Fundación
Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

LISTA DE CHEQUEO
DOCUMENTOS DE PARTICIPANTES

No.	DOCUMENTOS
1	Ficha de Inscripción y Matricula con ffotografía del usuario.
2	Lista de chequeo documentos participantes
3	Fotocopia del documento de identidad del usuario, según corresponda su grupo de edad (legible, sin tachones, ni enmendaduras).
4	Fotocopia de los soportes que den cumplimiento de alguno de los criterios establecidos en la guía para la focalización de usuarios de los servicios de Primera Infancia. (Marcar _X_ en mínimo uno de los siguientes criterios de focalización) ___SISBEN (Categoría entre A 01 hasta C7) ___Pertenecientes a Res UNIDOS ___Pertenecientes a Familias en Acción ___Egresados de Estrategia de Atención y prevención de la desnutrición ___Remitidos por SNBF ___Víctimas de conflicto armado. (Desplazamiento forzado) ___Pertenecientes a comunidades (indígenas, afrocolombianas, etc.) ___Niños y niñas con discapacidad. ___Niños cuyos padres estén en establecimiento de reclusión. ___Población migrante en condición de vulnerabilidad. ___Activos en ruta de reincorporación.
5	Fotocopia que acredite la afiliación al sistema de seguridad social en salud vigente: (ADRESS)
6	Fotocopia de la certificación de la valoración, integral en salud o el documento del programa de promoción y prevención. (Control de Crecimiento y Desarrollo).
6	Copia del carnet de vacunación.
7	carnet de vacuna covid a quien cumpla con la edad o formato de disentimiento
8	Copia del diagnóstico médico, asociado a la Discapacidad (en situaciones que aplique).
9	Fotocopia de Identidad del Padre, Madre o Cuidador responsable
10	Fotocopia de certificación de asistencia a controles prenatales (solo aplica para mujeres gestantes).
11	Fotocopia de un recibo de servicios públicos domiciliarios cuando sea necesario (aplica para zona urbana y en zona rural solo si se cuenta con servicios públicos)
12	Certificado de asistencia a consulta de salud bucal (Niños y niñas mayores de 6 meses)
13	Certificado del examen de agudeza visual (Niños y niñas mayores de 4 años)
14	Certificado de tamizaje auditivo (Niños y niñas menores de 5 años)
15	Fotocopia del documento de identidad de la madre , padre, cuidador responsable o representante legal.
16	Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores.
	Consentimiento informado y Participación
17	Formato de autorización uso de imágenes.
18	Planilla seguimiento nutricional
19	Formato de seguimiento psicosocial - salud a casos priorizados (Cuando aplique)
20	Otros: Pacto de convivencia, Formato Solicitud permiso, formato disentimiento activación de póliza, Escala de valoración cualitativa,

321 48 93 186
321 77 48 798
almadevida@outlook.com

	FUNDACION ALMA DE VIDA	Código: FO-GG-012
	GESTION DOCUMENTAL	Versión: 001
	INSCRIPCION Y MATRICULA	Fecha: 25/03 /2025

FECHA SOLICITUD CUPO: 1-10-2025 **FECHA INGRESO:** 1.10.2025

UDS: Pequeños exploradores **MUNICIPIO:** Samaniego



NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Jaasiel Elias Ramirez yela

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ **NUIP No.** 1.122.344697

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? _____

FECHA NACIMIENTO: 22-10-2025 **EDAD:** _____ **MUNICIPIO:** San miguel

DEPARTAMENTO: Putumayo **PAIS:** Colombia **DIRECCION**

DE RESIDENCIA: R. campo alegre **ESTRATO:** _____ **¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?:** SI: _____ NO: X

¿CUAL?: _____ **MOTIVO DEL RETIRO:** _____ **PARTICIPA EN OTRO PROGRAMA DE ICBF:** SI: __ NO: X CUAL: _____ **EPS DEL PARTICIPANTE:** X

SUBSIDIADO: _ **CONTRIBUTIVO:** _ **PRESENTA DISCAPACIDAD:** SI: __ NO: __ **DIAGNOSTICO:** _____

_____ **ENTIDAD QUE CERTIFICA LA DISCAPACIDAD:** _____

_____ **PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD:** SI: __ NO: X CUAL: _____

PRESENTA ALGUNA ALERGIA: SI: __ NO: X CUAL: _____ **TIENE SISBEN:** SI: __ NO: X PUNTAJE: _____ **DESPLAZADO:** SI: _ NO: X **VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO:** SI: _____ NO: X **RED UNIDOS:** SI: ____ NO: X

PERTENECE A UNA COMUNIDAD ETNICA: SI: ___ NO: X CUAL: _____

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jonathan Ramirez Rosero **No. IDENTIFICACION:** 1.122340.031 **DIRECCION RESIDENCIA:** R.campo alegre **CELULAR:** 3184667223 **E.P.S:** NO

OCUPACION U OFICIO: agricultor **EMPRESA DONDE LABORA:** R. campo alegre **NIVEL DE ESCOLARIDAD:** Primaria **PROFESIÓN:** NO

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Nubia yaneth yela Rodriguez **No. IDENTIFICACION:** 1.122.339.650 **DIRECCION RESIDENCIA:** R.campo alegre **CELULAR:** 3164667291 **E.P.S:** NO

OCUPACION U OFICIO: ama de casa **EMPRESA DONDE LABORA:** Campo alegre. **NIVEL DE ESCOLARIDAD:** Secundaria **PROFESIÓN:** NO

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Nubia yaneth yela Rodriguez

NUMERO IDENTIFICACION: 1.122.339.650 **CELULAR:** 3164667291

DIRECCION: R. campo alegre **PARENTESCO:** Madre

Nubia Yaneth Yela
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Daliana Morales
FIRMA AGENTE EDUCATIVA

3

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 61698120

61698120

NUIP 1.122.344.697

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código X 6 3

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

REGISTRADURIA DE SAN MIGUEL (LA DORADA) - COLOMBIA - PUTUMAYO - SAN M

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RAMIREZ	YELA

Nombre(s)

JAASIEL ELIAS

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2025 Mes OCT Día 22	MASCULINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección)

COLOMBIA PUTUMAYO PUERTO ASIS

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	2510791035934T

Datos de la madre o padre (Para casos de parejas 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

YELA RODRIGUEZ NUBIA YANETH

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.122.339.650	COLOMBIA

Datos de la madre o padre (Para casos de parejas 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

RAMIREZ ROSERO JONATHAN

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.122.340.031	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

YELA RODRIGUEZ NUBIA YANETH

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.122.339.650	

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 2025 Mes MAY Día 06	ROY EDISON PELE QUIRAMA - REGIST
	Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

4
RIV

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

TAMIZAJE NEONATAL	TSH neonatal	Normal		Alterado
	Auditivo OEA/PEAA	Normal		Alterado
	Cardiopatía Compleja Cianótica	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		Perímetro cefálico Z	Atención en salud oral
	Día	Mes	Año	Peso	Talla		
48 horas							
2 a 7 meses							
4 a 7 meses							
8 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

1 entrega	
2 entrega	
3 entrega	

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1ª entrega		
2ª entrega		
3ª entrega		
4ª entrega		
5ª entrega		

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL
AGUDEZA VISUAL

3 años	
4 años	
5 años	

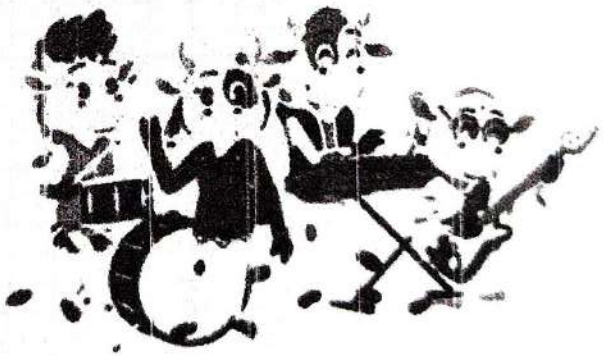
*Mayor o igual a 20 normal

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 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 5 años:

0 meses
2 meses
4 meses
6 meses
7 meses
12 meses
18 meses
5 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

Nombres y Apellidos: Ramiro Yela
Fecha de nacimiento: 22 - oct - 2024
N° de certificado de nacido vivo:
Registro civil:
Sexo: Masculino
Grupo sanguíneo:
Peso al nacer: 2685
Dirección: San miguel y/la unión
Teléfono 1: 3124220768
Teléfono 2:
Responsable: nubia Yaneth Yela
Municipio de residencia: putumayo San miguel
Departamento: putumayo
cc 1122339650

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

www.minsalud.gov.co ●●● @MinSalud_Col

Powered by CamScanner

cita en 2 meses

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
			Lactancia materna exclusiva				SI ☐ No ☐					
Recién nacido	Tuberculosis meníngea (BCG)	Única	22	oct	2025	Serum	0373MA777	Hospital local	22	Dic	25	Aura Jurado
	Hepatitis B	Recién nacido	22	oct	2025	Serum	0323Q02UD	Hospital local	22	Dic	25	Aura Jurado
			Lactancia materna exclusiva				SI ☐ No ☐					
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1°										
	Neumonía y otras enfermedades causadas por Haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1°										
	Hepatitis B	1°										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1°										
	Diarrea por rotavirus	1°										
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1°										
			Lactancia materna exclusiva				SI ☐ No ☐					
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2°										
	Neumonía y otras enfermedades causadas por Haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2°										
	Hepatitis B	2°										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2°										
	Diarrea por rotavirus	2°										
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2°										
			Lactancia materna exclusiva				SI ☐ No ☐					
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3°										
	Neumonía y otras enfermedades causadas por Haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3°										
	Hepatitis B	3°										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3°										
	Influenza estacional	1°										
7 meses	Influenza estacional	2°										
12 meses	Sarampión, rubeola y parotiditis (SRP)	1°										
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo										
	Varicela	2°										
	Hepatitis A	Única										
	Influenza estacional	Anual										
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPd ☐)	1° Refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1° Refuerzo										
	Fiebre amarilla	Única										
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPd ☐)	2. Refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2. Refuerzo										
	Sarampión, rubeola y parotiditis (SRP)	2°										
	Varicela	Refuerzo										
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1°										
		2°										
		3°										
Vacunas complementarias y otras dosis												

Busca en la vacunas los gratis hasta los 18 años

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.

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.122.339.650

YELA RODRIGUEZ

APELLIDOS

NUBIA YANETH

NOMBRES





FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO 25-JUN-1991
VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)
(PUTUMAYO)

LUGAR DE NACIMIENTO

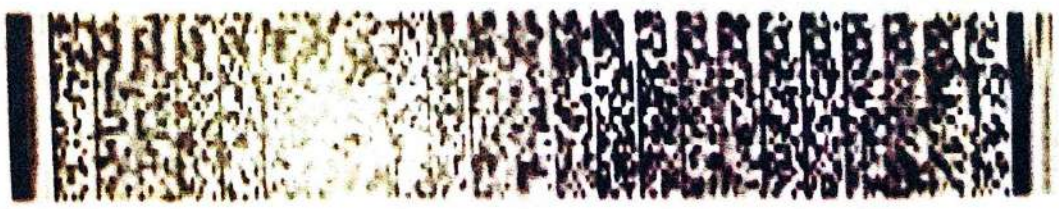
1.53 O+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

09-JUL-2009 SAN MIGUEL(LA DORADA)

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL



A-0100150-00197104-M-0035564-20110617 0035564184

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.122.340.031**

RAMIREZ ROSERO

APELLIDOS

JONATHAN

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **07-SEP-1992**

PUERTO ASIS
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

28-SEP-2010 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-6401800-00267037-M-1122340031-20101124 0024949383A 1 30229728

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

7

ACTA DE DE COMPROMISO DE CORRESPONSABILIDAD DE PADRES Y/O CUIDADORES

Yo Nubia yaneth yela Rodriguez identificado con C.C N° 11.22339650 en calidad de: padre o madre ( ), del niño o niña: Joasiel Elias Ramirez yela o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Pequeños exploradores, me comprometo a cumplir con los siguientes lineamientos:

1. Llevar personalmente o enviar con un adulto responsable debidamente autorizado, al niño o niña al encuentro en el horario establecido.
2. En caso de inasistencia, se debe diligenciar una excusa por una justa causa, dirigida a la maestra responsable de la unidad con anticipación.
3. En caso de que el usuario tenga cita o control médico, informar con anticipación a la maestra responsable para su registro.
4. Cuando el usuario vaya a llegar tarde al encuentro por una justa causa informar oportunamente a la maestra.
5. Participar y colaborar en todas las actividades programadas por la unidad comunitaria de atención, y el servicio ofrecido por el ICBF y la Fundación Alma de vida, pues estas son con el objetivo de mejorar la atención del niño o niña y sus familias.
6. Cuando tenga alguna queja, reclamo o sugerencia, seguir el CONDUCTO REGULAR: Maestra, Psicosocial o Auxiliar de enfermería, coordinador, Fundación e ICBF, teniendo en cuenta:
   - ✓ Hacerlo en el momento en el que ocurra el motivo o causa de la queja, reclamo o sugerencia.
   - ✓ Hacerlo con respeto, buenos modales y fines constructivos, que contribuyan al mejoramiento del servicio que ofrece a unidad de atención.
   - ✓ Tratarlo sólo en unidad, con la persona que corresponda de acuerdo al Conducto Regular y nunca hacer comentarios dañinos en la calle.
   - ✓ También se puede hacer a través del Buzón de Sugerencias.
7. Revisar los complementos nutricionales en el momento de entrega por parte de la maestra y reportar inmediatamente si se presenta novedades.

Se firma en San Miguel, a los 22 Días del mes de 10 del Año 2025.

Nubia yaneth yela
Madre o Acudiente
C.C 1122339650

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA	F2.P2.CE	11/07/2024
	FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN	Versión 5	Página 1 de 1

8

Autorización – Uso de la imagen de menor de edad:
Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad Jaasiel Elias Ramirez Yela, identificado (a) con documento de identidad número 1122344697, 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	X	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales	X

Autorización - Uso imagen del titular:
Yo, Nubia yaneth yela Rodriguez, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1122339650, 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	X	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales	X

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 y adolescentes 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 y adolescentes, 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 Educacion inicial campesina

Suscriben:

Firma: Nubia yaneth yela Rodriguez
Nombre: Nubia Yela
Calidad - Titular: madre Representante legal: ✓
Teléfono de contacto: 3186427624
Fecha: 22-10-2025
Municipio: San miguel la dorada

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Daliana Morales Mora NOMBRE UCA: Pequeños exploradores

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Jaasiel Elias Ramirez Yela IDENTIFICACIO: 1.122.344697 FECHA DE NACIMIENTO: _____

FECHA DEL REPORTE	SE PRESENTO NOVEDAD		HORA		TIPO DE NOVEDAD	FIRMA DE LOS PADRES, MADRES O CUIDADORES RESPONSABLES	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	ACCIONES EMPRENDIDAS	ACCIONES DE SEGUIMIENTO A LAS SITUACIONES ESPECIALES	COMPROMISOS
	SI	NO	AM	PM	DESCRIPCION DEL EVENTO O SITUACION					
24-octubre 2025	X				La madre del niño Elias Jaziel se comunica via whasatn para hacer llegar el nacido vivo del niño y el carnet de vacunas	Nubia Yeneth Yela	Daliana Morales	la docente sencibiliza a la madre sobre la importancia de gaiantizar las atenciones priorizadas al niño		La madre se compromete a realizar las Peticiones pertinentes lo mas pronto Posible.
30 octubre 2025	X				Se tiene contacto con la madre para indagar si ya fue posible el registro civil del niño a lo cual la madre refiere que aun no a podido registrarlo porque no cuenta con los registros y recursos nesesarios refiere que esta esperando un plata.	Nubia Yeneth Yela	Daliana Morales		la docente continua en constante comunicación con la madre para mirar si realizo las Jestiones Pertinentes	La madre se compromete que apenas le paguen una plata saldra a realizar la gestión del registro civil del niño

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): _____ NOMBRE UCA: _____

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: _____ IDENTIFICACIO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

FECHA DEL REPORTE	SE PRESENTO NOVEDAD		HORA		TIPO DE NOVEDAD	FIRMA DE LOS PADRES, MADRES O CUIDADORES RESPONSABLES	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	ACCIONES EMPRENDIDAS	ACCIONES DE SEGUIMIENTO A LAS SITUACIONES ESPECIALES	COMPROMISOS
	SI	NO	AM	PM	DESCRIPCION DEL EVENTO O SITUACION					
9 Noviembre 2025					Me comunico con la madre para indagar si fue posible sacar el registro al niño y no fue posible la comunicacion ya que la señal es muy mala y envio mensaje por wasath y los mensajes no llegan		Dalana Morales		Se continua realizando las llamadas hasta poder obtener un contacto pero no es posible. ya que donde ella vive. es muy mala la señal	
12 Noviembre 2025					en horas de la tarde Me logro comunicar con la madre a lo cual refiere que no tenia señal porque se daño la antena y por tal motivo fue resien la entrega de registro civil. por este motivo hasta la fecha el niño no cuenta con afiliacion en salud		Dalana Morales.		La docente mantiene en constante comunicacion para estar pendiente. de que el niño cuente con todas las atenciones pieonisadas.	