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: 01 | 04 | 2025

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

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

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

Unidad de Servicio sugerida: C.D.I fronteras de Paz

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

Número de documento: 1.126.461.770

Fecha nacimiento: 26 | 06 | 2023

Nombres: Nayerly Brillit

Apellidos: Lopez Cuaran

Presenta discapacidad? ( ) Si (●) No

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

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

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

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

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

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PARTICIPANTE

Departamento residencia: Putumayo

Municipio de residencia: San Miguel

Zona: Urbano.

Barrio: Los Prados

Vereda:

Sector: N/A

Dirección: frente Jardin Infantil Mis Tiernos Amiguitos

INFORMACIÓN DE MADRES / PADRES / ACUDIENTES

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

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

Número de documento: 69.030.698

Nombres: Maria Nelly

Apellidos: Cuaran Benavides

País de nacimiento: Colombia

Fecha nacimiento: 24 | 08 | 1978

Correo electrónico: Cuarannelly78@gmail.com

Número de celular: 3115890932

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: Nelly Cuaran

Nombre y Firma del profesional que diligencia: yasleny Cuaran

Observaciones:

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:
Naterly Brillit Lopez Cuaran

N° DOCUMENTO: 1.126.461.770 **TIPO DOCUMENTO:** RC X CC ___ OTRO ___
FECHA DE NACIMIENTO: 26-Junio-2023 **EDAD:** 1 año, 9 meses
LUGAR DE NACIMIENTO: Ecuador-Sucumbios-Lago Agrio-Nueva Loja

NOMBRE DE LA UDS: C.D.I Fronteras de Paz
CODIGO UDS: 867571126972 **BARRIO/VEREDA:** 7 de Agosto
FECHA DE INGRESO: 01-Abril-2025 **FECHA DE RETIRO:** ___

SISBEN: ___ **EPS:** Mallamas **RÉGIMEN (C)** ___ **(S)** X
DESPLAZADO: SI ___ NO X **DISCAPACIDAD:** SI ___ NO X. **¿CUAL?** ___
GRUPO ETNICO: SI X NO ___ **¿CUAL?** Awa La unión la Bonita.
GRUPO AFROCOLOMBIANO: SI ___ NO ___ **¿CUAL?** ___
NOMBRE DE LA MADRE: Maria Nelly Cuaran Benavides
N° CÉDULA: 69.030.698 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Valle del Guamuez
NOMBRE DEL PADRE: Jose Antonio Lopez Mora
N° CÉDULA: 18.158.060 **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** Valle del Guamuez
N° DE CELULAR: 3115890932
NOMBRE DEL ACUDIENTE: ___
N° CÉDULA: ___ **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** ___
DIRECCIÓN VIVIENDA: ___ **ZONA POBLACIONAL:** (R) ___ (U) ___
NUMERO DE CELULAR 3209195164

FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Yoleni Celon
NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGIST

Número: N 28166261

Adhesivo Copia Registro Civil
34596568-5

NUIP 1.126.461.770

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
LOPEZ CUARAN NAYERLY BRILLIT

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)
Año 2023 Mes JUN Día 26

Sexo (en letras): FEMENINO

Tipo Sanguíneo: O +

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

Fecha de Inscripción (Mes en letras)
Año 2023 Mes SEP Día 05

Indicativo serial: 0063698667

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
CUARAN BENAVIDES MARIA NELLY

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 69.030.698

Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
LOPEZ MORA JOSE ANTONIO

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 18.158.060

Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
LOPEZ MORA JOSE ANTONIO

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 18.158.060

Espacio para notas

VALIDO PARA TRAMITES LEGALES

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio
COLOMBIA PUTUMAYO VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)

Código: YZA

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)
Año 2023 Mes SEP Día 05

Nombre y firma del funcionario

CARMEN PATRICIA CASANOVA YANDI

Registrador del Estado Civil

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **69.030.698**

CUARAN BENAVIDES

APELLIDOS

MARIA NELLY

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **24-AGO-1978**

VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)
VALLE DEL GUAMUEZ (PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

06-OCT-1997 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2311500-00136640-F-0069030698-20081212 0008033263A 1 27127463

5

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 18.158.060



Apellidos
LOPEZ MORA

Nombres
JOSE ANTONIO

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.62	M

Fecha de nacimiento
30 MAY 1984

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
LA UNION (NARIÑO)

Fecha y lugar de expedición
18 DIC 2002, VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)

Firma

Fecha de expiración
30 MAYO 2033

.CO

023887349

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL023887349864028<<<<<<<<<<<
8405302M3305304COL18158060<<<9
LOPEZ<MORA<<JOSE<ANTONIO<<<<<<

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL
CABILDO INDIGENA AWA LA UNION LA DORADA
Resolución 0127 de septiembre 22 de 2014
Código DANE 51119

EN PAZ CON LA NATURALEZA

EL SUSCRITO GOBERNADOR DEL CABILDO INDIGENA AWA LA UNION LA DORADA, CON RESOLUCIÓN N° 0127 DE SEPTIEMBRE 22 DEL 2014, EN USO DE SUS FACULTADES LEGALES Y CONSTITUCIONALES Y EN ESPECIAL LAS CONFERIDAS EN LA LEY 89 DE 1890, LEY 21 DE 1991 Y DEMÁS.

HACE CONSTAR QUE:

NAYERLY BRILLIT LOPEZ CUARAN identificado con R.C. N° 1126461770 expedida en San Miguel (La Dorada), se encuentra afiliado y está registrado en el censo poblacional del cabildo indígena AWA LA UNION LA DORADA PUTUMAYO.

Esta constancia se expide a favor del interesado y es válida para tramites de guardería.

En constancia se firma en la Dorada, San Miguel Putumayo a los cuatro (04) días del mes de abril de 2025.

NELLY PASCAL GUANGA
C.C. N.º 41116311 expedida en el Valle del Guamuez
Gobernadora Cabildo Awa La Unión La Dorada

Interior

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

HACE CONSTAR

Que consultado el sistema de información indígena de Colombia (SIIC), se registra la Comunidad Indígena AWA LA UNION LA DORADA en las bases de datos de esta Dirección.

Que consultado el auto-censo sistematizado y aportado por la Comunidad Indígena AWA LA UNION LA DORADA, se registra el Señor (a): NAYERLY BRILLIT LOPEZ CUARAN, identificado (a) con RC y número de documento: 1126461770, en el(los) censo(s) del(los) año(s) 2024.

Se expide en Bogotá D.C., al(os) 27 día(s) del mes 3 del año 2025.

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

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

Url Verificación

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

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	1126461770
NOMBRES	NAYERLY BRILLIT
APELLIDOS	LOPEZ CUARAN
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	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD MALLAMAS EPSI -CM	CONTRIBUTIVO	01/07/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/11/2025 13:25:41	Estación de origen:	192.168.70.220

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

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el

GRAN TERRITORIO DE LOS PASTOS E.P.S. INDÍGENA MALLAMAS "El autocuidado en salud para un buen vivir"	CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN	CÓDIGO: AS-FR-008 VERSIÓN: 02 Vigencia: 22/12/2021

COORDINACION DE AFILIACIÓN Y REGISTRO

CERTIFICA :

Que el (la) señor(a):	LOPEZ CUARAN NAYERLY BRILLIT
Identificación:	RC: 1126461770
Tipo Afiliado:	Beneficiario
Municipio:	SAN MIGUEL
IPS Asignada:	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA - PRINCIPAL
Estado:	Activo
Fecha de Afiliación:	2023-07-01
Regimen:	Contributivo
Condición Discapacidad:	N
Tipo Discapacidad:	NA
Tipo Afiliación:	Por Formulario Res. 974 de 2016
Nivel :	A

Observación :

Dada el martes, 24 de junio de 2025

Cordialmente

GLORIA ADRIANA CERDA GREFA

Certficación Válida 7 Días únicamente para Servicios de Salud
E.P.S INDIGENA MALLAMAS
Carrrera 1N 4-56 Av Panamericana Ipiales - Colombia
PBX: 7731757 - 7738725 - 7738726
contibutivo@mallamaseps.com

10
RN

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...Sanos



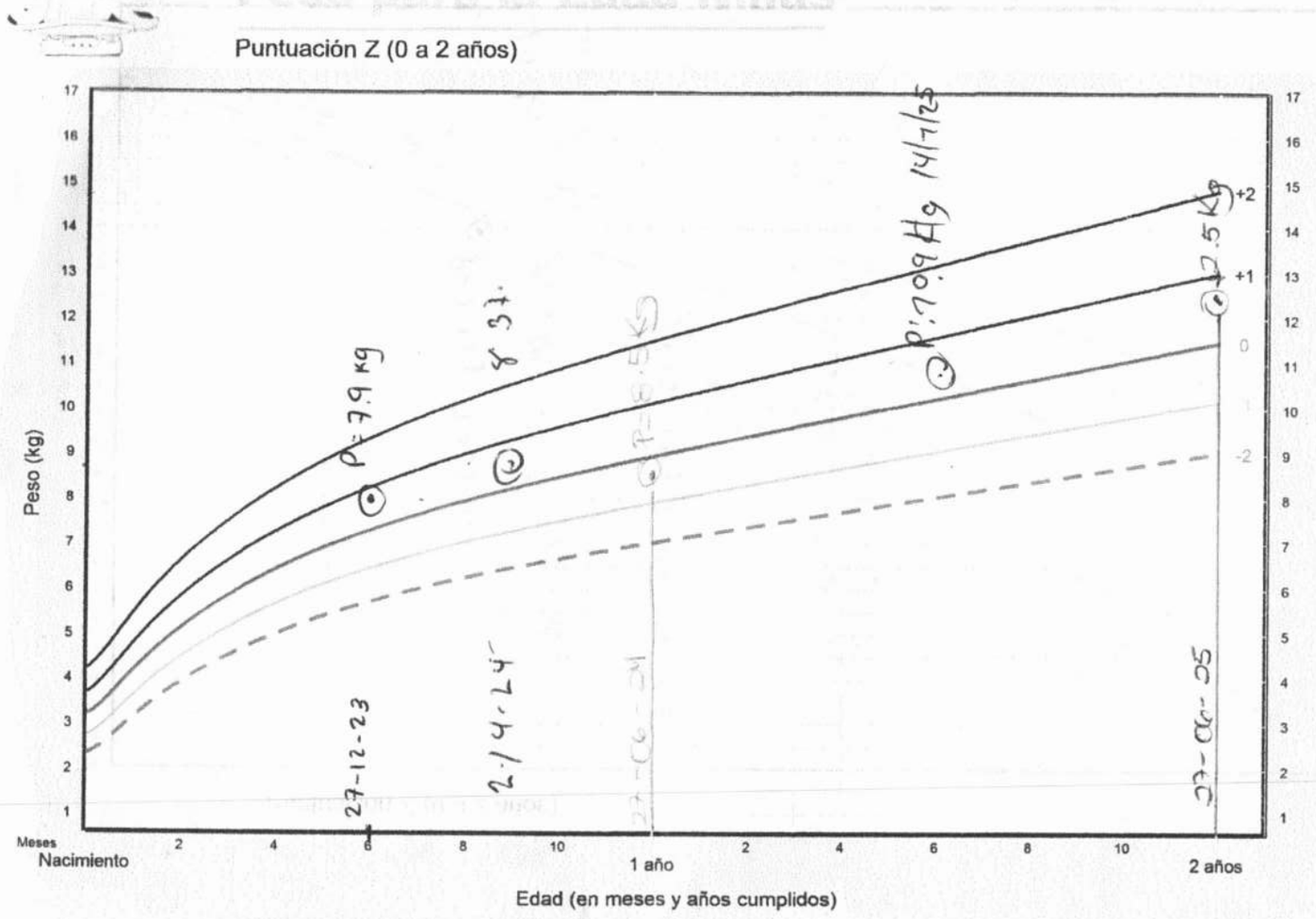
E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

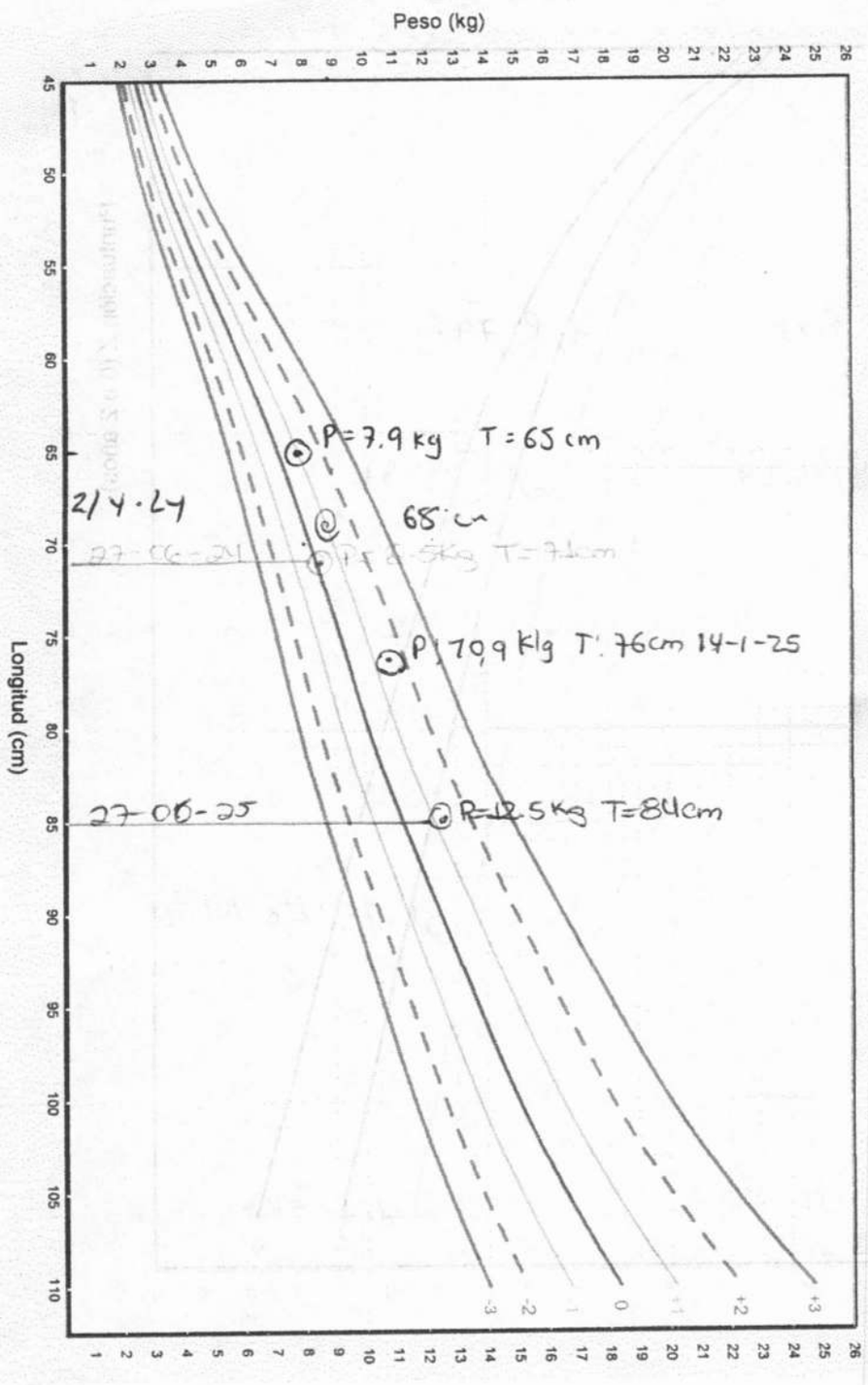
MIS DATOS

Nombres: Mayerly Britlit	Apellidos: Lopez Curaán
Fecha de nacimiento: 26 (DÍA) | 06 (MES) | 2023 (AÑO)	Historia Clínica:
Barrio/Vereda:	Responsable del niño:
Teléfono: 3115840432	EPS: mallamas

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
27-12-23	7.9kg	65	41.5	15.5		26-03-24	
2/4/24	8.37	68	42	15	18.1	26.6.24	
27/06/24	8.5	71	43	15	16.9	26-12-24	Sandra Milena C.
14-01-2025	10,9	76	43,5	16	78,9	26-06-2025	Milena C. Enfermera
27-06-25	12.5	84	46	17	17.7	29-12-2025	

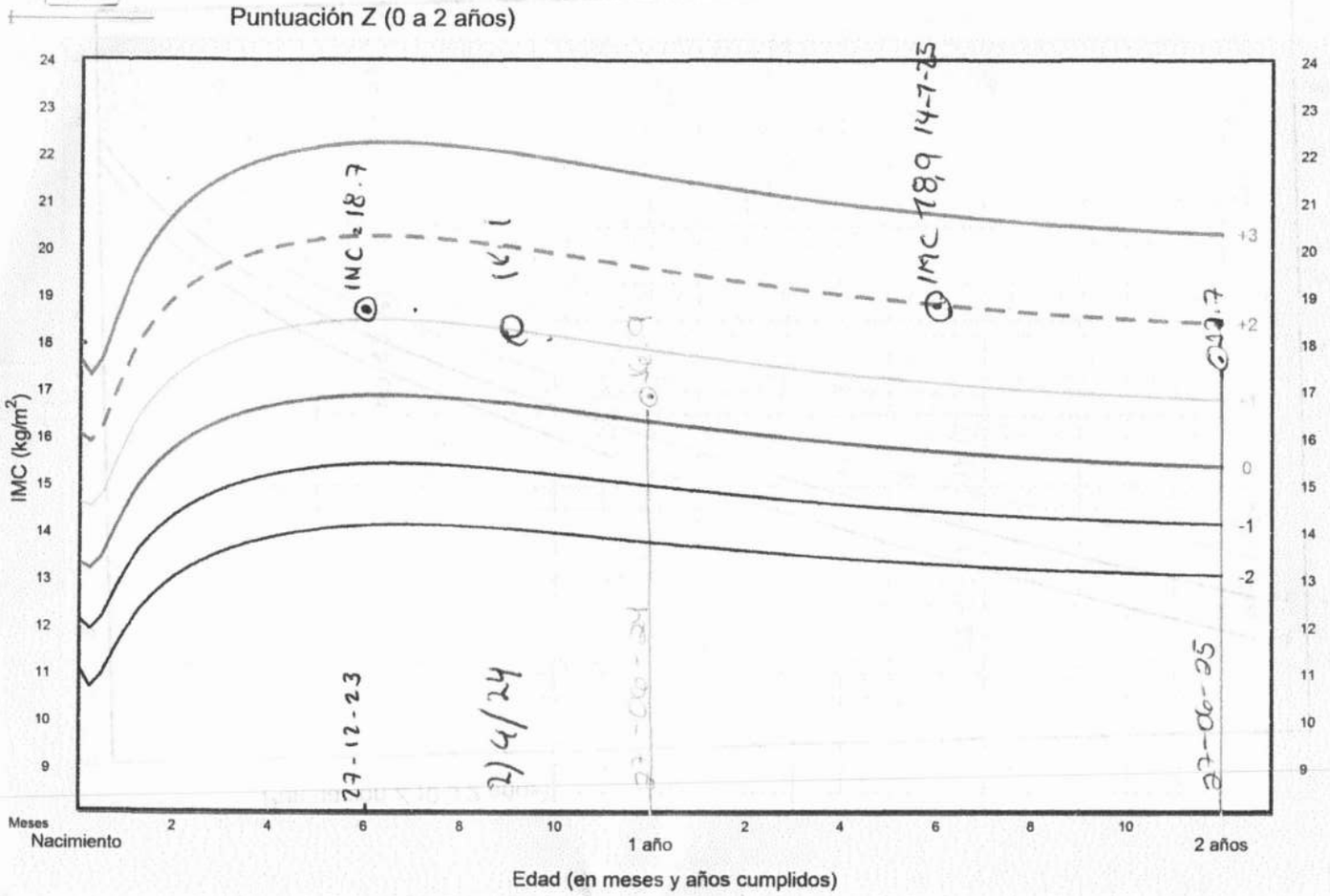
12/R1V


Puntuación Z (0 a 2 años)
Peso (kg)
Meses
Nacimiento
1 año
2 años
Edad (en meses y años cumplidos)
+2
+1
0
-2
P: 7.9 kg
27-12-23
P: 7.09 Kg 14/1/25
27-01-25


Peso para la Talla Niñas
Peso (kg)
Longitud (cm)
Puntuación Z (0 a 2 años)
P=7,9 kg T=65 cm
21-4-24
68 cm
P=10,9 kg T=76cm 14-1-25
27-06-25
P=12,5kg T=84cm
-3
-2
0
+2
+3

14/2/U

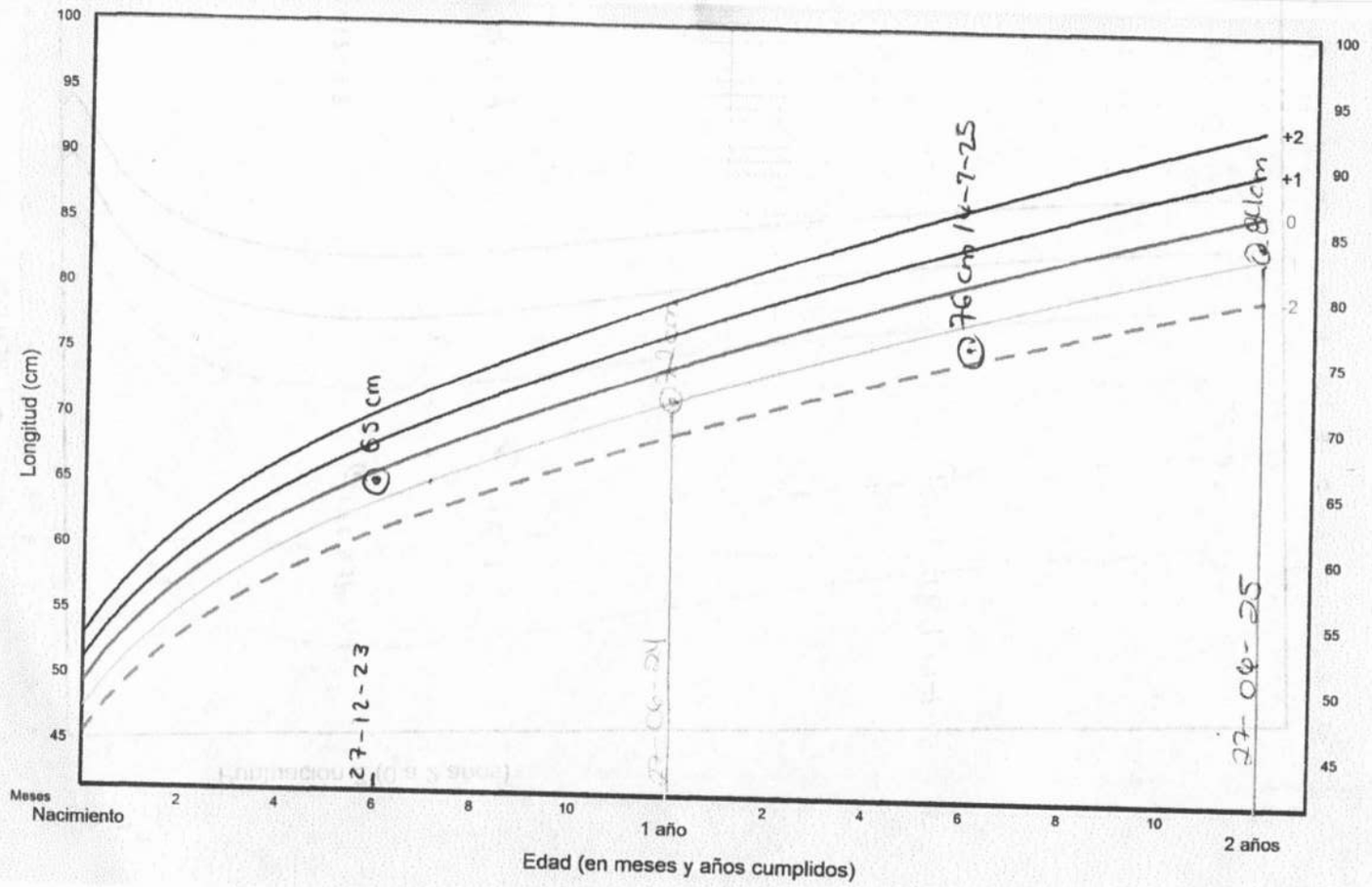
IMC para la Edad Niñas



15

Talla para la Edad Niñas

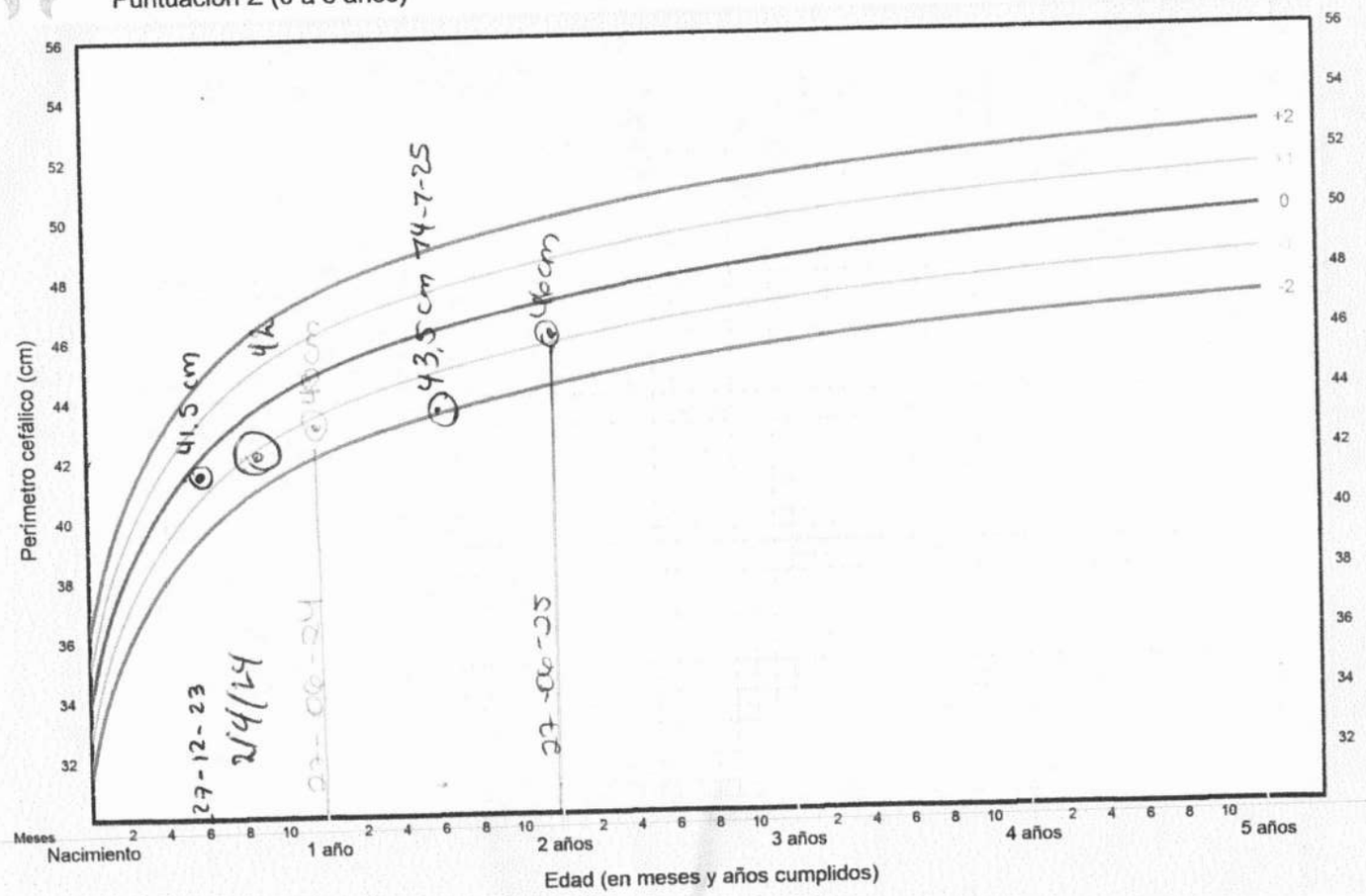
Puntuación Z (0 a 2 años)



16

Perimetro Cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)



17
R/V

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

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

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

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

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

	D	M	A	SI*	NO*
3 años					
4 años					
5 años					

*Menor o igual a 20 normal

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

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

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



Ministerio de Salud y Protección Social

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

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Nombre y Apellidos: Dayerly Brillit Zopez

Fecha de nacimiento: 26 - Junio - 2023

Nº de certificado de nacido vivo:

Registro civil: 1126461770

Sexo: Femenino

Grupo sanguíneo:

Peso al nacer: Talla:

Dirección:

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Responsable: Maria Nelly Cuaran

Municipio de residencia: San miguel

Departamento: Putomayo

69.030 698

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

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Nombres y Apellidos: | Tipo identificación: | No. ID:

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
Recién nacido						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	04	07	23	Ecuador	0371MA0294	Ecuador.				Ecuador.
	Hepatitis B	Recién nacido										
2 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Poliomielitis (VIP)	1.ª	06	09	23	Biolo	220801 0A					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1.ª	06	09	23		285140333C					
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.ª	06	09	23	Serum	1111111111	HFLD	Cita. 06			
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	1.ª	06	09	23	65K	ARO2D093D		NOV			
	Diarrea por rotavirus	1.ª	06	09	23	Pfizer	FRU795		2023			
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.ª	06	09	23							
4 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Poliomielitis (VIP)	2.ª	08	11	23	Biolo	223400 1.					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.ª	08	11	23		285140533C					
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.ª	08	11	23	Serum	1111111111	HFLD	Cita 08			
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	2.ª	08	11	23	65K	ARO2D048AD		enero			
	Diarrea por rotavirus	2.ª	08	11	23	Pfizer	FY9925		2024			
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.ª	08	11	23							
6 meses						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
	Poliomielitis (VIP)	3.ª	11	01	24	Biological.	223300 5A.					
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3.ª	11	01	24		285140333D					
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.ª	11	01	24	Serum.	1111111111	HFLD	cita. 26			
	PENTAVALENTE Difteria , tosferina y tétano (DPT)	3.ª	11	01	24.				junio			
	Influenza estacional	1.ª	06	05	24	Butantan	2409979100	HFLD	2024.			
7 meses	Influenza estacional	2.ª	27	06	24	Butantan	2409979000	HFLD				
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.ª	27	06	24	Serum	0132NO74B					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	27	06	24	Pfizer	6X1912					
	Varicela	2.ª	27	06	24	Merck	X019177	HFLD				
	Hepatitis A	Única	27	06	24	MSD	W92773G	6/junio/24				
	Influenza estacional	Anual	29	05	25	Seqirus	P1802792794	HFLD				
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	1.er refuerzo	14	01	25	Biological	2327003	HFLD				
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.er refuerzo	14	01	25	Serum	2853201O	HFLD	CITA:			
	Fiebre amarilla	Única	27	06	24	Flocrux.	231VFC0077	HFLD	11-Enero			
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPb ☐)	2.º refuerzo							2025.			
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.º refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.ª	14	01	25	Serum	0132ND74B	HFLD	CITA: A los 5 años			
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.ª										
		2.ª										
		3.ª										
Vacunas complementarias y otras dosis												

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

Busca las vacunas ies gratis, hazlo de vez

17
R/V

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 dorada FECHA: DÍA 04 MES 04 AÑO 25 HORA:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Naylly Bayit APELLIDOS Lopez cuaran

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [x] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1126461770

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 28 MES: 06 AÑO: 2023 / EDAD: 1 años 9 M

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE 115

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)

¿CÓMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides).
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar No accede ala vacuna 3115890932 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.

18
R IV

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

Firma de la persona: Maria Nelly Cuervo B.

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: Eduard B

Firma

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1004768431

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HF10

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.

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020/2023

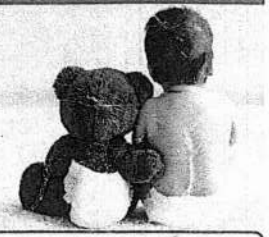
JINA A. BELALCAZAR FLOREZ
Gerente

Servimos con amor

CARNET RIAS **PRIMERA INFANCIA**

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

Servimos con amor



Nombres y apellidos: Nayerly Brillit Lopez.

Doc. de identidad: 1126461770. EPS: Mallamas.

Teléfono: 3115890932. Domicilio: B/los Piados.

79
R/U

		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	9-11 M	12-17 M	18-23 M	24-29 M	30-35 M	3 A	4 A	5 A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico													
		Atención en salud por medicina general													
		Atención en salud por enfermería													
		Atención en salud bucal por odontología					21-03-2024 21-09-24								
		Promoción y apoyo de la lactancia manterna													
PROTECCIÓN ESPECÍFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de fluor							3-12-24	14-02-25					
		Profilaxis y remoción de placa bacteriana								14-02-25 14-08-25	19-08-2025 19-02-2026				
		Aplicación de sellantes (según criterio)													
	V	Vacunación													

ASLEDY CHAVERRA
Odontóloga
TP. 29178.969

Vilma Villacorte
ODONTÓLOGA
Res.: 81 - 801

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 Naverly Brillit Lopez Cuaran, identificado (a) con documento de identidad número 1.126.461.770 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, Maria Nelly Cuaran Benalides, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 69.030.698, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	✓	Audios	✓	Videos	✓	Otros datos personales	✓

La autorización comprende:

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

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

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

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

Suscriben:

Firma: _____
Nombre: Maria Nelly Cuaran Benalides
Calidad - Titular: _____ Representante legal: mamá
Teléfono de contacto: 3115390932
Fecha: 04-04-2023
Municipio: San Miguel

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

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

	FORMATO ACTA DE COMPROMISO	BIENESTAR FAMILIAR

ACTA DE COMPROMISO

REGIONAL	CENTRO ZONAL	MUNICIPIO	FECHA
PUTUMAYO	LA HORMIGA	San Miguel	15 - 08 - 2025
LUGAR: CDI - Fronteras de Paz			Hora
UNIDAD :			
NOMBRE DEL RESPONSABLE		CC. RESPONSABLE	TELEFONO
María Nelly Cuaran Benavides		69.030.698	311 589 09 32

TEMA

Solicitud de documentos pendientes a la familia

OBJETIVO(S)

Informar a la familia sobre citas y controles pendientes

Se informa a la madre/padre: María Nelly Cuaran Benavides identificada con numero de cedula: 69.030.698 , quien se compromete asistir a las citas y controles médicos pendientes de forma responsable, adicional a ello me comprometo a entregar copias para la actualización de la carpeta de los siguientes documentos:

- ✓ Reasignar cita para Atención en salud bucal
- ✓ _____
- ✓ _____
- ✓ _____

El presente compromiso tendrá vigencia durante el período de tiempo comprendido entre el 15 de Agosto de 2025 y el 20 de Agosto de 2025, de no ser así se informará a las entidades correspondientes con previo aviso a la coordinadora local.

En constancia, se firma a los Quince (15) días del mes de Agosto de 2025.

ACUERDOS Y COMPROMISOS

Reasignar y llevar a la menor a la cita en atención en salud bucal

PERSONAL RESPONSABLES DE LA SOCIALIZACIÒN

NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	FIRMA
Johana Soto	Nutricionista	
Nelly Cuaran B.	madre.	

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

María Nelly Cuarán B.
Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Rotana Mendez
Agente educativa

Huella del niño/niña



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 12043	Pago oportuno hasta:	02-ABR-2025	Mes Facturado
Factura Nro.	2037043957	Suspensión a partir de:	03-ABR-2025	MARZO 2025

1. Información General

Nombre: MARIA NELLY CUARAN BENAVIDES

Dirección: BR LOS PRADOS

11-MAR-2025 — Último pago $ 104.470

Tuve servicio de energía entre: 15-FEB-2025 - 19-MAR-2025 (28) — 22-MAR-20

Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Área	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Tarifa	División Geopolítica
2001	6109	199	1	RESIDENCIAL	URBANA	1	0	AEREO	EMPRESA	103	SAN MIGUEL LOS PRADOS

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 + Transmisión + Distribución + Comercialización + Pérdidas + Restricción

527.60 + 49.85 + 253.23 + 121.95 + 70.79 + 14.68 = CU 1,038.10 ($/KwH)

2A. Información Medidor

Marca	Serial	Factor Múltiplo
APP	460419544	1

2B. Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	6470	6392
Reactiva:		

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

2C. Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	78		
Consumo Reactiva KVarh:	0		
Costo del consumo $	80971.8		
Tarifa (hasta 173 Kwh):	415.24		
Subsidio: %	60	$	48583.08
Contribución: %	0	$	0
Sub Total $	32388.72		

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

2D. Consumo Ultimos 6 Meses

Mes	Consumo
2025/Feb	101
2025/Ene	116
2024/Dic	120
2024/Nov	129
2024/Oct	118
2024/Sep	148

Promedio: 122

2E. Información Calidad del Servicio

Tel. O.R. ELPB 01 8000 942415
Transformador SLD103 Grupo 22
DUG 30.24 FUG 19 Circuito C14
Cargo D 249.01 Desde 01.20
CEC 102.09
DIU 77.30 FIU 95.00
HC 0.07 VC 4.00
Valor a compensar 10,168.66

3. Información de Creditos 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	80,971.80	0	0.00	80,972
SUBSIDIO	-48,583.08	0	0.00	-48,583
AJUSTE A SUBSIDIO	2,091.15	0	0.00	2,091
COMPENSACION RES.CREG 015/2018	10,168.66	0	0.00	10,169
AJUSTE A LA DECENA	-1.79	0	0.00	-1

5. Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP

24,316

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 / Esquina	7,804	0	7,804

7. Información Facturación Convenio Aseo y Alcantarillado

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

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
24,316	7,804	6,000	0	38,120

CUFE:

3945811455d4117d67ec1615a0c0926118d65269857059207f35f618ac

(415)7709998005532(8020)10002037043957 80(3900)0000038120(96)20250402

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

www.eebpsa.com.co @eebpsaesp /eebpsa

Fac. Electronica: EEBP 169469

Resolución de facturación electrónica DIAN No 18764083711901
de fecha: 20111\2024 desde No 1 hasta No. 1000000
vigencia: 20111\2024

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

Ley 142 de 1994 Art. 130

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a siempre 25 R/V

Ciudad San Miguel - La Dorada

Nombre completo de la niña o niño Nayerly Brillit Lopez Guaran

Fecha de nacimiento 26 06 2023 **N° Documento de Identidad** 1126461770

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

. hija: 2
hermano: 1

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Yasleni Giron

Fecha de registro cualitativo 02 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 Se ha evidenciado en la niña una notable. Facilidad para desplazarse. En diferentes espacios y para interactuar con sus compañeros; es importante seguir desarrollando actividades que potencien su desarrollo integral

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Yurani Galindez - Salamanca.

Fecha de registro cualitativo 03 10 025

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

Se logra evidenciar que la niña Nayerly se encuentra en. Perfil esperado, ya que es una niña que logra integrarse con los compañeros. participa en las actividades. Pero tambien es importante seguir fortaleciendo en ella la independencia y la comunicación

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

Fundación Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

24 RV

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Nayerly Lopez Cuaran. **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulo 1. **AGENTE EDUCATIVO:** Yurany Galindez

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

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
19 Nov. 025 20 Nov. 025.	Se realiza el llamado de asistencia y se logra evidenciar que la niña no Ingreso a la unidad. porque llego tarde	Se le informa a la mamita que se debe tener en cuenta la hora de ingreso. porque ya se habia Cerrado asistencia. ya que eran 8:20 am. y la hora de ingreso es a las 8:am Se logra evidenciar que la niña Ingreso a la Unidad bien aparentemente por lo tanto se hace el Cierre de la novedad	Yurany Galindez	

Fundación Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

28 RV

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Nayerly. Lopez Cearon. **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulo 1. **AGENTE EDUCATIVO:** Yurany Galindez

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

Clasificación de la Información:
CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
27 10 025	Se evidencia durante la Jornada. que la niña. Nayerly. muerde a los niños Cun. Sin. hacerle nada. aveces Suele estar Jugando y de repente muerde al que Se encuentre a lado de ella. Parece ser que. Cuando no. muerde le da ancedad. o algo así porque se desespera, y llora Cuando no la dejan morder.	Se le ha informado Varias Veces a la mamá para que habte Con la niña. y la mamita manifiesta. que Va Seguir dialogando con la niña mas Sin embargo. Se informa al equipo psicosocial.	Yurany Galindez.	

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
28/10/2025	Se realiza seguimiento a la novedad de comportamiento como morder a los compañeros, se comunica con la madre, de la IMF se le comunica de la importancia de explicarle a los la niña que no debemos morder a los compañeros, que no está bien lastimarlos, la madre refiere "que si a ella la molestan ella obviamente va responder" procedo a orientar que si es cierto que los niños tienden a realizar estas conductas, nosotras como papitos debemos orientar a resolver las de forma pacifica, puesto que podemos terminar haciendole mas daño a nosotros mismos y a los demas compañeros.. se procede a despedirnos y sugerirle explicarle que cuando la estan molestando a Yajerly informe o de diga a la profe para que ella pueda hacer a tiempo, corregir la situación, asi mismo le vamos enseñando cuando alguien le haga algo, decirse para poder ayudarla. Estefany Blandón

Fundación Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

29 RV

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Nayerly Lopez UNIDAD DE ATENCIÓN: Parvulo 1. AGENTE EDUCATIVO: Yurany Galindo

MUNICIPIO: San Miguel. FECHA DE INGRESO: _____

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
24 Oct 025 27 Oct 025	Se realizo el llamado de asistencia y se logra evidenciar que la niña no ingreso a la Unidad.	Se envio mensaje de texto a los familiares para saber el motivo de la inasistencia y nos informa la mamita por medio de un mensaje que la niña no asistio por motivo de lluvia. Se logra evidenciar durante la observacion. que la niña ingreso aparentemente bien. para hacer el cierre navidad.		

BIENESTAR FAMILIAR

30 Rv

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Nayerly Brillt Lopez Cuaran **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulos 1 **AGENTE EDUCATIVO:** Jurani Calindez

MUNICIPIO: San Miguel **FECHA DE INGRESO:** 1 - abril - 2025

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
4 octubre 2025	A las 9:32 am se recibe la noveda por parte de la Coordinadora Edith Isabel Meneses via WhatsApp de la salud que le reporto la agente educativo	Luego de recibir la novedad por la coordinadora a las 9:42 am del mismo dia me comunico con la agente educativa Jurani de parvulos para que me contextualice de la situacion de Nayerly Lopez, la docente me refiere ayer en horas de la noche a las 8:00pm me llamo la madre de Nayerly, y me dijo si podiamos hablar, le respondi que si, no podia ser mañana a lo que me dijo que si es posible hoy porque la niña por la parte de la vagina le esta saliendo sangre y esta roja, la madre estaba en la casa de mimama esperando yo ya fui y ella me pregunto yo le dije que en el dia no hubo novedades en el aula y ella me comento lo que tenia la niña y le sugeri llevarla al Hospital para realizar la investigacion correspondiente. A las 9:52 am me comunico con la madre de Nayerly para hacerle seguimiento de como está el estado de Salud, lo cual responde que le falta el examen de orina que el resto le salio Bie	Estefany Blandon Linares	

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
4/10 4-oct 2025	Realizo seguimiento via (WhatsApp) llamada normal a la madre a las 6:08pm para saber como continua el estado de salud de Nayerly lo cual me refiere que la llame mas despues puesto que le van a realizar el examen medico legal. a lo cual procedo a despedirme
5-oct 2025	Realizo nuevamente seguimiento via teleponica a las 9:09' para saber como sigua la menor a lo que me refiere la madre que en horas de la tarde le dieron la salida y que en el examen de orina le habia salido infeccion Orinaria, de alli le sugeri que me regalara el reporte o historia clinica para el reporte que se debia hacer desde COI, lo cual me respondio que tenia que pedirlo porque no sabia, o depronto se lo dieron al papa porque todo el tiempo no estuve yo tambien estuvo el papa con ella en el Hospital, luego procedi a despedirme.
6-OCT 2025	A las 7:57am llame via telefonica para realizar el seguimiento de como sigua la menor de edad a lo que me refirio que estaba bien, que ya no le dolia la parte baja de la vagina, luego le pedi nuevamente que si me podia regalar la Hyforia clinica de la menor a lo que me refirio que apenas acabara de desayunar me la enviaba al WhatsApp yo le dye que le agradecia y que me la hiciera llegar cuanto antes. y me despedi
	Nuevamente a las 10:00am de la mañana procedo a llamarla via telefonica para programar la visita y le pregunto a la (menor) madre de la menor, si es posible que nos atienda el dia de hoy, lo cual refiere que hoy no puedo porque tengo mucho trabajo, entonces le pregunto que dia no podria atender en la casa para realizar la visita, lo cual dice el Miercoles esta bien. lo cual le pregunto si en la mañana o en la tarde, ella me refiere que no hay problema
7-octubre 2025	se realiza dos llamadas a las 4:00pm a la madre de familia pero timbraba y luego pasaba a buzón, luego nuevamente a las 5:41pm llamo via telefonica a la madre quien contesta y la saludo y pregunto como sigue Nayerly lo cual me refiere que bien, luego le pregunto que mañana a que horas nos podria atender y me dice que entre las 8:30 o 9:00am esta bien. lo cual le confirmo que a las 9:00am del 8 de octubre estaremos en el domicilio realizando la visita domiciliaria

Fundación Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

31 RU

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: Nayerly Brillith Lopez C. **UNIDAD DE ATENCIÓN:** Parvulo 1. **AGENTE EDUCATIVO:** Yurani Galindez

MUNICIPIO: San Miguel. **FECHA DE INGRESO:** 01-abril-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)
03 10 025.	El dia 3 de Octubre Siendo la 8:10 de la noche la señora Nelly Cuaran me manifiesta que quiere hablar Conmigo personalmente y que me esta esperando en mi Casa de habitacion a lo que le respondi porque crei que. no era algo grave que si no podia ser el Sabado 4 de Octubre porque ya iva de salida mas sin embargo ella me manifiesta que es importante y que no por eso también me habia estado llamando, nos reunimos con la señora Nelly ella comenta que la niña presenta sangrado Vaginal y Lastimada su Vagina que lo evidencio cuando la iva a bañar y que la niña sentia mucho dolor, mas sin embargo el Papa de la niña tambien Comento que Cuando bañaba la niña y el le revisaba la bañaba no tenia la Vajina abierta Como rasgada y roja y que antes era cerradita Se le manifiesto a la. mamita que para descartar Se acerque a la Unidad para hacer la revision. de Camaras dentro del aula y Fuera de baños	Se le informa a Doña Nelly que es extraño porque antes de Salir de la Unidad la niña no presento ninguna de. estas novedades que la señora Nelly y el esposo Comentan., Nisiquiera que la niña presentara algun. tipo de dolor porque incluso no Se los habia Sacado a los niños ni al porque ni a las llantas para decir que depronto Se haiga Caido y que tal vez depronto Jugando Con otro niño Como de Costumbre lo hace empujandolcen, no seria tampoco la causa para que se lastime asi, la parte intima y que para decir que Jugando Con la Silla tampoco, y para decir que se golpeo Fuera del Salon tampoco porque no Se los Saco ya que. el dia estaba muy lluvioso y todas las actividades Se realizaron dentro del aula. Se le Sugiere a Doña Nelly que mejor la lleve al hospital. para descartar Cualquier anomalia a lo que la señora Nelly manifiesta que no quiere ir porque activaban la ruta	Yurani Galindez S.	X

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	de investigacion. y me dice que a no ser que yo diga que la niña se golpeo en el CDI a lo que le respondi que eso no se puede hacer porque las cosas no fueron. así por lo tanto Doña Nelly manifiesta que mejor la va a llevar a una farmacia y que no sabe si comprarle una crema o que será dice doña Nelly A lo que nuevamente le insisto que es mejor llevar a la niña al medico porque. un caso de estos no se debe dejar pasar por alto, que habia veces que la niña como todo niño curioso se sabia molestar pero que tampoco era para decir que ella se lo hizo, segun. las novedades que ellos comentan. Una vez terminada la conversacion. Se les envia un mensaje de texto y un audio insistiendoles que lleven la niña al hospital para que la valore el medico y de inmediato se le informa a la cordinadora Edith. de lo sucedido siendo. las 9:14 pm
04-10-025	El día Sabado 4 octubre se le realizan varias llamadas telefonicas a Doña Nelly para saber sobre la salud de la niña Doña Nelly manifiesta que. ya le hicieron. varios examenes que todo salio bien y que estaba a la espera de los resultados de orina.
06-10-025	Se le envia un. mensaje de texto a doña Nelly para saber como le termino de ir con los examenes de la niña y el estado de la niña Nayerly a lo que Doña Nelly responde por medio de un. mensaje siendo. las 9.19 am que le diagnosticaron infeccion de orina se le informa a la mamita que debe enviarme el historial clinico y la orden medica, la señora se acerca a la unidad para hacer la entrega de la historia clinica y por medio de un. audio me manifiesta que. quiere nuevamente hablar conmigo o solas personalmente a lo que le respondo que si en. la unidad con. mucho gusto el dia de mañana 7 octubre a las 9:30 am mas sin embargo la señora no llego a la unidad.