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

Fecha de diligenciamiento: 1 | 04 | 2025

## INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

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

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

**Unidad de Servicio sugerida:** CDI Fronteras 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:** 1122343802

**Fecha nacimiento:** 29 | 08 | 2021

**Nombres:** Eily Saray

**Apellidos:** Gomez Madroñero

**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:** 7 agosto

**Vereda:**

**Sector:**

**Dirección:** Calle 2ª # 8-61

## 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:** 59805941

**Nombres:** Rosa Edilma

**Apellidos:** Madroñero Madroñero

**País de nacimiento:** Colombia

**Fecha nacimiento:** 14 | 03 | 1980

**Correo electrónico:** edilmamadronero88@gmail.com

**Número de celular:** 3122619857

**Número de fijo:**

## AUTORIZACIÓN DE REGISTRO AL SISTEMA DE PRE - MATRÍCULA

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

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

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

**Observaciones:**

Fundación
Alma de Vida
Fortaleciendo caminos de esperanza

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



**NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:**
Eily Saray Gomez Madroñero

**Nº DOCUMENTO:** 1122343807 **TIPO DOCUMENTO: RC** X **CC** __ **OTRO** ___
**FECHA DE NACIMIENTO:** 29/Ago/2021 **EDAD:** _____
**LUGAR DE NACIMIENTO:** San Miguel

**NOMBRE DE LA UDS:** CDI Fronteras de Paz
**CODIGO UDS:** 867511126972 **BARRIO/VEREDA:** 7 de agosto
**FECHA DE INGRESO:** 01/04/2025 **FECHA DE RETIRO:** _____

**SISBEN:** B7 **EPS:** Nueva Eps **RÉGIMEN (C)** __ **(S)** X
**DESPLAZADO: SI** ___ **NO** X **DISCAPACIDAD: SI** ___ **NO** X **¿CUAL?** _____
**GRUPO ETNICO: SI** ___ **NO** X **¿CUAL?** _____
**GRUPO AFROCOLOMBIANO: SI** ___ **NO** X **¿CUAL?** _____
**NOMBRE DE LA MADRE:** Roxa Edilma Madroñero
**Nº CÉDULA:** 59805941 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Cumbitara
**NOMBRE DEL PADRE:** Obver Gomez peralta
**Nº CÉDULA:** 18183278 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** pto Carcedo
**Nº DE CELULAR:** 3122619857
**NOMBRE DEL ACUDIENTE:** Obver Gomez peralta
**Nº CÉDULA:** 18183278 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** pto Carcedo
**DIRECCIÓN VIVIENDA:** B/7 de agosto **ZONA POBLACIONAL: (R)** __ **(U)** X
**NUMERO DE CELULAR** 3203155010

FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Leidy Marcela Rincón
NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO

3122619857
3203155010

3

**REPUBLICA DE COLOMBIA**
ORGANIZACION ELECTORAL
**REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL**

**CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO**
Número: **N** 1442924

**NUIP** 1.122.343.802

*Tipo de certificado* | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco X

***Datos del Inscrito***

Apellidos y Nombres completos
GOMEZ MADROÑERO EILY SARAY

| Fecha de Nacimiento (Mes en letras) | | | | | | | | | | Sexo (en letras) | Tipo Sanguíneo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Año | 2 | 0 | 2 | 1 | Mes | A | G | O | Día | 2 | 9 | FEMENINO | B + |

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA PUTUMAYO SAN MIGUEL(LA DORADA)

| Fecha de Inscripción (Mes en letras) | | | | | | | | | | Indicativo serial |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Año | 2 | 0 | 2 | 1 | Mes | S | E | P | Día | 0 | 7 | 0061318556 |

***Datos de la Madre***

Apellidos y Nombres completos
MADROÑERO MADROÑERO ROSA EDILMA

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CEDULA DE CIUDADANIA 59.805.941 | COLOMBIA |

***Datos del Padre***

Apellidos y Nombres completos
GOMEZ PERALTA OBVER

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CEDULA DE CIUDADANIA 18.183.278 | COLOMBIA |

***Datos del Solicitante***

Apellidos y Nombres completos
GOMEZ PERALTA OBVER

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 18.183.278

***Espacio para notas***
VALIDO PARA TRAMITES LEGALES Y CIVILES

***Datos de la oficina de registro que expide el certificado***

País - Departamento - Municipio: COLOMBIA PUTUMAYO SAN MIGUEL(LA DORADA) | Código: X 6 2

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)

| Año | 2 | 0 | 2 | 1 | Mes | S | E | P | Día | 0 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
Adhesivo Copia Registro Civil
29830783-9

**Nombre y firma del funcionario**

ROY EDISON CAILE QUIRAMA
**Registrador del Estado Civil**



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **59.805.941**

**MADROÑERO MADROÑERO**

APELLIDOS

**ROSA EDILMA**

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **14-MAR-1980**

**CUMBITARA**
**(NARIÑO)**
LUGAR DE NACIMIENTO

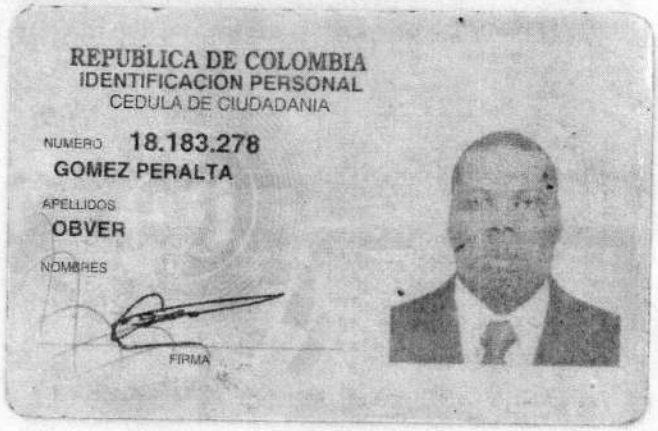
**1.64** ESTATURA | **B-** G.S. RH | **F** SEXO

**30-NOV-1999 POLICARPA**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2309800-00145077-F-0059805941-20090102 0009256253A 1 9918733348



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **18.183.278**

**GOMEZ PERALTA**

APELLIDOS

**OBVER**

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **17-OCT-1969**

**PUERTO CAICEDO**
**(PUTUMAYO)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1,75** ESTATURA **O+** G.S. RH **M** SEXO

**22-AGO-1988 PUERTO ASIS**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-6401800-00163150-M-0018183278-20090716 0013563854A 1 30230499

Sisbén

Registro válido

Fecha de consulta: 25/03/2025

Ficha: 86757025480800000027

B7

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: EILY SARAY

Apellidos: GOMEZ MADROÑERO

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1122343802

Municipio: San Miguel

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 03/10/2023

Última actualización ciudadano: 03/10/2023

Última actualización vía registros administrativos:

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

## Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: MARIA ZORAYDA LINARES MONTERO

Dirección: Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libertad

Teléfono: 4210537 - 3213138790

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

ADRES

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

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

## Resultados de la consulta

**Información Básica del Afiliado :**

| COLUMNAS | DATOS |
|---|---|
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | RC |
| NÚMERO DE IDENTIFICACION | 1122343802 |
| NOMBRES | EILY SARAY |
| APELLIDOS | GOMEZ MADROÑERO |
| FECHA DE NACIMIENTO | **/**/** |
| DEPARTAMENTO | PUTUMAYO |
| MUNICIPIO | SAN MIGUEL |

**Datos de afiliación :**

| ESTADO | ENTIDAD | REGIMEN | FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA | FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
|---|---|---|---|---|---|
| ACTIVO | NUEVA EPS S.A. | SUBSIDIADO | 01/03/2024 | 31/12/2999 | BENEFICIARIO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Impresión:** | 09/09/2025 21:10:29 | **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

8

nueva eps

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) EILY SARAY GOMEZ MADRO?ERO identificado(a) con RC 1122343802 se encuentra afiliado a la EPS.

**Fecha de Activación de Servicios: 01/03/2024**

**Estado de la Afiliación:** **Vigente**

**IPS:** **SUBSIDIADO-E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA**

**Categoría:** **SISBEN_1**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 25 días del mes 3 del año 2025.

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

**Observaciones:**

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

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

# CARNET DE CONTROL

## NIÑO Y NIÑA ...Sanos



E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

## MIS DATOS

| | |
|---|---|
| Nombres: GIL Y SARAY | Apellidos: GOMEZ MADROÑERO |
| Fecha de nacimiento: 29 DÍA \| 08 MES \| 21 AÑO | Historia Clínica: 1122343802 |
| Barrio/Vereda: B/ 7 AGOSTO | Responsable del niño: |
| Teléfono: | EPS: 118 |

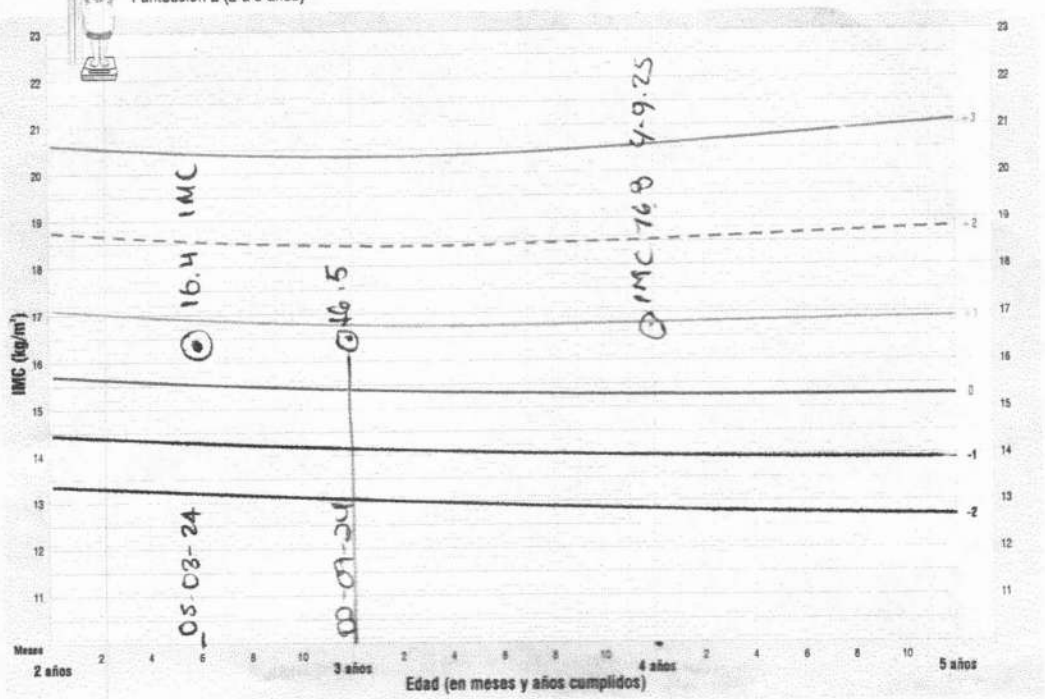
# CITAS PROGRAMADAS

| DÍA | MES | AÑO | HORA | ASISTIÓ SI | ASISTIÓ NO |
|---|---|---|---|---|---|
| 30 | 11 | 2021 | Enfer. | ✓ | |
| 30 | 11 | 2022 | Medico. | ✓ | |
| 29 | Diciembre | 2021 | Medico | ✓ | |
| 13 | 02 | 2022 | Medico | si - | |
| 01 | 05 | 2022 | ENF | si ✓ | |
| 29 | Mayo | 2022 | enf. | si ✓ | |
| 31 | Agosto | 2022 | XMD | | |
| 07 | Marzo | 2023 | ENF | Si | |
| 29 | AGOSTO | 2023 | MEDICO | ✓ | |
| 28 | Febrero | 2024 | Enf. | ✓ | |
| 29. | Agosto | 2024 | Méd. | ✓ | |
| 29 | Agosto | 2025 | enf. | | |
| 04 | 09 | 2025 | Enferme | SI ✓ | Milena C. |
| 29 | Agosto | 2026 | Medico | cita | |

11

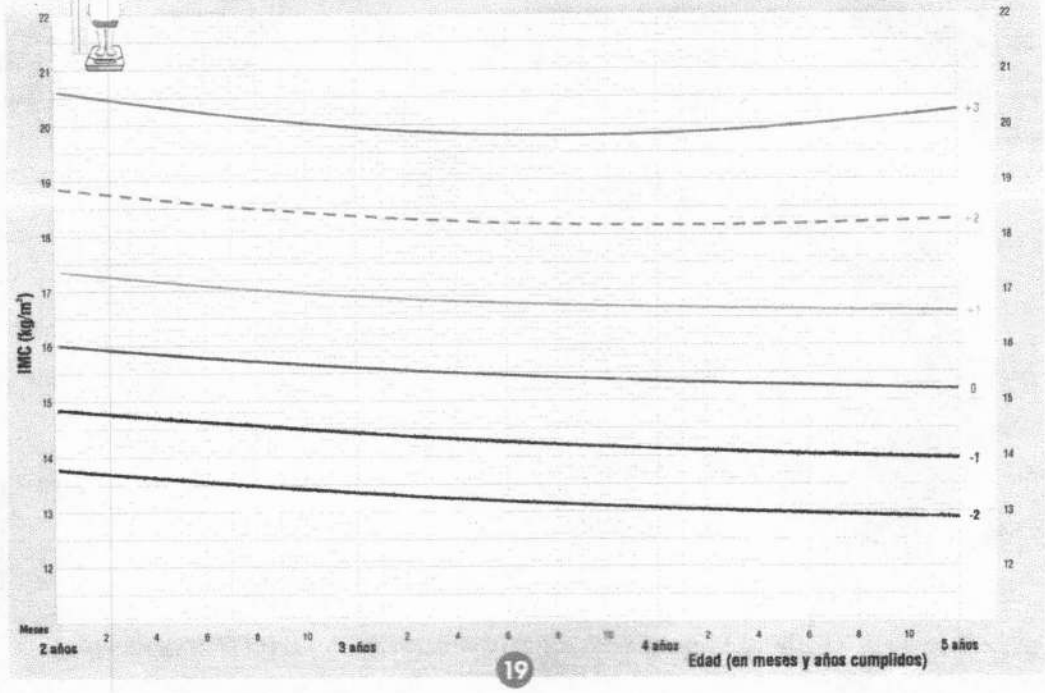
## IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)




## IMC para la Edad Niños

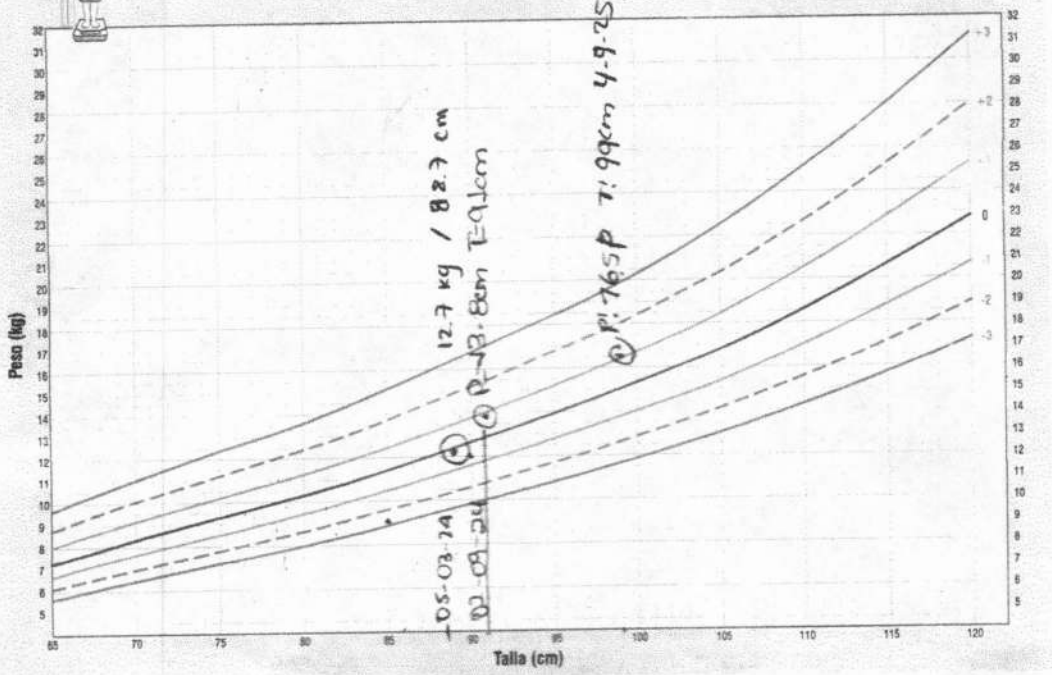
Puntuación Z (2 a 5 años)



12

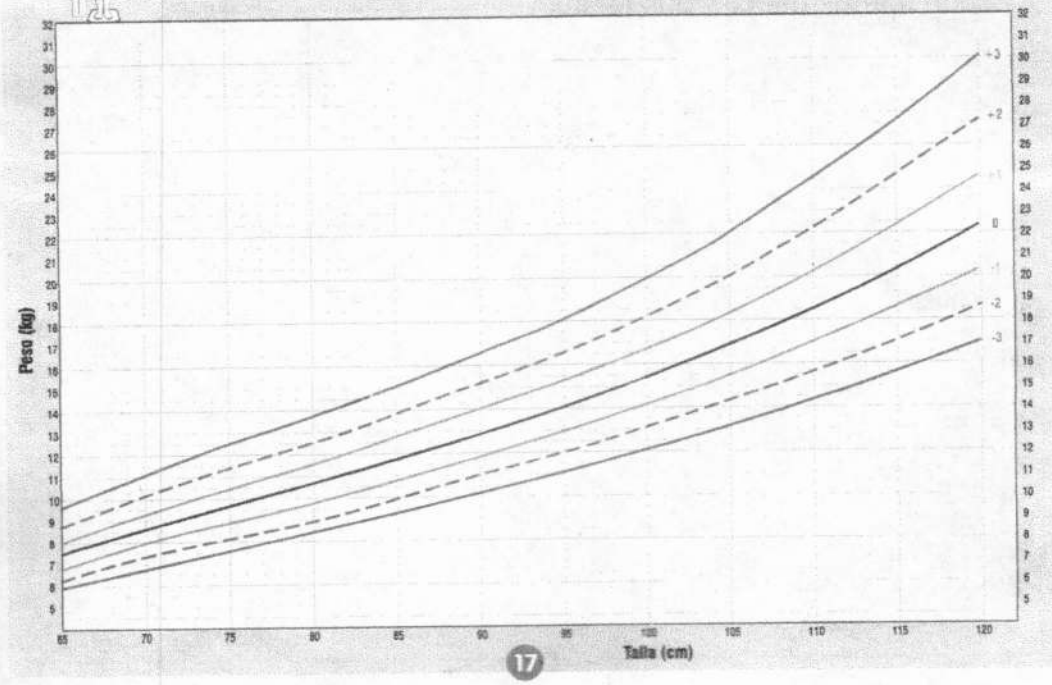
## Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)

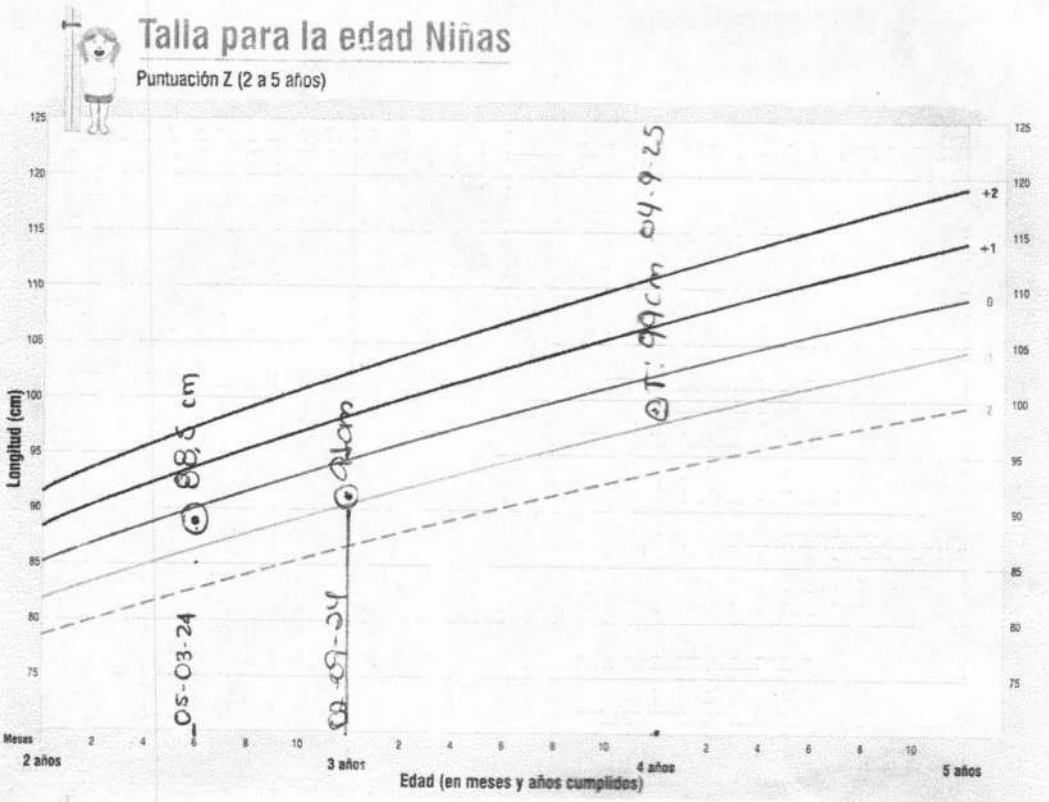


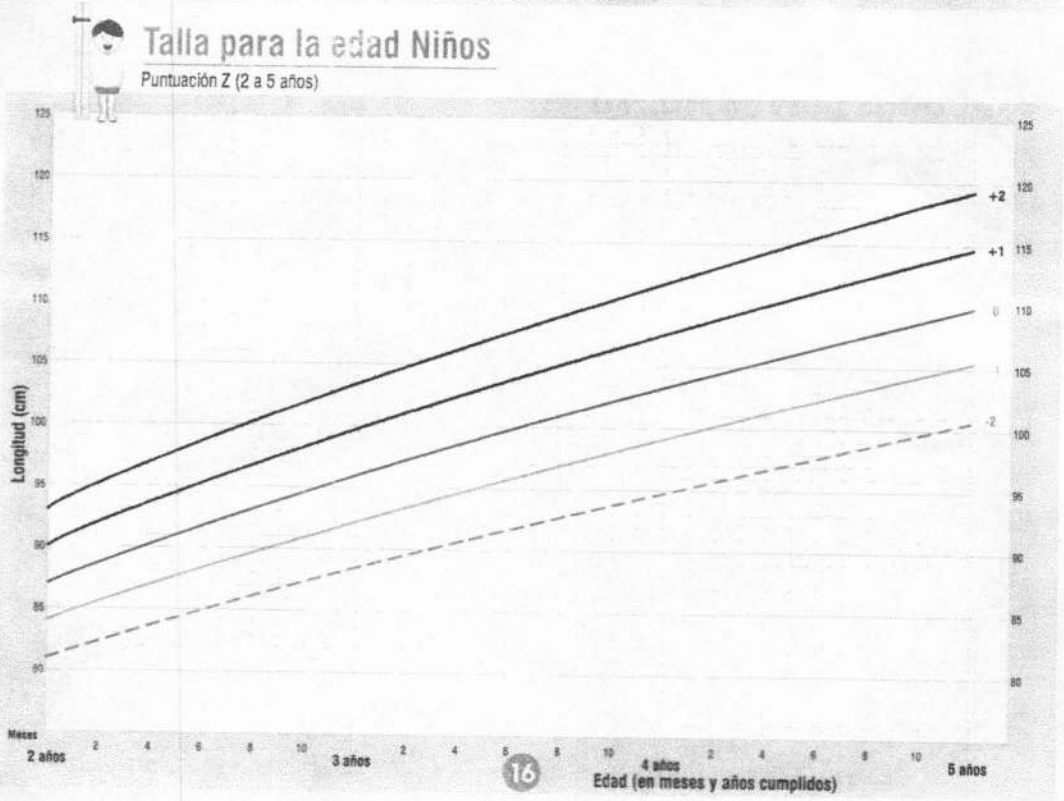

## Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



13

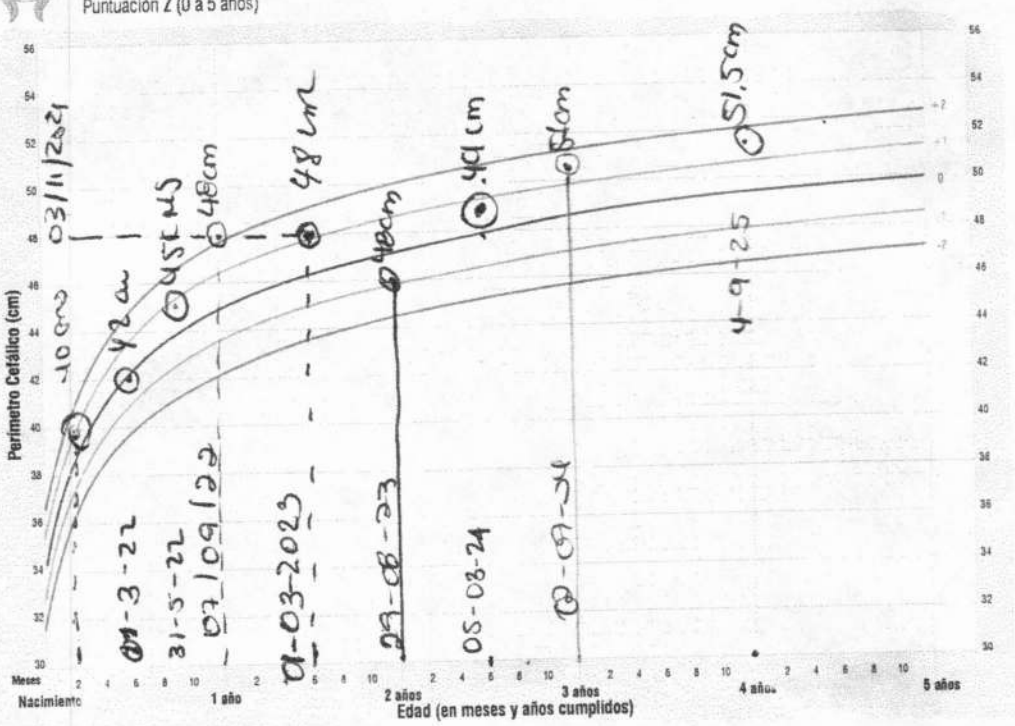

Talla para la edad Niñas
Puntuación Z (2 a 5 años)
Longitud (cm)
Meses
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)
+2
+1
0
-1
-2
05-03-24
88,5 cm
03-09-24
04-9-25


Talla para la edad Niños
Puntuación Z (2 a 5 años)
Longitud (cm)
Meses
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)
+2
+1
0
-1
-2
16

14

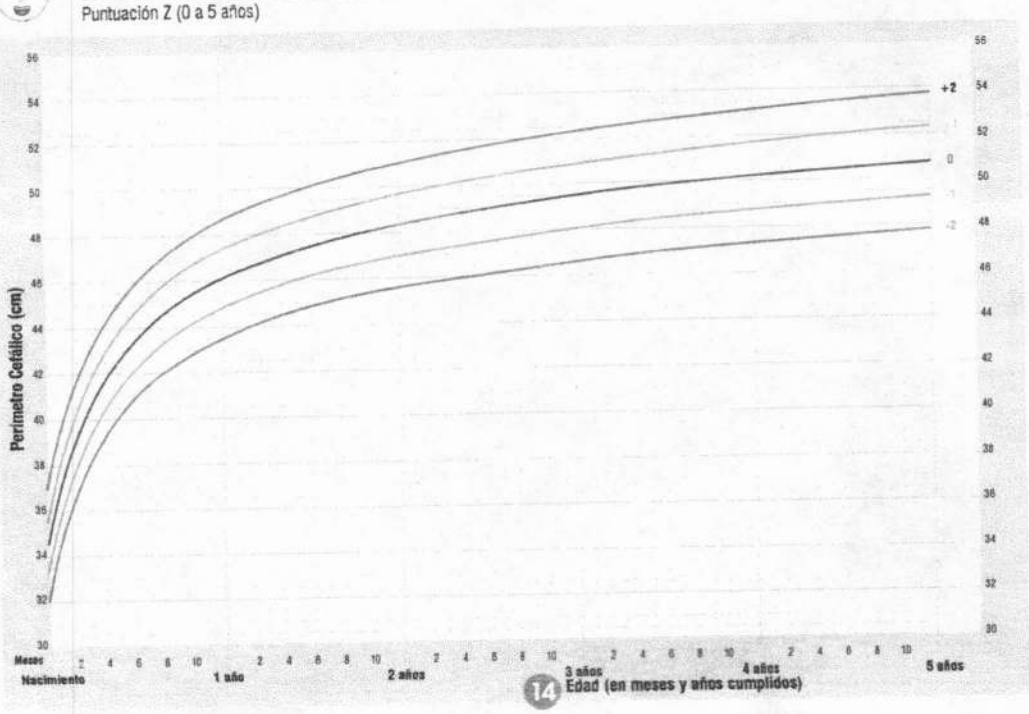
## Perímetro Cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)




## Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 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 | 29-08-21 | Serum | 03706110 | HFID | | SAOLA M |
| | Hepatitis B | Recién nacido | 29-08-21 | Serum | 03204014A | HFID | | SAOLA M |
| 2 Meses | Lactancia materna exclusiva | Sí ☐ No ☐ | | | | | | |
| | Polio (Oral - IM) | 1ª | 29-10-21 | BIOLOGICAL | 20017004 | HFID | | SAOLA M |
| | PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 1ª | 29-10-21 | Serum | 28J4401BB | HFID | | SAOLA M |
| | Rotavirus | 1ª | 29-10-21 | GSK | ARALC772AB | HFID | | SAOLA M |
| | Neumococo | 1ª | 29-10-21 | GSK | ASPNB330DA | HFID | | SAOLA M |
| 4 Meses | Lactancia materna exclusiva | Sí ☐ No ☐ | | | | | | |
| | Polio (Oral - IM) | 2ª | 13-01-2022 | Serum | 2850X035B | HFID | CITA: 29-01-2021 | |
| | PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 2ª | 13-01-2022 | Serum | 2105001 | HFID | | Karen Achicanoy |
| | Rotavirus | 2ª | 13-01-2022 | GSK | ARALC8BAC | HFID | | |
| | Neumococo | 2ª | 13-01-2022 | GSK | ASPNB330KA | HFID | | |
| 6 Meses | Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva. | | | | | | | |
| | Polio (Oral - IM) | 3ª | 17-03-22 | Serum | 2850X035B | HFID | 22 | Daniela Casanova Téc. Aux. en Enfermería CC. No. [illegible] |
| | PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 3ª | 17-03-22 | Serum | 2105001A | HFID | | |
| | Influenza | 1ª | 19-07-22 | Green | US0222008 | HFID | | |
| 7 Meses | Influenza | 2ª | 19 OE-22 | Green | UT0222CC8 | HFID | | SAOLA M. |
| 12 Meses | Sarampión Rubéola Paperas (SRP) | 1ª | 5/9-22 | Serum | 2130N126B | HFID | CITA: 29-AGOSTO 2022 | Karen A |
| | Fiebre Amarilla | 1ª | 5/9-22 | Serum | L2110 | HFID | | Karen A |
| | Neumococo | Refuerzo | 5/9/22 | GSK | ASPNB338KA | HFID | | Karen A |
| | Influenza | Anual | | | | | | |
| | Hepatitis A | ÚNICA | 5/9/22 | MSD | T036268 | HFID | | Karen A |
| 18 Meses | Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 1º Refuerzo | 21/03/23 | Serum | 2851Y022A | HFID | | Eduard IB |
| | Polio (Oral - IM) | 1º Refuerzo | 21/03/2023 | Serum | 21 14014 | HFID | CITA: 17-MAIZO 2023 | Eduard IB |
| 5 Años | Polio (Oral - IM) | 2º Refuerzo | | | | | | |
| | Difteria - Tosferina - Tétano (DPT) | 2º Refuerzo | | | | | | |
| | Sarampión Rubéola Paperas (SRP) | Refuerzo | 21/03/2023 | Serum | 0131N085A | HFID | | Eduard IB |
| Niñas 9 Años o más | VPH | 1ª | | | | | | |
| | VPH | 2ª | | | | | (5 AÑOS) Cita | |
| | VPH | 3ª | | | | | | |
| Vacunas complementarias y otras dosis | | Varicela | 5/9/22 | Merck | 0016461 | HFID | | Karen A. |
| SR | | PCF | 10-10-22 | Sanofi | 01224W016 | HFID | | SAOLA M |

**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.**

Estas vacunas son gratuitas

| 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.

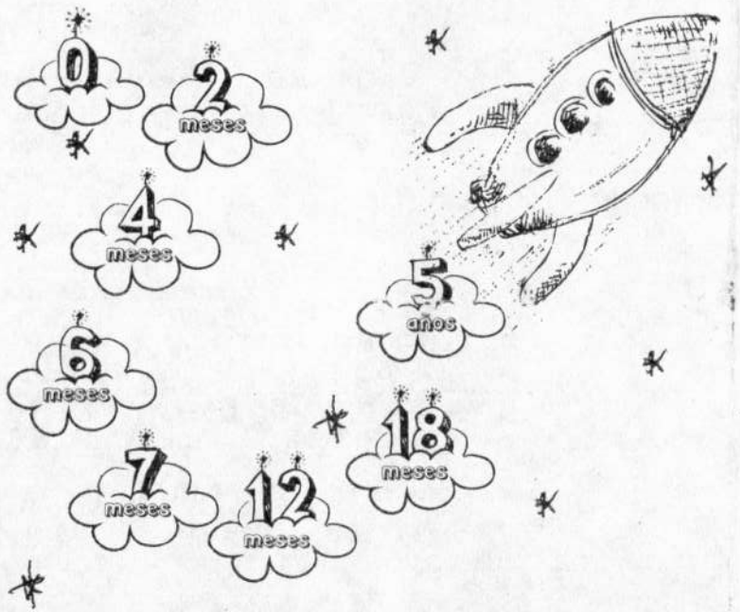
| | |
|---|---|
| Valor reportado TSH: | |
| Fecha verificación: | |
| Profesional que verificó: | |

**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 hay que protegerla hoy

de cero a Siempre
ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

16

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

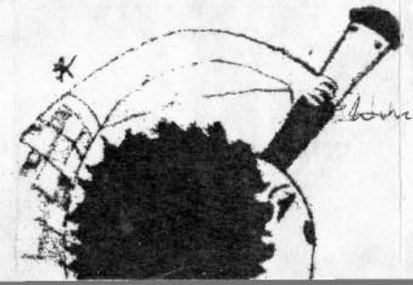
# Vacunas al día, se la ponemos fácil

## CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: EILY SARAY GOMEZ MADRID
Fecha de nacimiento: 29-AGOSTO-2021
Nº de certificado de nacido vivo: ----------
Registro civil: 1.122-343-802
Sexo: FEMENNO
Grupo sanguíneo: B+
Peso al nacer: 3300 T=52
Dirección: V/ San Juan bosco
Teléfono: 3122619857
Responsable: Rosa edilma madrid
Municipio de residencia: Sanmigue
Departamento: Putumayo #118
CC: 59805941

## Recuerda:

**Estas vacunas son gratuitas**





PROSPERIDAD PARA TODOS

San Miguel (la dorada Putumayo)- 03 JUNIO 2025

Señora:

PAULA CHATES

Coordinadora local del Centro de Desarrollo Infantil Frontera de Paz

Cordial saludo:

Yo Rosa Madroñero Identificada CC 59805941 madre del niño (a) Saray Gomez H. identificado con RC 1122343802

Manifiesto por medio de este oficio que mi hijo (a) no cuenta en el esquema de vacunación con el bilógico de la influenza anual (estacional) por motivo que esta dosis llega cada año, a partir del mes de abril y mayo, y en el momento que debía hacerle aplicar este biológico no estaba disponible, en el hospital me informaron que el niño (a) ya había perdido esta dosis, solo la aplican a niños y niñas a partir de los 12 meses hasta los 22 meses y el niño tiene 3 años

Atentamente:

Cc. 59805941

Celular: 3729679857

**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 23 MES 04 AÑO 25 HORA: 8:44am

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:**

NOMBRES Ella Sarai APELLIDOS Gomez Madroñero

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1.122.343.802

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 29 MES: 08 AÑO: 21 / EDAD: 3 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Emssanar Tel: 3203155010

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

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

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

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

Miedo a la reacción

| | |
|---|---|
| **¿CÓMO SE APLICA?** | Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides). |
| **VACUNA Y DOSIS** | Nombre de la vacuna a aplicar Ninguna<br>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.

Marcela

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

Firma de la persona: _____

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

Nombres _____ Apellidos _____

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

Firma: _____

**En caso de requerirse firma a ruego:**

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

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

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

de _____

Huella dactilar o plantar del Rogante

Firma del Rogado

_____
C.C. N°

_____
C.C. N°

Nombres y apellidos del vacunador: Jeniffer Yulieth Cabezas Meneses

Firma Jeniffer Cabezas Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 1126441606

**DATOS DE LA INSTITUCIÓN**

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFLD

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. 848.002.389-9

## MI CARNET DE HIGIENE ORAL

| | |
|---|---|
| E.P.S. | Emssanar |
| Nombres: | Ely Saray |
| Apellidos: | Gomez Madroñero |
| Sexo: M [X] | Fecha de Nacimiento: 29 08 21 |
| Identificación: | RC 1122343802 |
| Dirección: | N.H.C. |

*Servimos con amor*

| FECHA | CP | PROCEDIMIENTO S | F | D | PROXIMA CITA |
|---|---|---|---|---|---|
| 26-09-22 | X | | X | X | 26-Mar-23 |
| 30-3-23 | X | | | X | 30-SEP-2023 |
| 04-10-23 | X | | | X | 04-Abril-2024 |
| 10-04-24 | X | | | X | 10-Octubre-24 |
| 18-10-24 | X | | X | X | 18-04-25 |
| 22-04-25 | X | | X | X | 22-10-2025 |
| 22-10-25 | X | | X | X | 22-04-2026 |

Liliana Maribel Córdoba
HIGIENISTA ORAL
Res 00493 de 2017

| 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 Elly Saray Gomez Madroñero, identificado (a) con documento de identidad número 1122343802, 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, Rosa Edilma Madroñero, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 59805941, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

| Autorización | Fotos | ✓ | Audios | ✓ | Videos | ✓ | Otros datos personales | ✓ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**La autorización comprende:**

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

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

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

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

**Suscriben:**

Firma: [signature]
Nombre: Rosa edilma madroñero
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3122619857
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

**Firma del Padre de Familia y/o acudiente**

Leidy Marcela Rincón
**Agente educativa**

**Huella del niño/niña**

Sara4

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

"Generamos Desarrollo con Energía"

Vigilado Superservicios

| Código de Suscripción | SM 11869 | Pago oportuno hasta: | 06-MAR-2025 | Mes Facturado |
|---|---|---|---|---|
| Factura Nro. | 2037006740 | Suspensión a partir de: | 07-MAR-2025 | FEBRERO 2025 |

## 1. Información General

| Nombre: | ROSA EDILMA MADROÑERO MADROÑERO | | 04-FEB-2025 | Último pago $ | 74,980 |
|---|---|---|---|---|---|
| Dirección: | LOTE 3 MZ H BARRIO 7 DE AGOSTO | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SM1 | S105 | 99 | 1 | RESIDENCIAL | URBANA | 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 502.93 + Transmisión 56.03 + Distribución 249.01 + Comercialización 113.93 + Pérdidas 69.39 + Restricción 10.41 = CU ..... ($/KwH)

### 2A.Información Medidor

| Marca | Serial | Factor Multiplo |
|---|---|---|
| HIK | 16333577 | |

### 2B.Información de Lecturas

| Energía | Lectura Actual | Lectura Anterior |
|---|---|---|
| Activa: | 7651 | 7579 |
| Reactiva: | | |

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

### 2C.Liquidación Consumo del Periodo

| | |
|---|---|
| Consumo Activa Kwh: | 72 |
| Consumo Reactiva KVarh: | 0 |
| Costo del consumo $ | 72122.39 |
| Tarifa (hasta 173 Kwh): | 402.74 |
| Subsidio: % | 59.7944 -43125.15 |
| Contribución: % $ | 0 |
| Sub Total $ | 28997.24 |

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

### 2D.Consumo Ultimos 6 Meses

| Mes | Consumo |
|---|---|
| 2025/Ene | 80 |
| 2024/Dic | 62 |
| 2024/Nov | 71 |
| 2024/Oct | 62 |
| 2024/Sep | 69 |
| 2024/Ago | 67 |

Promedio: 69

### 2E.Información Calidad del Servicio

Tel. O.R. EEPB 01 8000 942415
Transformador SLD109 Grupo 22
DIUG 30.24 FIUG 19 Circuito C14
Cargo D: 257.19 Dscto %t 20
CEC 80.67
DIU 109.98 FIU 109.00
HC 3.74 VC 3.00
Valor a compensar 8,299.29

## 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 | 72,122.39 | 0 | 0.00 | 72,122 |
| SUBSIDIO | -43,125.15 | 0 | 0.00 | -43,125 |
| AJUSTE A SUBSIDIO | 1,575.80 | 0 | 0.00 | 1,576 |
| COMPENSACION RES.CREG_015/2018 | -8,299.29 | 0 | 0.00 | -8,299 |
| AJUSTE A LA DECENA | 4.25 | 0 | 0.00 | 4 |

## 5.Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP

22.278

## 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 | 5,382 | 0 | 5,382 |

## 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 |
|---|---|---|---|---|
| 22,278 | 5,382 | 6,000 | 0 | 33,660 |

CUFE:

6b0d65a5125064b00dadce9dff8fb01ba91439827a45af02e1115978191f38
12f8b22fe23986f0da3e1ba63395d4a677a

(415)7709998005532(8020)1000203700674071(3900)0000033660(96)20250306

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

www.eebpsa.com.co @eebpsaesp /eebpsa

Fac. Electronica: EEBP 122093

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

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

Proveedor Tecnológico: diseparales S.A.S. NIT 860028580-2 Software: factu

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

**Olga Lucia Cuasquer Posos**
**Gerente**

Dirección: B/ el Paraiso 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: Eily Suray Gomez Madroñero
Doc. de Identidad: 1122343802
EPS: Nueva Eps
Teléfono: 3203155070
Domicilio: B/ 7 de 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 | 3A | 4A | 5A |
| VALORACIÓN INTEGRAL | ATENCIÓN | Control del recién nacido por médico | | | | | | | | | | | | | |
| | | Atención en salud por medicina general | | | | | | | | | | | | | |
| | | Atención en salud por enfermería | | | | | | | | | | | | 4-8-2025 | |
| | | Atención en salud por Odontología | | | | | | | Proximo control | | | | 22-8-2026 | | |
| | | Promoción y apoyo de la lactancia materna | | | | | | | | | | | | | |
| PROTECCIÓN ESPECIFICA | ODONTOLOGÍA | Aplicación de barniz de flúor | | | | | | | | | | | 22-4-2025 | | |
| | | Profilaxis y remoción de placa | | | | | | | | | | | 22-10-2025 | | |
| | | Aplicación de sellantes (Según Criterio) | | | | | | | | | | | | | |
| | > | Vacunación | | | | | | | | | | | | | |

Lizeth Jiménez Trujillo
Enfermera Profesional
Reg 22083
Universidad de Caldas

Agudeza Visual 20/20 Normal 4-8-2025

## PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

**Ciudad** San Miguel - la dorada-ptyo

**Nombre completo de la niña o niño** Eily Saray Gomez Madroñero

**Fecha de nacimiento** Día 29 Mes 08 Año 2021 **N° Documento de Identidad** 1122343802

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

**Primer Registro Cualitativo** hijo # 2

**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**

Saray interactua con sus compañeros, compartiendo juegos y juguetes respetando las normas basicas de convivencia, establece relaciones positivas con sus compañeros, se debe fortalecer su autonomia en el cuidado por sus logros.

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 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**

● Saray Interactua con sus compañeros de manera respetuosa Comparte juguetes, y accepta normas del grupo y resuelve Pequeños conflictos sin la intervención de un adulto!

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

**Tercer Registro Cualitativo**

**Nombre del observador**

**Fecha de resgistro cualitativo** Día Mes Año

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

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

**Observaciones generales**

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

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

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

BIENESTAR FAMILIAR

**REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES**

**NOMBRE DEL USUARIO:** Saray Gomez Madroñero **UNIDAD DE ATENCIÓN:** pre jardin 2 **AGENTE EDUCATIVO:** Yarela 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 17-10-25 | Realizando la verificación de la carpeta de la niña se evidencio que la niña tiene pendiente la cita de higiene oral para el 22/10/25, se informa con tiempo para que el padre de familia gestione con tiempo la cita de higiene oral. | El padre se compromete a gestionar el dia lunes la cita de higiene oral, de igualmente la agente educativa realiza el seguimiento hasta que la niña cuente con la atención.<br>* El padre en horas de la tarde trae la fotocopia de carnet y se actualizan los documentos del usuario. | Yarela R | |

Transcendiendo caminos de esperanza
Fundación Alma de Vida
Salud mental, pedagogía y desarrollo social

BIENESTAR FAMILIAR

Cyd.

28 R/V

**REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES**

**NOMBRE DEL USUARIO:** Saray Gomez Madroñero **UNIDAD DE ATENCIÓN:** pre jardin 2 **AGENTE EDUCATIVO:** Yarcela R

**MUNICIPIO:** San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 01-04-2023

**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 27-8-25 | El dia de hoy se identifico que la niña tiene pendiente la cita de Crecimiento y desarrollo para el dia 29-8-25 por lo cual se le informa al padre de familia la importancia de gestionar con tiempo la atención y presentar los respectivos soportes al COL. | Se oriento al padre de familia la importancia de gestionar con tiempo la cita de crecimiento y desarrollo con el fin de garantizar una adecuada atención de desarrollo de la niña | Yarcela R. | |

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

| | SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO |
|---|---|
| Lunes 01-9-2025 | La agente educativa le pregunta al padre de familia si ya le gestiono la cita de Crecimiento y desarrollo y manifesto que el no ha tenido tiempo, se realica un compromiso con el padre para quela gestione lo mas pronto posible, de igual se va a dar * conocimiento al area psicosocial y salud y nutricion. Yarcela R. |
| Martes 02-9-25 | El padre de familia se acerco al CDI manifestando que ya gestiono la cita de crecimiento y desarrollo para la cual queda asignada para el dia 04-9-25 a las 11:30 am, se realicara el seguimiento hasta que la niña tenga la atención y traiga los soportes. Yarcela R. |
| Jueves 4-9-25 | El padre asiste a recoger a la niña a las 11 am por que tiene cita de Crecimiento y desarrollo, se recomienda al padre de familia traer los soportes pertinentes al CDI, el padre de familia trae los soportes pertinentes y la niña se reintegra a las actividades Pedagogicas satisfactoriamente. Yarcela R. |

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