BOGOTÁ | SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

Bogotá D.C. 05 de mayo de 2025

Señores:
PADRES, MADRES Y CUIDADORES Y/O CUIDADORAS
Ciudad.

Asunto: Compromiso de Corresponsabilidad frente a la gestión de la atención en salud a niñas y niños.

Cordial saludo,

Respetuosamente, nos dirigimos a ustedes en calidad de padre, madre, cuidador o cuidadora del niño/niña **ANTHONY MATEO LOPEZ CRUZ** vinculado/a al Jardín Infantil **SALAMANDRA**; con el propósito de establecer compromisos de corresponsabilidad frente a la gestión de afiliación de atención en salud y/o gestión en las valoraciones médicas solicitadas, las cuales a la fecha actual continúan pendientes:

1. **Valoración de Médico General o Pediatría con Tamizaje Auditivo y Visual**
2. **Valoración y Certificado de Crecimiento y Desarrollo**
3. **Valoración de Odontología**

De acuerdo a la **Ley 1098 Código de Infancia y Adolescencia,** en el artículo 10 se expresa el **Principio de Corresponsabilidad** en la garantía del ejercicio de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, por lo tanto es deber de los cuidadores o acudientes a cargo *"proporcionarles las condiciones necesarias para que alcancen una nutrición y una salud adecuadas, que les permitan un óptimo desarrollo físico, psicomotor, mental, intelectual, emocional y afectivo y educarles en la salud preventiva y en la higiene e incluirlos en el sistema de salud y de seguridad social desde el momento de su nacimiento y llevarlos en forma oportuna a los controles periódicos de salud, a la vacunación y demás servicios médicos".*

Es importante tener en cuenta que cuando no se provee de los cuidados necesarios y suficientes que garanticen el Bienestar, Desarrollo Óptimo e Integral a los niños y niñas, se vulneran sus derechos y atención integral. Por lo tanto, reiteramos a los padres, madres y/o cuidadores que el no gestionar de manera oportuna tanto la afiliación al sistema de salud y la gestión de citas para las valoraciones médicas, así como tratamientos requeridos, se incurre en la vulneración del derecho a la atención en Salud, como una forma de **Negligencia** modalidad de **Maltrato Infantil Pasivo.**

A continuación, solicitamos a ustedes tener en cuenta los siguientes compromisos de Corresponsabilidad:

a) Verificar que la afiliación al sistema de atención en salud (EPS) se encuentre activa.
b) Solicitar cada una de las citas de valoración médica Pendientes: Crecimiento y Desarrollo, Medicina General o Pediatría con el tamizaje visual y auditivo y Odontología en la EPS afiliados/as.
c) Comunicar a la Profesional de Atención a la Primera Infancia sobre la programación de fecha y hora para cada cita de valoración médica.
d) Cumplir con puntualidad en fecha y hora cada una de las citas médicas asignadas.
e) Allegar/entregar al jardín infantil certificado de cada valoración mediante copia del original para anexar a la carpeta
f) **Se espera cumplimiento en el plazo máximo al 9 de JUNIO de 2025,** que madre, padre y/o cuidador/a, comuniquen sobre cada una de las citas asignadas y entregar los certificados de las valoraciones de salud ya realizadas.
g) En caso de presentarse dificultades en la asignación citas médicas, afiliación al sistema de atención en salud u otra, estas situaciones se pueden dar a conocer en Supersalud (Superintendencia de Salud) a través de PQRD.
h) Ultima acción inicio de proceso con el INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR. ICBF

YENI PATRICIA MORALES
Responsable del Servicio
Jardín Infantil Salamandra.
Secretaría Distrital de Integración Social

LEONARDO SOLANO
Psicólogo de apoyo a jardines
secretaría Distrital de Integración social

Profesional de Atención a la Primera Infancia
Jardín Infantil Salamandra.

Madre, padre, cuidador o cuidadora
Tel.: 3007363924

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES

Código: FOR-P&S-008
Versión: 0
Fecha: Memo 20251013208 - 20/05/2025
Página: 1 de 2

LOCALIDAD: 19 UNIDAD OPERATIVA: Salamandra RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Yeni Morales

NIVEL: Maternal 2 NUIP: 1206233643 NIÑA O NIÑO: Anthony Mateo Lopez Cruz

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Laura V. Cruz

ACUDIENTE PRINCIPAL: Cristian Lopez PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: LEIDY PAOLA DUQUE

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de pólizas: SI ___ NO X	Se realizó activación de ruta: SI ___ NO X

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD
08/05/25	7:45am	JI Salamandra	Siendo las 7:45am ingresa el Sr Cristian Padre de Mateo, se consulto sobre la cita de odontología y crecimiento y desarrollo del bebé se aclara que el seguimiento programado para el día 02/05 no se realizó ya que el psicólogo programó para el día de hoy revisión de documentación, el Sr refiere que acaba de pasar el mes en el cual volverán a estar afiliados y solo las atendían por urgencias pero ya se pondrán en la tarea de solicitar los citas faltantes, realiza firma de compromiso con el psicólogo hasta el día 09/05 y de igual forma la presente novedad.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: LEIDY PAOLA DUQUE. Profesional en Atención a la Primera Infancia

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: 1193560322

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	X	6	7	8	9	10	Se realizó activación de pólizas: SI ___ NO X	Se realizó activación de ruta: SI ___ NO X

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
20-05/25	12:15pm	JI Salamandra	Siendo las 12:15pm se acerca la Sra Laura madre de Mateo a revisar el niño ya que el día de hoy salio temprano de trabajar y desea pasar la tarde con el ya que trabaja de domingo a domingo. Se le entregan Ores (galleto y pera) y mateo sale en buenas condiciones físicas y anímicas en compañía de su madre laura en este punto finaliza la novedad.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: LEIDY PAOLA DUQUE. Profesional en atención a la primera infancia

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: Laura V. Cruz 1000213528

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	X	6	7	8	9	10	Se realizó activación de pólizas: SI ___ NO X	Se realizó activación de ruta: SI ___ NO X

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
21/05/25	7:20am	JI Salamandra	Siendo las 7:20am ingresa Mateo en compañía de su madre laura quien informa que pasaron una linda tarde sin eventualidades, el niño se observa en aparente buen estado físico y emocional sin embargo estará en observación durante el día y firmaremos la novedad en la tarde. Siendo las 16:00pm sale mateo en buenas condiciones físicas y anímicas en compañía de su madre a quien se le informa que el niño pasó un día sin eventualidades por lo tanto se realiza cierre de novedad.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: LEIDY PAOLA DUQUE UMBARILA. Profesional en Atención a la Primera Infancia

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: Laura V. Cruz 1000213528

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	X	6	7	8	9	10	Se realizó activación de pólizas: SI ___ NO X	Se realizó activación de ruta: SI ___ NO X

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
26/05/25	9:30am	JI Salamandra	Siendo las 9:30am ingresa mateo en compañía de su padre quien informa que hoy son "tarde" porque se encontraban en cita de crecimiento y desarrollo quedando al día en crecimiento y desarrollo, tamizaje visual y auditivo hasta dentro de 3 meses. El bebé ingresa en buenas condiciones físicas y emocionales, se informa al papá que en la tarde firmaremos la novedad. Siendo las 16:30pm sale mateo en compañía de su padre a quien se le informa que el niño pasó un día sin eventualidades por lo tanto se realiza cierre de novedad.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD: LEIDY PAOLA DUQUE UMBARILA. Profesional en atención a la PRIMERA INFANCIA

NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR: Cristian Lopez 1193560322

ALCALDÍA DE PEREIRA SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES	Código: FOR-PSS-308 Versión: 0 Fecha: Memo 20210118300 - 20/06/2021 Página: 1 de 2

LOCALIDAD: _____ UNIDAD OPERATIVA: _____ RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: _____

NIVEL: _____ NUIP: _____ NIÑA O NIÑO: _____

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: _____

ACUDIENTE PRINCIPAL: _____ PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: _____

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de póliza: SI ____ NO ____	Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de póliza: SI ____ NO ____	Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de póliza: SI ____ NO ____	Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de póliza: SI ____ NO ____	Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR

Salud Colsubsidio

CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR
NIT. 860.007.336-1

Fecha: 26.05.2025

Nombre: ANTONY MATEO LOPEZ CRUZ **Documento de Identificación:** Registro Civil 1206230413

Indicaciones:

CERTIFICADO CRECIMIENTO Y DESARROLLO

PACIENTE DE 11 MESES 22 DIAS , ASISTE EL DÍA DE HOY A CONSULTA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO, - ENCONTRÁNDOSE EN BUENAS CONDICIONES DE SALUD - ESCALA ABREVIADA NORMAL PARA LA EDAD - EXAMEN AUDITIVO VALE PASA-VISUAL EVIDENCIADO DE FORMA CLINICA ES NORMAL- MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS RIESGO TALLA BAJA SE HARA SEGUIMIENTO

TALLA: 72 CM

PESO: 8,415 KG

PUEDE CONVIVIR EN COMUNIDAD

Nombre Prestador: TIBANA, STELLA

Documento de Identificación: 52029400

Especialidad del médico: ENFERMERIA

Lugar de Atención: CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR COL

Vigilado Supersalud

Vigilado Supersubsidio

RECIBIDO
26/05/25
PASTA DULCE
RAD.I

salud Colsubsidio

CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR
NIT. 860.007.336-1

FECHA	EDAD	PESO	TALLA	PC	PB	IMC
26 05 25	11m 22d	8.415	72	45,5	14.5	16.23

Vigilado Supersalud

Vigilado Supersubsidio

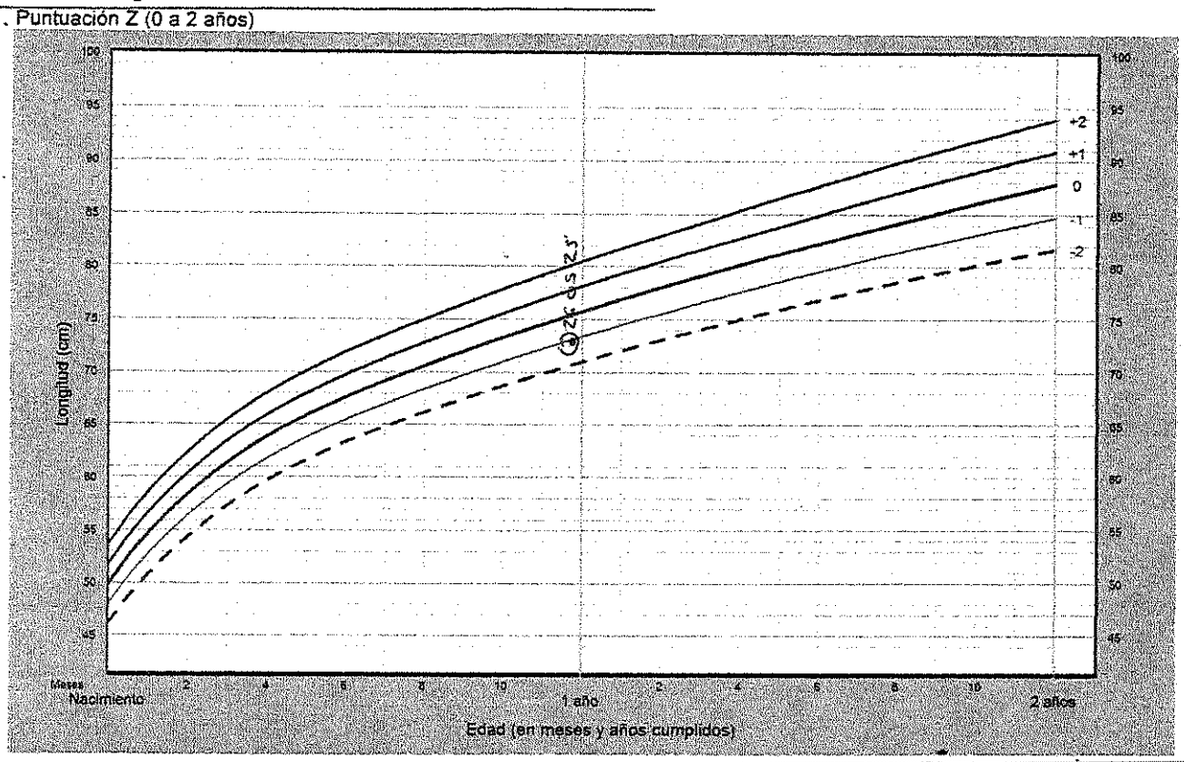
Resolución MINSALUD 2465 del 14 de Junio de 2016
publicada en el diario oficial numero 49926 el 06/07/2016.

Patrones de crecimiento infantil de la OMS — Organización Mundial de la Salud

TODOS POR UN NUEVO PAÍS PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN — MINSALUD — INSTITUTO NACIONAL DE SALUD — BIENESTAR FAMILIAR

Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



RECIBIDO
26/05/25
PAOLA PARRA
PAPI.

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

Bogotá D.C. 05 de mayo de 2025

Señores:
PADRES, MADRES Y CUIDADORES Y/O CUIDADORAS
Ciudad.

Asunto: Compromiso de Corresponsabilidad frente a la gestión de la atención en salud a niñas y niños.

Cordial saludo,

Respetuosamente, nos dirigimos a ustedes en calidad de padre, madre, cuidador o cuidadora del niño/niña **EMILY DAMARA MARTINEZ** vinculado/a al Jardín Infantil **SALAMANDRA;** con el propósito de establecer compromisos de corresponsabilidad frente a la gestión de afiliación de atención en salud y/o gestión en las valoraciones médicas solicitadas, las cuales a la fecha actual continúan pendientes:

1. **Valoración de Médico General o Pediatría con Tamizaje Auditivo y Visual**
2. **Valoración y Certificado de Crecimiento y Desarrollo**
3. **Valoración de Odontología**

De acuerdo a la **Ley 1098 Código de Infancia y Adolescencia,** en el artículo 10 se expresa el **Principio de Corresponsabilidad** en la garantía del ejercicio de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, por lo tanto es deber de los cuidadores o acudientes a cargo *"proporcionarles las condiciones necesarias para que alcancen una nutrición y una salud adecuadas, que les permitan un óptimo desarrollo físico, psicomotor, mental, intelectual, emocional y afectivo y educarles en la salud preventiva y en la higiene e incluirlos en el sistema de salud y de seguridad social desde el momento de su nacimiento y llevarlos en forma oportuna a los controles periódicos de salud, a la vacunación y demás servicios médicos".*

Es importante tener en cuenta que cuando no se provee de los cuidados necesarios y suficientes que garanticen el Bienestar, Desarrollo Óptimo e Integral a los niños y niñas, se vulneran sus derechos y atención integral. Por lo tanto, reiteramos a los padres, madres y/o cuidadores que el no gestionar de manera oportuna tanto la afiliación al sistema de salud y la gestión de citas para las valoraciones médicas, así como tratamientos requeridos, se incurre en la vulneración del derecho a la atención en Salud, como una forma de **Negligencia** modalidad de **Maltrato Infantil Pasivo.**

A continuación, solicitamos a ustedes tener en cuenta los siguientes compromisos de Corresponsabilidad:

a) Verificar que la afiliación al sistema de atención en salud (EPS) se encuentre activa.
b) Solicitar cada una de las citas de valoración médica Pendientes: Crecimiento y Desarrollo, Medicina General o Pediatría con el tamizaje visual y auditivo y Odontología en la EPS afiliados/as.
c) Comunicar a la Profesional de Atención a la Primera Infancia sobre la programación de fecha y hora para cada cita de valoración médica.
d) Cumplir con puntualidad en fecha y hora cada una de las citas médicas asignadas.
e) Allegar/entregar al jardín infantil certificado de cada valoración mediante copia del original para anexar a la carpeta
f) **Se espera cumplimiento en el plazo máximo al 3 de JUNIO de 2025**, que madre, padre y/o cuidador/a, comuniquen sobre cada una de las citas asignadas y entregar los certificados de las valoraciones de salud ya realizadas.
g) En caso de presentarse dificultades en la asignación citas médicas, afiliación al sistema de atención en salud u otra, estas situaciones se pueden dar a conocer en Supersalud (Superintendencia de Salud) a través de PQRD.
h) Ultima acción inicio de proceso con el INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR. ICBF

YENI PATRICIA MORALES
Responsable del Servicio
Jardín Infantil Salamandra.
Secretaria Distrital de Integración Social

LEONARDO SOLANO
Psicólogo de apoyo a jardines
secretaria Distrital de Integración social

Profesional de Atención a la Primera Infancia
Jardín Infantil Salamandra.

Madre, padre, cuidador o cuidadora
Tel.: CC 1007647903

VIVA 1A EPS

CERTIFICADO ODONTOLÓGICO
COMPENSAR SEDE OLAYA
ODONTOLOGÍA
19/05/2025

Nombre de paciente: EMILY DAMARA MARTINEZ MARTIN RC:1033835935
Paciente de 11 meses asiste a consulta Odontológica, con icdas 0, se realiza educacion en salud oral, profilaxis y aplicacion de fluro en barniz. Proxima cita: cita de control en 6 meses.
Dra. Karina Cabrera Jiménez
Reg: 1143372641
Odontóloga general
COMPENSAR EPS VIVA 1A

Dra. Karina Cabrera
Odontóloga
T.P/1143372641

RECIBIDO
19/05/25
HORA 01:04
P.A.P.I.

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES	Código: FOR-P66-308 Versión: 0 Fecha: Mismo 12021010300 - 20/05/2021 Página: 1 de 2

LOCALIDAD: 19 UNIDAD OPERATIVA: Salamandra RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Yeni Morales

NIVEL: Materna 2 NUIP: 1033835435 NIÑA O NIÑO: Emily Damara Martinez Martin

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA Ó EL NIÑO: Erika Martin

ACUDIENTE PRINCIPAL: Doris Martinez PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: LEIDY PAOLA DUQUE

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de póliza: SI ____ NO X	Se realizó activación de ruta: SI ____ NO X

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD
08/05/25	8:00am	JI Salamandra	Siendo las 8:00am ingresa la Sra Erika Madre de Damara se consulta sobre la cita de odontología y la cita para completar el esquema de vacunas el día de hoy también se encuentra revisando documentación el psicologo de apoyo la madre informa que ha tenido dificultad para asignar la cita odontologica y que el dia viernes no pudo asistir a la cita de vacunacion debido a que se encontraba tomando un curso, sin embargo manifiesta que esta semana solicitara la cita de vacunación y continuara intentando agendar la odontologica realiza firma de compromiso con el psicologo hasta el dia 09/06. y de igual manera la presente novedad

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
LEIDY PAOLA DUQUE U. PROFESIONAL EN ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA	1007647807

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de póliza: SI ____ NO X	Se realizó activación de ruta: SI ____ NO X

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
16/05/25	10:15am	JI Salamandra	Siendo las 10:15am se acerca la Sra Erika a llevarse a Damara ya que logro agendar la cita de vacunacion, la bebe sale en buenas condiciones fisicas y animicas en compañia de su madre se le entrega manzana y galletas de once y se recuerda a la madre presentar el soporte el dia lunes, con lo que la niña se encuentra de acuerdo. En este punto finaliza la novedad

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
LEIDY PAOLA DUQUE U. PROFESIONAL EN ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA	

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de póliza: SI ____ NO X	Se realizó activación de ruta: SI ____ NO X

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
19/05/25	9:45am	JI Salamandra	Siendo las 9:45am ingresa Damara en aparente buen estado fisico y animico en compañia de su madre Erika quien informa que no le vacunaron la niña porque presento torsion nasal y debe sacar nuevamente la cita entrega certificado odontologico, cita a la cual asistieron antes de venir al jardin, la Sra refiere que la niña pasó un fin de semana sin novedades se informa que en la tarde firmaremos la novedad ya que la niña estara en observacion durante el dia. Siendo las 16:00pm sale Damara en compañia de su madre a quien se le informa que la niña no presento eventualidades y el proximo seguimiento sera el dia 09/06/25

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
LEIDY PAOLA DUQUE U. PROFESIONAL EN ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA	

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de póliza: SI ____ NO ____	Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR

VACUNAR OPORTUNAMENTE CON TODAS LAS DOSIS A SUS HIJOS GARANTIZA LA PROTECCIÓN FRENTE A ENFERMEDADES COMO:

- POLIOMIELITIS
- DIFTERIA
- TÉTANOS
- TOS FERINA
- MENINGITIS POR HAEMOPHILUS
- MENINGITIS TUBERCULOSA
- DIARREA POR ROTAVIRUS
- HEPATITIS
- NEUMONÍAS
- FIEBRE AMARILLA
- SARAMPIÓN
- PAPERAS
- INFLUENZA TIPO B
- GRIPA

CONSULTE A SU PEDIATRA PARA ESTABLECER EL ESQUEMA DE INMUNIZACIONES ADECUADO PARA SU BEBÉ.

RECIBIDO
21/05/25 [illegible]

FUENTE: ESQUEMA DE VACUNACIÓN VIGENTE Y APROBADO POR MINSALUD.



- CUALQUIER DÍA ES BUENO PARA VACUNAR A SUS HIJOS.
- EN COLOMBIA TODOS LOS DÍAS SON DE VACUNACIÓN.
- ES FÁCIL, GRATIS Y SOBRE TODO MUY IMPORTANTE.

Similac3 Kid HMO

SIMILAC® 3 KID HMO. Alimento lácteo en polvo para niños en crecimiento que combina una mezcla de grasas de fácil digestión con el prebiótico HMO 2'-FL, nucleótidos, DHA y luteína. Registro Sanitario: RSA-002860-2017. Recomendado para niños mayores de 2 años. *El HMO (oligosacárido 2'-FL) contenido en las fórmulas de Similac se ha obtenido de manera sintética. Este producto no reemplaza una alimentación adecuada.



Similac3 Kid HMO

NUTRICIÓN PARA NIÑOS en crecimiento

CARNÉ DE vacunación

Nombre: Saray Sofia Aguilar
Fecha de nacimiento: Febrero 03/2025
N° de certificado de nacido vivo: 2502851003912
Registro civil: 1011332468
Sexo: Femenino Peso al nacer: 2480 grs
Responsable: Olga Rocio Muñoz Ospina
Dirección: Cll 73C 27-42
Teléfono: 3107926465
Municipio de residencia:
Departamento: Bogotá.

EDAD	VACUNA	ME PROTEGE DE	DOSIS	FECHA DE APLICACIÓN	LAB.	Nº LOTE	IPS VACUNADORA	FECHA PRÓXIMA CITA	NOMBRE VACUNADOR
		LECHE MATERNA EXCLUSIVA							
RECIÉN NACIDO	BCG	MENINGITIS TUBERCULOSA	ÚNICA	03 Feb 2025	Serum	0313NA04N	Unica	Unica	Leonor
	HEPATITIS B	HEPATITIS B	RECIÉN NACIDO	03 Feb 2025	Serum	0323X0190	Nagdalena	2 meses	Fonseca
		LECHE MATERNA EXCLUSIVA							
2 MESES	DIFTERIA - TOS FERINA - TÉTANOS (DPT)	DIFTERIA - TOS FERINA - TÉTANOS	PRIMERA	03 ABR 2025		28380280			Lady Valencia Auxiliar de Enfermería
	HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B (HIB)	MENINGITIS Y OTRAS ENFERMEDADES CAUSADAS POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B							
	HEPATITIS B	HEPATITIS B							
	POLIO	POLIOMIELITIS	PRIMERA	03 ABR 2025		23280056A			
	ROTAVIRUS	DIARREA POR ROTAVIRUS	PRIMERA	03 ABR 2025		A01E054AA			
	NEUMOCOCO	NEUMONÍA, OTITIS, MENINGITIS Y BACTERIEMIA	PRIMERA	03 ABR 2025		H85277			
		LECHE MATERNA EXCLUSIVA							
4 MESES	DIFTERIA - TOS FERINA TÉTANOS (DPT)	DIFTERIA - TOS FERINA - TÉTANOS	SEGUNDA	20 MAYO 2025		2328006			Ofelia Rodriguez Jou VACUNACIÓN
	HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B (HIB)	MENINGITIS Y OTRAS ENFERMEDADES CAUSADAS POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B							
	HEPATITIS B	HEPATITIS B							
	POLIO	POLIOMIELITIS	SEGUNDA	20 MAYO 2025		2853K0206			
	ROTAVIRUS	DIARREA POR ROTAVIRUS	SEGUNDA	20 MAYO 2025		A01E054AA			
	NEUMOCOCO	NEUMONÍA, OTITIS, MENINGITIS Y BACTERIEMIA	SEGUNDA	20 MAYO 2025		H85276			
		CONTINUE LA LECHE MATERNA HASTA QUE CUMPLA DOS AÑOS E INICIE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA NUTRITIVA							
6 MESES	DIFTERIA - TOS FENINA-TÉTANOS (DPT)	DIFTERIA - TOS FERINA - TÉTANOS	TERCERA					04 09 25	
	HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B (HIB)	MENINGITIS Y OTRAS ENFERMEDADES CAUSADAS POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B							
	HEPATITIS B	HEPATITIS B							
	POLIO	POLIOMIELITIS	TERCERA						
	INFLUENZA ESTACIONAL	ENFERMEDAD RESPIRATORIA CAUSADA POR EL VIRUS DE LA INFLUENZA	PRIMERA						
7 MESES	INFLUENZA ESTACIONAL*	ENFERMEDAD RESPIRATORIA CAUSADA POR EL VIRUS DE LA INFLUENZA	SEGUNDA						
12 MESES	SARAMPIÓN - RUBEOLA - PAPERAS (SRP)	SARAMPIÓN - RUBEOLA - PAPERAS	PRIMERA						
	VARICELA	VARICELA	PRIMERA						
	NEUMOCOCO	NEUMONÍA, OTITIS, MENINGITIS Y BACTERIEMIA	REFUERZO						
	HEPATITIS A	HEPATITIS A	ÚNICA						
18 MESES	DIFTERIA-TOS FERINA-TÉTANOS (DPT)	DIFTERIA - TOS FERINA - TÉTANOS	PRIMER REFUERZO						
	POLIO	POLIOMIELITIS	PRIMER REFUERZO						
	FIEBRE AMARILLA (FA)	FIEBRE AMARILLA	ÚNICA						
5 AÑOS	DIFTERIA-TOS FERINA-TÉTANOS (DPT)	DIFTERIA - TNS FERINA - TÉTANOS	SEGUNDO REFUERZO						
	POLIO	POLIOMIELITIS	SEGUNDO REFUERZO						
	SARAMPIÓN - RUBEOLA - PAPERAS (SRP)	SARAMPIÓN - RUBEOLA - PAPERAS	REFUERZO						
	VARICELA	VARICELA	REFUERZO						

*APLICAR UNA DOSIS DE REFUERZO DE INFLUENZA ESTACIONAL ENTRE LOS 12 Y 23 MESES DE EDAD

CERTIFICADO MEDICO
VIRREY SOLIS
MAYO 21,2025

SARAY SOFIA AGUILAR MUÑOZ
RC 1011332468

CERTIFICO QUE LA NIÑA ASISTE A CONSULTA PEDIATRIA POST CANGURO EL DIA DE HOY, TRAIDA POR LA MADRE . NO PADECE ENFERMEDAD INFECTOCONTAGIOSA QUE LE IMPIDA VIVIR EN COMUNIDAD
BUENA PERCEPCION VISUAL , OFTALMOLOGIA NORMAL.

PESO 5,580 KG
TALLA 58 CM

PESO ACORDE A SU TALLA

ATENTAMENTE

RECIBIDO
21/05/25.
PAPA DUQUE
PAPI.

	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES	Código: FOR-PSS-000 Versión: 0 Fecha: Memo 20211010800 - 20/06/2021 Página: 1 de 2

LOCALIDAD: 19 UNIDAD OPERATIVA: Salamandra RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Yeni Morales

NIVEL: Interal 2 NUIP: 1011332468 NIÑA O NIÑO: Soray Sofia Aguilar Muñoz

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA Ó EL NIÑO: Rocio muñoz

ACUDIENTE PRINCIPAL: Rocio muñoz PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Paola Duque

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de póliza: SI ____ NO X	Se realizó activación de ruta: SI ____ NO X

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD
08/05/25	7:35am	JI Salamandra	Siendo las 7:35am se informa a la Sra Rocio madre de Soray que como se indico en la matricula y como parte del seguimiento al desarrollo integral de Soray, es necesario presentar la siguiente documentación CNC y otro, tamizaje visual, Auditivo y Certificado dental. la madre manifiesta que la bebé se encuentra en el Programa Plan canguro y Cuando tenga la cita preguntará al profesional de la salud si le entregan certificados ya que solo le diligencian el carnet, el Programa seguimiento se realizara el dia 03/06/25. o antes si la Sra presenta la documentación

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Yeni Paola Duque U. Profesional en Atención a la Primera Infancia	Rocio Muñoz 1.033.768.933

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	X	6	7	8	9	10	Se realizó activación de póliza: SI ____ NO X	Se realizó activación de ruta: SI ____ NO X

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
16/05/25	12:05pm	JI Salamandra	Siendo las 12:05pm ingresa la Sra Rocio madre de Soray a llevarse la bebé ya que tiene que realizar diligencias en la tarde y no tiene quien de la recoja, se realiza entrega de (1) "Manzana y galletas". de antes. la bebé sale en buenas condiciones físicas y animicas en compañía de su madre Rocio. En este punto finaliza la novedad.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Yeni Paola Duque U. Profesional en Atención a la Primera Infancia	Rocio Muñoz

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	X	6	7	8	9	10	Se realizó activación de póliza: SI ____ NO X	Se realizó activación de ruta: SI ____ NO X

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
19/05/25	7:35am	JI Salamandra	Siendo las 7:35am ingresa Soray en compañía de su madre Rocio en buenas condiciones físicas y animicas, la Sra refiere que pasó un fin de semana sin novedad, se le informa que en la tarde se firmaremos la novedad y estará la bebé en observación durante el dia. Siendo las 16:00pm sale Soray en buenas condiciones físicas y animicas en compañía de su madre Rocio a quien se le informa que la bebé no presento eventualidades durante el dia por lo tanto se realiza cierre de novedad

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Yeni Paola Duque U. Profesional en Atención a la Primera Infancia	Rocio Muñoz

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	X	6	7	8	9	10	Se realizó activación de póliza: SI ____ NO X	Se realizó activación de ruta: SI ____ NO X

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
20/05/25	12:05pm	JI Salamandra	Siendo las 12:05pm ingresa la Sra Rocio a llevarse a Soray ya que tiene vacuna contra la influenza, se recomienda presentar soporte, se le entrega galleta y pera de antes la bebé sale en buenas condiciones físicas y animicas en este punto finaliza la novedad.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Yeni Paola Duque U. Profesional en Atención a la Primera Inf	Rocio Muñoz

Secretaría Distrital de Integración Social	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES	Código: FOR-P06-308 Versión: 8 Fecha: Memo 20211018300 - 20/05/2021 Página: 1 de 2

LOCALIDAD: 19 UNIDAD OPERATIVA: Salamandra RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Yeni Morales

NIVEL: Inicial 2 NUIP: 1013332468 NOMBRE NIÑO: Sara Sofia Aguilar Muñoz

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA Ó EL NIÑO: Rocio Muñoz

ACUDIENTE PRINCIPAL: Rocio Muñoz PROFESIONAL ENCARGADO DEL NIVEL: Paola Duque

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de póliza: SI ____ NO X	Se realizó activación de ruta: SI ____ NO X

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD
21/05/25	9:00am	JI Salamandra	Siendo las 9:00am ingresa Sara en aparente buen estado físico y emocional, su madre refiere que a la bebe no le duele mal la vacuna, entrega certificado de vacunación y certificado de pediatría al cual asistieron antes de iniciar al jardín en la cual queda al día en crecimiento y desarrollo. También refiere usual hasta dentro de 3 meses, la tía refiere que no le dieron certificado auditivo porque la bebé tiene una malformación en su oído derecho y deben hacerle exámenes (tapón), se agradece a la tía y se informa que en la tarde se firmarán las novedades. Sin de hoy

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Leidy Paola Duque U. Profesional en atención a la primera infancia	Rocio Muñoz

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de póliza: SI ____ NO X	Se realizó activación de ruta: SI ____ NO X

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
21/05/25	16:00pm	JI Salamandra	Siendo las 16:00pm Sale Sara en compañía de su madre Rocio quien se le informa que la bebé pasó un día sin eventualidades, se adapta tranquilamente a los niveles del jardín por tanto se realiza cierre de novedad.

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Leidy Paola Duque Profesional en atención a la primera infancia	Rocio Muñoz

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de póliza: SI ____ NO ____	Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de póliza: SI ____ NO ____	Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR