1-Uno		3 Dia(s)

OBSERVACIONES:

SALIDA
- ACETAMINOFEN 10 ML VO CADA 6 HORAS
- CONTROL EN 3 DIAS POR CONSULTA EXTERNA

- RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA: SI PRESENTA FIEBRE, VOMITO DIARREA DOLOR ABDOMINAL, SANGRADO POR MUCOSAS, BOCA, NARIZ O RECTO, NO MEJORIA O AUMENTO DE SINTOMATOLOGIA DEBE CONSULTAR INMEDIATAMENTE POR URGENCIAS, TOMAR ABUNDANTE LIQUIDOS ORALES MINIMO 2 LITROS DIARIOS, HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.

- RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA: DOLOR TORACICO, DISNEA, PALPITACIONES, MAREOS, CEFALEA, DIFICULTAD RESPIRATORIA SEVERA, DOLOR TORÁCICO INTENSO, FIEBRE ALTA PERSISTENTE), CONFUSIÓN, LABIOS O DEDOS AZULADOS, Y CUALQUIER EMPEORAMIENTO DE LOS SÍNTOMAS EXISTENTES

Isabella
3207860839