BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

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

F2.MT1.PP	30/01/2025
Versión 2	Página 2 de 2
Clasificación de la Información: Pública	



Fecha de diligenciamiento: 04 04 2025.

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

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

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

Unidad de Servicio sugerida: CDI FRONTERIZAS 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: 1126460920.

Fecha nacimiento: 6 04 2022.

Nombres: DAVID SANTIAGO.

Apellidos: 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:

Dirección: CASA UBICADO PASANDO EL PUENTE GRANDE.

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: 1126.456.326

Nombres: KATERINE.

Apellidos: LARA MONTES

Pais de nacimiento: COLOMBIA

Fecha nacimiento: 19 04 1996.

Correo electrónico:

Número de celular: 312.3913926.

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: Katerine Lara Montes

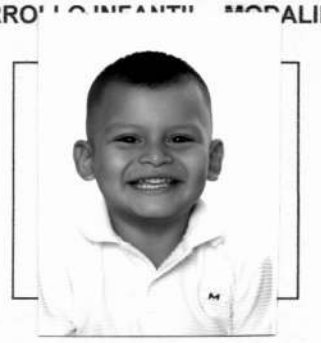
Nombre y Firma del profesional que diligencia:

Observaciones:

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

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



NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO:

DAVID SANTIAGO COARAN LARA

N° DOCUMENTO: 1126460920 **TIPO DOCUMENTO:** RC X CC___ OTRO ___

FECHA DE NACIMIENTO: 6-MARZO-2022. **EDAD:** 3 A.

LUGAR DE NACIMIENTO: PASTO - NARIÑO

NOMBRE DE LA UDS: CDI FRONTERAS DE PAZ.
CODIGO UDS: 86757126972. **BARRIO/VEREDA:** 7 DE AGOSTO.
FECHA DE INGRESO: 04-04-2021 **FECHA DE RETIRO:** _____

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

DESPLAZADO: SI___ NO X **DISCAPACIDAD:** SI___ NO X . ¿CUAL? _____

GRUPO ETNICO: SI___ NO X ¿CUAL? _____

GRUPO AFROCOLOMBIANO: SI___ NO X ¿CUAL? _____

NOMBRE DE LA MADRE: ERIKA KATERINE ZARA MONTES.

N° CÉDULA: 1126.456.326. **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** GUAITARA

NOMBRE DEL PADRE: MILLER ALEXANDER. COARAN COELLAR.

N° CÉDULA: 1087209306. **LUGAR DE EXPEDICIÓN:** VALLE DE GUAMUEZ.

N° DE CELULAR: 3123913926.

NOMBRE DEL ACUDIENTE: _____

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

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

NUMERO DE CELULAR _____

Katerine Lara Montes
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

LICIANA TUTISTAR.
NOMBRE DE AGENTE EDUCATIVO

ENTREGADO 0 3 ABR 2023

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

ESTA REPRODUCCIÓN FOTOMECÁNICA ES FIEL COPIA DE LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURÍA

3

NUIP 1.126.460.920

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 61322286

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código Y 7 A

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE VALLE DEL GUAMUEZ - COLOMBIA - PUTUMAYO - VALLE DEL

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CUARAN	LARA

Nombre(s): DAVID SANTIAGO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes MAR Día 06	MASCULINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA NARIÑO PASTO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	169652988

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: LARA MONTES ERIKA KATERINE

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.126.456.326	COLOMBIA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: CUARAN CUELTAN MILLER ALEXANDER

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.087.209.306	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: CUARAN CUELTAN MILLER ALEXANDER

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.087.209.306	Miller Cuaran

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2022 Mes MAR Día 22	CARMEN [illegible] CASANOVA YANDI - Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Miller Cuaran. Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Valle del Guamuez (La Hormiga) -Putumayo.

EL PRESENTE SERIAL ES FIEL COPIA TOMADO DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTE DESPACHO.

MONICA YENY LOPEZ GOMEZ
REGISTRADORA MUNICIPALDEL ESTADO CIVIL (E)
VALIDO PARA ASUNTOS LEGALES

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil 33438770-1

Registraduría Municipal del Estado Civil
Calle 8 N 3-129 – Barrio Las Américas – Valle del Guamuez (Putumayo)

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.126.456.326**

LARA MONTES
APELLIDOS

ERIKA KATERINE
NOMBRES

Katerine Lara Montes
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **13-ABR-1996**
GUALMATAN
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

09-JUN-2014 VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-6402800-00596744-F-1126456326-20140708 0039132479A 1 42886633

5
19

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.087.209.306**

CUARAN CUELTAN

APELLIDOS

MILLER ALEXANDER

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **19-JUL-1997**

VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA) (PUTUMAYO)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

03-DIC-2015 TUMACO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-2313900-00785123-M-1087209306-20160202 0048168457A 1 46115350

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: **25/03/2025**

Ficha: **86865010479000000428**

B4

Pobreza moderada

DATOS PERSONALES

Nombres: **DAVID SANTIAGO**

Apellidos: **CUARAN LARA**

Tipo de documento: **Registro civil**

Número de documento: **1126460920**

Municipio: **Valle del Guamuéz**

Departamento: **Putumayo**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **01/12/2017**

Última actualización ciudadano: **07/09/2022**

Última actualización via registros administrativos: **25/11/2023**

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

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: **JHEISON ALEXANDER VALENCIA CASTRO**

Dirección: **Calle 7 No 5 - 20**

Teléfono: **4282059 - 3223167301**

Correo Electrónico: **sisben@valledelguamuez-putumayo.gov.co**

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

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

Para actualizar tu ficha utilizamos información de las siguientes entidades:

- DPS - Departamento para la prosperidad social
- MinEducación - Ministerio de Educación

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	1126460920
NOMBRES	DAVID SANTIAGO
APELLIDOS	CUARAN LARA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	VALLE DEL GUAMUEZ

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EMSSANAR S.A.S. -CM	CONTRIBUTIVO	07/03/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/11/2025 08:03:16	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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

emssanar EPS
NIT. 901.021.565-8
Registro de Cámara de Comercio
Nº 15233 Libro IX. Octubre 24 de 2016
Cuidamos de ti en cada paso

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS EMSSANAR EPS SAS
Movilidad Régimen Contributivo

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

Tipo y Número de identificación:	RC 1126460920
Apellidos:	CUARAN LARA
Nombres:	DAVID SANTIAGO
Tipo de discapacidad:	Ninguna
Plan de salud:	Movilidad Régimen Contributivo
Tipo de afiliado:	Beneficiario
Tipo de trabajador:	N/A
Estado de servicio:	Vigente
Fecha de Afiliación:	07/03/2022
Departamento de Afiliación:	PUTUMAYO
Municipio de Afiliación:	VALLE DEL GUAMUEZ
Zona:	Urbana - Cabecera Municipal

IPS de atención de primer nivel

IPS	Direccion	Servicio
HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS - VALLE DEL GUAMUEZ (PUTUMAYO)	VIA ROSAL	MEDICINA GENERAL ODONTOLOGÍA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

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

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

En constancia se firma el 25 de Marzo de 2025 a solicitud del interesado.

JEFE COMERCIAL
EMSSANAR EPS SAS

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

Carné de salud infantil

▶ Datos del Niño o de la Niña

1° Apellido: Cuaran

2° Apellido: Lara

Nombre: David santiago

Fecha de Nacimiento: Día: 6 Mes: 03 Año: 2022

Sexo: F ___ M X I ___

Grupo Sanguíneo: O Rh: Positivo

Lugar de nacimiento: HUDN

Municipio: PASTO Departamento: NARIÑO

EPS : Emssanar

No. de Afiliación: ___

No. de Registro Civil: 1126460420

DANE 16965948-8

▶ En caso de urgencia favor avisar a:

Nombre: ERIKA KATERINE LARA MONTES

Domicilio: Alto gusia valle del Guamues

Municipio: Valle de Guamues Departamento: PUTUMAYO

Teléfonos: 3123923926

Otros domicilios: ___

Consultas de Salud

Anotar los datos significativos para la salud del niño o la niña.

Fecha	Edad	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Próxima visita	Observaciones
16 Abril 2025	3 años	17.4 kg	96.5 cm	50 cm sobrepeso Talla OK		Dr. Aylo.
9 marzo 2026						

Remisiones: _____

Consultas de Salud

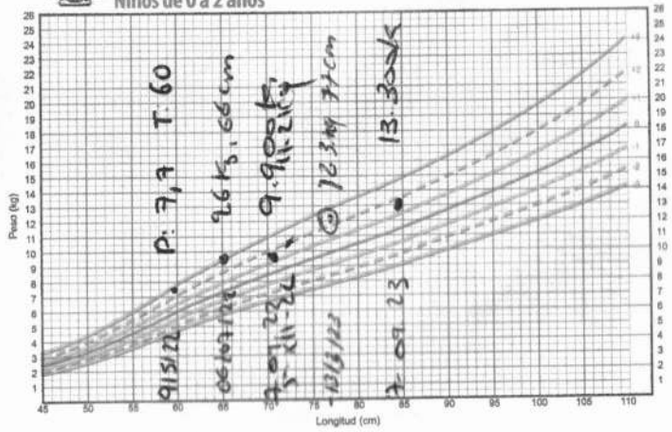
Anotar los datos significativos para la salud del niño o la niña.

Fecha	Edad	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Próxima visita	Observaciones
9 mayo 2022	2 mes.	7,7 kg	60 cm	41 cm	6, Julio 22 x enf.	Clara M.
07 Julio 2022	4 meses	96 kg	66 cm	42.5 cm Sobrepeso	07/09 2022 2pm c/nf	BAYRA CORDOBA MALLA R.M 1085297095 MEDICO GENERAL
6 MAR 22	9M	11.2	72cm	45cm	6-MARZO 2023 9am x Medico.	
13/3/23	12M.	12.3	77cm	47cm	7 Sep 7am x ENF	Christian Ruales Cadena Medico General Universidad Guayaquil
7.09 / 23	18.3	13 3	85cm	47cm	25 Abril 2024 12:30 pm	
25 Abril 2024	2 años	15.6 kg	89 cm	PC 48.5cm Sobrepeso Talla OK.		BAYR...
					09-Sept 2024 10:00am.	
12.09 / 23	30 mes.	16kg	91cm	PC. 48cm Sobrepeso talla OK.	12 Sept 2024. 2 cupm remf 7 marzo 2025 3 cupm remed. 16 abril 2025 - 9 MARZO 2026 8.30	

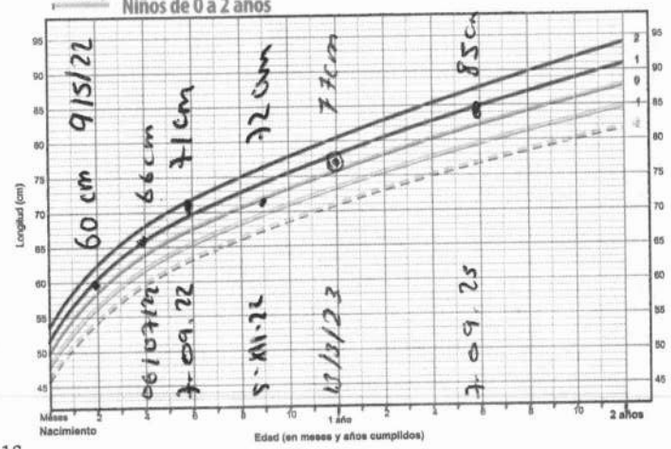
Remisiones: _____

Crecimiento en Niños de 0 a 2 años

Peso para la talla
Niños de 0 a 2 años

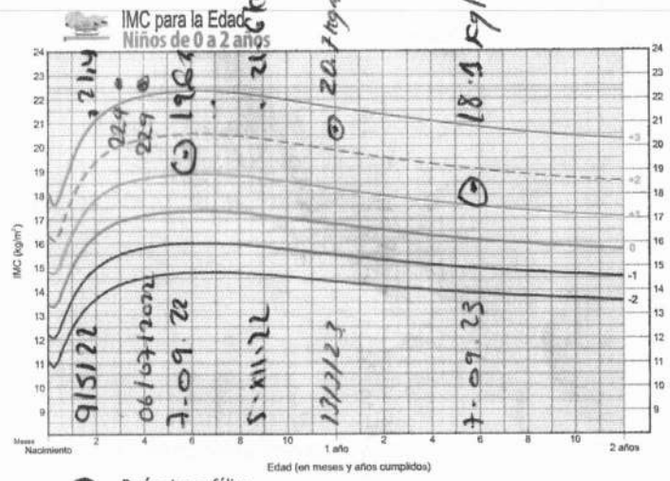


Talla para la edad
Niños de 0 a 2 años

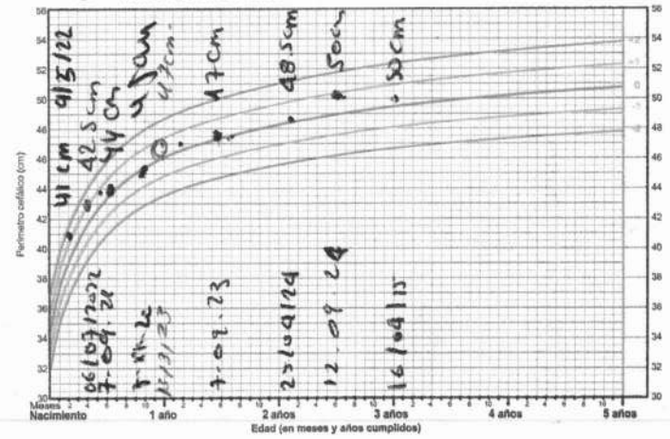


IMC Niños de 0 a 2 años y Perimetro cefálico niños de 0 a 5 años

IMC para la Edad
Niños de 0 a 2 años

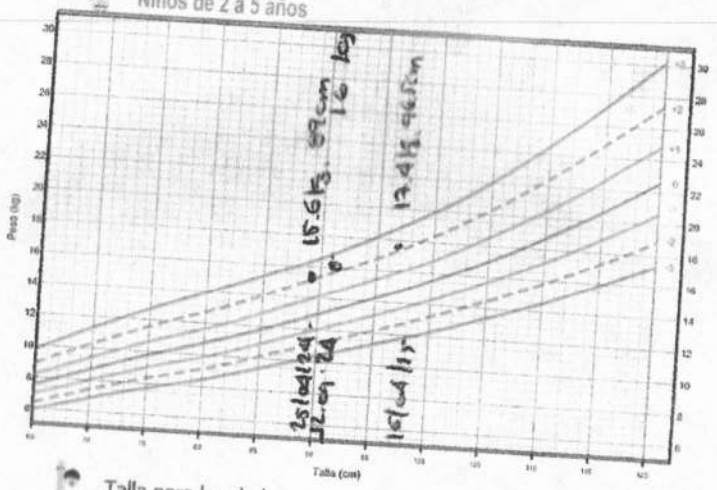


Perímetro cefálico
Niños de 0 a 5 años

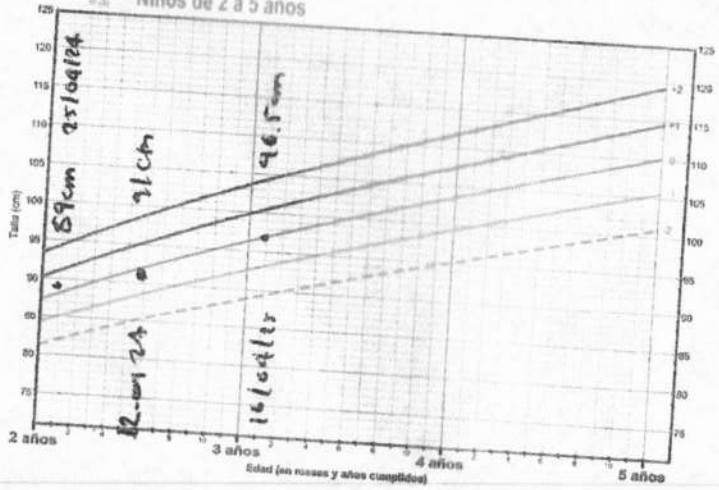


Crecimiento en Niños de 2 a 5 años

Peso para la talla
Niños de 2 a 5 años

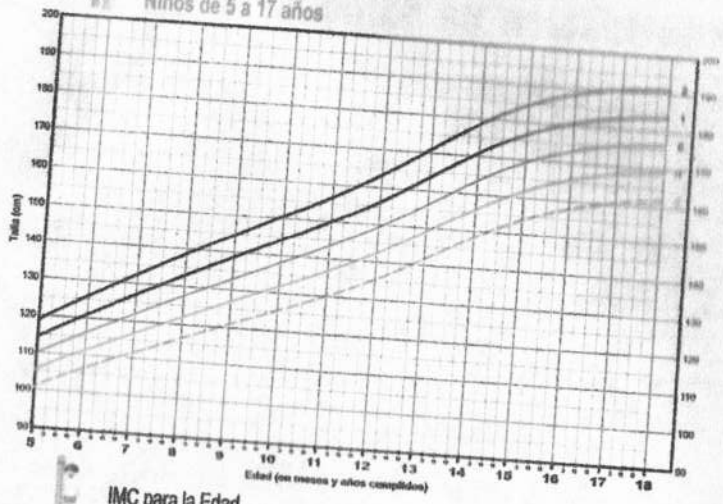


Talla para la edad
Niños de 2 a 5 años

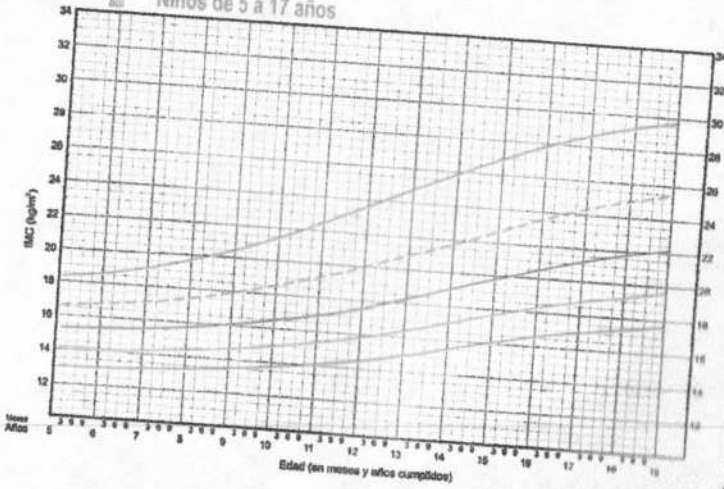


Talla para la Edad e IMC Niños de 5 a 17 Años

Talla para la edad
Niños de 5 a 17 años



IMC para la Edad
Niños de 5 a 17 años



Carné de Vacunación

40
3890

David Santiago Cuaran Lora 1126460920

	Vacunas	Fecha	Lote Numero	Laboratorio	IPS	Próxima Cita	Vacunador	Observaciones
R.N.	Hepatitis B							
	BCG	06/03/22	0320X0170	Serum	ESE HSCJ		Juliana Montilla	
2 MESES	Difteria Tetanos Tos Ferina	9 Mayo 22	SeNM 2820403	80	ESE HSCJ		Diego B.	
	Hepatitis B	9 Mayo 22	SeNM 2820403	80	ESE HSCJ		Diego B.	
	H. Influenza B	9 Mayo 22	SeNM 2820403	80	ESE HSCJ		Diego B.	
	Polio	9 Mayo 22	Biltheren	2221004	ESE HSCJ		Diego B.	
	Rotavirus	9 Mayo 22	GSK	AROLC892AF	ESE HSCJ		Diego B.	
	Neumococo	9 Mayo 22	GSK	ASPN834 0AB	ESE HSCJ		Diego B.	
4 MESES	Difteria Tetanos Tos Ferina	21 Jul 22	Serum	285 1x0070		9 Julio 2022		
	Hepatitis B	21 Jul 22						
	H.Influenza B	21 Julio 22						
	Polio	21 Julio 22	Biological	2221004				
	Rotavirus	21 Julio 22	ADOLO 041 AD.					
	Neumococo	21 Julio 2	ASPN B342AA.					
6 MESES	Difteria Tetanos Tos Ferina	28 Sept 22	Serum	285140 22A	ESE HSCJ		Solandy	
	Hepatitis B	28/09/22	Serum	285140	HSCJ		21/09/22	
	H. Influenza B	28	Biological		ESE H			
	Polio	28 Sept 22		2140003	HSCJ		Solandy	
6 A 23 MESES	Influenza Estacional 1 dosis	26 May 23	Green Cross	V805Z001	HSCJ		Duvan Leon	Aux. en enfermeria C.C 1.120.096.029 Diana Cadena
	Influenza Estacional 2 dosis	26 Junio 2023	Green Cross	V805Z001	ESE HSCJ	24/06 2023		
	Influenza Estacional Ref.							
12 MESES	Sarampión Rubéola Parotiditis	07 Marzo 2023	C13NOB5A	Serum	ESE H.S.C.J.		Mayon Mera	
	Neumococo Refuerzo	07/03/2023	ASPNB342AA	GSK	ESE H.S.C.J.		Mayon Mera	
	Hepatitis A	07/03/23	W004K01	MSD	ESE HSCJ		Mayon Mera	
	Varicela 1.	07/03/23	W02R04	MSD	ESE HSCJ		Mayon Mera	
18 MESES	Difteria Pertus Tetanos Tos Ferina	28 Sep 21	285140 22 C	Serum	ESE HSCJ	28 SEP. 2022	Andrea Ruiz	
	Polio	28 Sep 21	2221016	B. Jug.	ESE HSCJ		Andrea Ruiz	
	Fiebre Amarilla	07/03/22	U3N21	Sanofi	4420049	ESE HSCJ	Esteyson Dorado	
5 AÑOS	Difteria Tetanos Tos Ferina							
	Polio							
	Sarampión Rubéola Parotiditis TV Varicela	28 Sep 21	C13NOB7A	Serum	ESE HSCJ		Andrea Ruiz	
OTRAS								

CHA 6 de Sep. 2017

Diego Bravo B. Auxiliar de Enfermería 2020

Yanet Zuñiga

14
DN

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 19 MES 06 AÑO 2025 HORA: 3:20 p.m

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Yavel santiago APELLIDOS Cuaran lara.

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [N] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1.726.460.920.

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 06 MES: 03 AÑO: 2022 / EDAD: 3 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Emssanar Tel: 3142937123.

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 cia la aplicación de esta vacuna, se han reconocido beneficios y riesgos, que es importante que usted conozca antes de dar el consentimiento para su aplicación.

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

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

Miedo a la reacción

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

EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD

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

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

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 Erika Katerine Lara Montes Apellidos Lara Montes

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1.126.456.326

Firma: _____

En caso de requerirse firma a ruego:

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

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

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

de _____

Huella dactilar o plantar del Rogante

Firma del Rogado

C.C. N° _____

C.C. N° _____

Nombres y apellidos del vacunador: Isabel Arias Erazo

Firma Isabel Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1004695928

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): ESE

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.

CONTROL DE CITAS

Este carné es un documento de identificación como usuario de los servicios del Hospital; tratelo con cuidado y no lo pierda pues su duplicado tiene un valor de $ 2.000

Debe ser puntual en el cumplimiento de su cita de Higiene Oral. Si no se presenta en la hora fijada perderá su turno y tendrá que sacar una nueva cita.

De la asistencia a su cita depende del éxito del tratamiento.

Si por atender a un usuario de cuidado urgente, usted sufre alguna demora en ser atendido, rogamos nos excuse.

Calidad y oportunidad en los servicios

Impreso: Litoimpresores - Cel:3225663764 - La Hormiga -Pyo

Hospital

NIT. 846.000.471-5

MUNICIPIO VALLE DEL GUAMUEZ - LA HORMIGA - PUTUMAYO

esehormiga2008@hotmail.com - Tel.: 4287089

HIGIENE ORAL



NOMBRES Y APELLIDOS

Cuaran Lara David Santiago

DOCUMENTO DE IDENTIDAD | No. HISTORIA CLINICA

1126460920 | 118

DOMICILIO

V/ Alto Guisia

¡Una buena Higiene Oral para una salud total!

CP	F	S	D	PRÓXIMA CITA	PRÓXIMA CITA
~~x~~	~~x~~			20 - Septiembre - 2023	Solicitar la cita
x	x			28 - Septiembre - 2023	29 - Marzo - 2024
✓	✓			03 mayo 2024.	03 NOV - 2024
~~x~~	~~x~~			30 - abril - 2025	03 - NOV - 2025.
✓	✓	✓		04 - 12 - 2025	04 - 06 - 2026

Yaneth Lucia Mora
HIGIENISTA ORAL
Res 399 del 2019

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 DAVID SANTIAGO COARAN LARA, identificado (a) con documento de identidad número 1126460920, 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, ERIK. LARA MONTES., quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1126456.326, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	✓	Audios		Videos	✓	Otros datos personales	

La autorización comprende:

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

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

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

Los productos autorizados son originados por FUNDACION ALMA DE VIDA., en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa CDI FRONTERAS DE PAZ.

Suscriben:

Firma: Katerine Lara Montes
Nombre: Erika Katerine Lara Montes
Calidad - Titular: X. Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3142987123
Fecha: 04-04-2025.
Municipio: SAN MIGUEL.

¡Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

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

ERIKA IARA
Firma del Padre de Familia y/o acudiente

Agente educativa

Huella del niño/niña

DAVID SANTIAGO

"Generamos Desarrollo con Energía"

Vigilado Superservicios

Autorretenedores Res. 547 de 25/01/2002
Responsables de IVA

Código de Suscripción	SM 38971	Pago oportuno hasta:	06-FEB-2025	Mes Facturado
Factura Nro.	2036979086	Suspensión a partir de:	07-FEB-2025	ENERO 2025

1. Información General

Nombre:	ALVARO JESUS DIAZ ANDRADE		07-ENE-2025	Último pago:	$
Dirección:	BR LOS PRADOS	Tuve servicio de energía entre:	19 DIC 2024 - 19-ENE-2025 (31)		27-ENE-20

Ciclo	Ruta	Orden	Estrato	Tipo de Uso	Área	Nivel de Tensión	Carga Instalada	Tipo de Red	Propiedad de Activos	Tarifa	División Geopolítica
SM1	S109	126	1	RESIDENCIAL	URBANA	1	1.5	AEREA	EMPRESA	105	SAN MIGUEL - LOS PRADOS

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

2.Información Consumo Energía

Componentes del Costo (CU): Generación 455.53 + Transmisión 58.19 + Distribución 257.19 + Comercialización 122.51 + Perdidas 63.32 + Restricción 4.37 = CU 961 ($/KwH)

2A.Información Medidor

Marca	Serial	Factor Múltiplo
[illegible]	18164696	

2B.Información de Lecturas

Energía	Lectura Actual	Lectura Anterior
Activa:	10645	10464
Reactiva:		

Tipo Liquid.: DIFERENCIA DE LECTURAS
Obs. Lectura:

2C.Liquidación Consumo del Periodo

Consumo Activa Kwh:	181	
Consumo Reactiva KVarh:	0	
Costo del consumo $	173959.1	
Tarifa (hasta 173 Kwh):	400.91	
Subsidio: %	58.2863	-66912.81
Contribución: %	0	0
Sub Total $	77046.29	

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

2D.Consumo Ultimos 6 Meses

Mes	Consumo
2024/Dic	167
2024/Nov	170
2024/Oct	153
2024/Sep	142
2024/Ago	107
2024/Jul	110

Promedio: 142

2E.Información Calidad del Servicio

TRANSFORMADOR 01 8000 3424115
Transformador SLD120 Grupo 22
DIUG 30.24 FRUG 19 Circuito C14
Cargo D 254.70 Dscto 5% 20
CLC 169.98
DIU 76.07 UIU 93.00
IIC 7.13 VC 12.00
Valor a recuperar 17,211.84

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	173,959.10	0	0.00	173,959
SUBSIDIO	-96,912.81	0	0.00	-96,913
AJUSTE A SUBSIDIO	2,919.13	0	0.00	2,919
COMPENSACION RES CREG 015/2018	17,211.84	0	0.00	17,212
AJUSTE A LA DECENA	0.42	0	0.00	0

5.Información Facturación Consumo de Energía + Conceptos EEBP

62,751

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	11,109	0	11,109

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
Aseo*	Alcaldia San Miguel	Cra 4 Cll 7 Esq B/La Libertad		6,000	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 Telefono	Valor Tarifa	Saldo Anterior	Valor Total
					0
					0
					0

Total EEBP	+	Total Impuesto Alumbrado público	+	Total Aseo y/o Alcantarillado	+	Total Otros Convenios	=	Debe pagar en total
62,751		11,109		6,000		0		79,860

CUFE:

[illegible]

(415)7709998005532(8020)100020369790867 3(3900)00000079860(96)20250206

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

www.eebpsa.com.co @eebpsaesp /eebpsa

Fact. Electronica: EEBP 94925

Resolución de facturación electrónica DIAN No 18764064711901
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

de cero a Siempre 22 R/N

Ciudad San Miguel la Dorada

Nombre completo de la niña o niño DAVID SANTIAGO CUARAN IARA

Fecha de nacimiento 6 03 2022 **N° Documento de Identidad** 1.126.460.920

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

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador JULIANA TUTISTAR RUIZ.

Fecha de registro cualitativo Día 21 Mes 07 Año 2025.

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

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

Observaciones generales

DAVID CUMPLE CON TODOS LOS ITEM ACORDES A SU EDAD, POR LO TANTO SE ENCUENTRA EN PERFIL ESPERADO, MOSTRANDO INTERES. POR EXPLORAR EL MEDIO QUE LO RODEA. A RELACIONARSE CON SUS PARES DE MANERA ADECUADA, SE SEGUIRA FORTALECIENDO SUS AVANCES CON ACTIVIDADES LUDICAS. Y EXPERIENCIAS PRACTICAS.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador LILIANA TUTISTAR RUIZ.

Fecha de registro cualitativo Día 2 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

DAVID HA DEMOSTRADO AVANCES SIGNIFICATIVOS EN EL DESARROLLO DEL LENGUAJE VERBAL. LOGRANDO EXPRESAR SUS IDEAS Y NECESIDADES, PARTICIPA ACTIVAMENTE EN ACTIVIDADES LUDICAS, SE ENCUENTRA EN BUEN CONTROL DE ESFINTER TANTO GRUESAS, COMO FINAS. POR LO ANTERIOR EL NIÑO SE ENCUENTRA EN UN DESARROLLO ESPERADO.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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

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

Observaciones generales

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

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

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: DAVID SANTIAGO CUARAN - UNIDAD DE ATENCIÓN: PREJARDIN 1 AGENTE EDUCATIVO: LILIANA TOTASTAR

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

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
1-12-2025	A LAS 7:59 A.M LA MADRE DE FAMILIA LE ENVIA MENSAJE POR WHATSAPP A LA DOCENTE DANDO A CONOCER QUE EL DIA DE HOY EL NIÑO NO ASISTIRA AL CDI, POR QUE DEBE REALIZAR ALGUNOS TRABAJOS EN LA FINCA.	LA DOCENTE ESTABLECE LA NOVEDAD Y RECOMIENDA CUIDADOS EN CASA		Katerine I.

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
2-11-25	EL DIA DE HOY EL NIÑO NO ASISTIÓ AL EDI, SC. DESCONOCE EL MOTIVO POR EL CUAL NO ASISTIÓ ACCION: LA DOCENTE ENVIA MENSAJE DE VOZ A LA MADRE DE FAMILIA, SOLICITANDO INFORMACION DEL MOTIVO POR EL CUAL NO ASISTIÓ ESTE DIA.

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: DAVID SANTIAGO COBRAN UNIDAD DE ATENCIÓN: PREJARDIN 1 AGENTE EDUCATIVO: GLADYS TISTAZ

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

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
2-12-25	EL DIA DE HOY EL NIÑO NO ASISTIRA AL CDI, YA QUE LA MADRE DE FAMILIA MEDIANTE LLAMADA TELEFONICA REFIERE QUE DEBE REALIZAR ALGUNAS GESTIONES EN EL BANCO Y NO LE DA TIEMPO DE TRAER Y RECOGER AL NIÑO EN EL CDI.	X LA DOCENTE EXPLICA LA IMPORTANCIA DE LA ASISTENCIA PARA CONSEGUIR EL COPO.		Katerine L

Fundación Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: DAVID SANTIAGO CUARAN UNIDAD DE ATENCIÓN: PREJARDIN 1 AGENTE EDUCATIVO: LILIANA TOLOSA

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

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
	EL DIA DE HOY EL NIÑO INGRESARA AL CDI. UN POCO MÁS TARDE YA QUE SE ENCUENTRA EN CONTROL DE HIGIENE ORAL.	* LA DOCENTE RECOMIENDA A LA MADRE DE FAMILIA TRAER COPIA ACTUALIZA. DA PARA ESTABLECER EN CARPETAS		Katerine T.

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: DAVID SANTIAGO COARA UNIDAD DE ATENCIÓN: PREJARDIN 1 AGENTE EDUCATIVO: LILIANA TUTISTAR.

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

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
25-11-25	LA MADRE DE FAMILIA INFORMA POR MEDIO DE MENSAJE A WHATSAPP QUE EL DIA DE HOY NO ASISTIRÁ POR QUE LO TIENE QUE PORÁR Y PREFIERE CUIDAR EN CASA.	* LA DOCENTE REGISTRA LA NOVEDAD. Y RECOMIENDA CUIDADOS EN CASA.		

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: DAVID SANTIAGO CORAN UNIDAD DE ATENCIÓN: PIZEJARDIN 1 AGENTE EDUCATIVO: LILIANA TOTES

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

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
21-11-25	LA MADRE DE FAMILIA INFORMA A LA DOCENTE QUE EL DIA DE HOY EL NIÑO NO ASISTIRA. AL COLE. PORQUE ELLA TIENE UN VIAJE FUERA DEL MUNICIPIO. A EXPOSICION DE UN PROYECTO. DE ESTUDIO, POR LO CUAL NO PUEDE. VENIR A DEJAR Y RECOGER AL NIÑO POR LO TANTO LO DEJARA AL CUIDADO DE LOS ABUELOS.	A LA DOCENTE REGISTRA LA NOVEDAD		

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: DAVID SANTIAGO CORAL UNIDAD DE ATENCIÓN: PREJARDIN 1 AGENTE EDUCATIVO: LILIANA TORRES

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

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
11-2025	EL DIA DE HOY EL NIÑO NO ASISTIÓ AL CDI, SE DESCONOCE EL MOTIVO POR EL CUAL NO ASISTIÒ.	*LA DOCENTE REGISTRA LA NOVEDAD Y ENVIA MENSAJE DE VOZ A LA MADRE DE FAMILIA SOLICITANDO INFORMACION. *SE ESTA A LA ESPERA DE UNA RESPUESTA. A LAS 9:17 A.M LA MADRE DE FAMILIA DA RESPUESTA AL MENSAJE. MANIFESTANDO QUE EL NIÑO SE ENCUENTRA BIEN, PERO NO ASISTIÓ PORQUE QUERIA QUEDARSE CON EL ABUELO QUE VINO DE VISITA.		.Katherinne Lara.

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: DAVID SANTIAGO QUARAN UNIDAD DE ATENCIÓN: PREJARDIN 1 AGENTE EDUCATIVO: LILIANA TOTISTAR.

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

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
3-11-25	LA MADRE DE FAMILIA REFIERE QUE SE ACERCÓ AL HOSPITAL A SOLICITAR CITA PARA CONTROL DE HIGIENE ORAL, PERO LE DAN A CONOCER QUE NO HAY AGENDA Y LE RECOMIENDAN ESTAR PENDIENTE EL FIN DE SEMANA PARA VOLVER A SOLICITAR.	* LA DOCENTE LE RECOMIENDA ASISTIR AL HOSPITAL EL FIN DE SEMANA PARA SOLICITAR LA CITA.		Katerine Lara.

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
14-11-25	LA MADRE DE FAMILIA REFIERE QUE SOLICITO LA CITA PARA HIGIENE ORAL Y QUEDO AGENDADA PARA EL DIA 4-DE DICIEMBRE YA QUE PARA ESTE DIA HAY DISPONIBILIDAD DE ATENCION.

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: DAVID SANTIAGO CUARAN UNIDAD DE ATENCIÓN: PREJARDIN 1 AGENTE EDUCATIVO: Liliana Tolosa

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

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
30-1025	LA MADRE DE FAMILIA EL DIA DE AYER SOLICITA PERMISO PARA EL DIA DE HOY POR MOTIVO DE QUE NO HAY UNA PERSONA RESPONSABLE QUE LO VENGA A DEJAR. YA QUE ELLA DEBE IRSE A TRABAJAR. POR LO TANTO ESTE DIA LO DEJARA AL CUIDADO DE LA ABUELA.	* LA DOCENTE REGISTRA LA NOVEDAD DANDO A CONOCER EL MOTIVO POR EL CUAL NO ASISTIO EL NIÑO.		Katherine Lara

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: DAVID SANTIAGO CUARAN UNIDAD DE ATENCIÓN: PREJARDIN 1 AGENTE EDUCATIVO: LILIANA TOTESTAP.

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

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
24-10-25	A LAS 8:12 P.M DEL DIA DE HOY LA MADRE DE FAMILIA SE COMUNICA CON LA DOCENTE POR LLAMADA TELEFONICA REFIRIENDO QUE HOY NO TRAERA AL NIÑO YA QUE LA QUEBRADA ESTA CRECIDA Y NO PUEDA PASAR.	* LA DOCENTE REGISTRA LA NOVEDAD. DANDO A CONOCER EL MOTIVO POR EL CUAL NO ASISTIÓ.		• Katerine Lara.

Fundación Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: DAVID SANTIAGO COARAS UNIDAD DE ATENCIÓN: PREJARDIN 1 AGENTE EDUCATIVO: LILIANA TORISTAS.

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

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
22-09-25	EL DIA DE HOY EL NIÑO NO ASISTIO AL CDI. LA MADRE DE FAMILIA NO SE HA COMUNICADO, POR LO TANTO SE DESCONOCE EL MOTIVO POR EL CUAL NO ASISTIO.	* LA DOCENTE ENVIA MENSAJE DE VOZ A LA MADRE DE FAMILIA SOLICITANDO INFORMACION SOBRE LA INASISTENCIA DEL NIÑO.		Katerine Lara

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
	LA MADRE DE FAMILIA EN HORAS DE LA TARDE SE COMUNICA CON LA DOCENTE. REFIRIENDO QUE EL FIN DE SEMANA SALIERON DE VIAJE Y NO ALCANZARON A LLEGAR A TIEMPO, PERO EL DIA DE MAÑANA EL NIÑO ASISTIRA PUNTUALMENTE AL CDI.
23.04.25	EL DIA DE HOY EL NIÑO ASISTE PUNTUALMENTE AL CDI, QUIEN LO TRAE SON LOS DOS PADRES DE FAMILIA. SE OBSERVA BUEN ESTADO DE ANIMO Y SALUD.

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: DAVID SANTIAGO COARAN UNIDAD DE ATENCIÓN: PREJARDIN 1 AGENTE EDUCATIVO: LILIANA TOTISTAR

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

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
12-09-25	EL DIA DE HOY LA MADRE DE FAMILIA TRAE AL NIÑO PUNTUALMENTE, PERO EL SE ENCUENTRA LLORANDO, LA MADRE DE FAMILIA REFIERE QUE AMANECIO CON DOLOR DE LA PIERNA DERECHA. PERO NO ENTIENDE PORQUÉ, SI NO SE HA GOLPEADO,. LA MADRE DE FAMILIA SOLICITA PERMISO. PARA LLEVARLO AL HOSPITAL PARA QUE EL MEDICO LO REVISE. Y SI ES POSIBLE VENIR A DEJAR MAS TARDE.	* LA DOCENTE PREGUNTA AL NIÑO QUE LE INDIQUE DÓNDE LE DUELE Y EL LE SEÑALA LA PIERNA DERECHA Y AL CAMINAR LO HACE CON DIFICULTAD Y EMPIEZA A LLORAR, POR LO ANTERIOR ESTA DE ACUERDO EN QUE LO LLEVE A VALORACION Y LE DA A CONOCER ADEMAS A COORDINACION, APOYO EN SALUD.		·Katerine Lara Montes

BIENESTAR FAMILIAR

	SEGUIMIENTO AL ESTADO DE SALUD O SITUACION DEL NIÑO
12-09-25	A LAS 10:29 A.M LA MADRE DE FAMILIA RETORNA AL NIÑO AL CDI, DESPUES DE LLEVARLO AL HOSPITAL DEBIDO AL DOLOR QUE PRESENTO EN HORAS DE LA MAÑANA, REFIERE QUE TODO ESTA NORMAL. EL DOLOR YA NO ES INTENSO, LE RECOMENDARON DOLEX PARA EL DOLOR. EL CUAL YA SUMINISTRO LA MADRE DE FAMILIA, EL MEDICO ENCONTRO BIEN AL NIÑO; SIN EMBARGO LA MADRE COMENTA QUE SI EL DOLOR PERSISTE DEBE LLEVARLO NUEVAMENTO A VOLORACION MEDICA.

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

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES Y/O SITUACIONES ESPECIALES

NOMBRE DEL USUARIO: DAVID SANTIAGO CORAN **UNIDAD DE ATENCIÓN:** PREJARDIN 1 **AGENTE EDUCATIVO:** LILIANA TULCAN

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

Clasificación de la Información: CLASIFICADA

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN	ACCIÓN	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR(A)
6-09-25	EL DIA DE HOY EL NIÑO NO ASISTIO AL CDI, SE DESCONOCE EL MOTIVO POR EL CUAL NO ASISTIO.	* LA DOCENTE ENVIA MENSAJE DE HOY A LA MADRE DE FAMILIA Y TAMBIEN REALIZA LLAMADA PERO NO TIENE SEÑAL, POR LO TANTO SE COMUNICA CON EL PADRE DE FAMILIA. * A LAS 9:00 A.M EL PADRE DE FAM. LA RESPONDE AL MENSAJE REFIRIENDO QUE LA SEÑORA VENIA CON EL NIÑO PARA EL CDI Y SE BAJÓ LA MOTO, RAZON POR LA CUAL EL NIÑO NO ASISTIO		Katerine Lara Montes