Fundación
Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

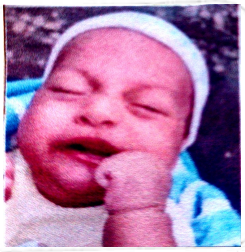
# LISTA DE CHEQUEO
# DOCUMENTOS DE PARTICIPANTES

| No. | DOCUMENTOS |
|---|---|
| 1 | Ficha de Inscripción y Matricula con ffotografia 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)<br>___SISBEN (Categoria entre A 01 hasta C7)<br>___Pertenecientes a Res UNIDOS<br>___Pertenecientes a Familias en Acción<br>___Egresados de Estrategia de Atención y prevención de la desnutrición<br>___Remitidos por SNBF<br>___Víctimas de conflicto armado. (Desplazamiento forzado)<br>___Pertenecientes a comunidades (indígenas, afrocolombianas, etc.)<br>___Niños y niñas con discapacidad.<br>___Niños cuyos padres estén en establecimiento de reclusión.<br>___Población migrante en condición de vulnerabilidad.<br>___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 | Fotocopía 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, |

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

FECHA SOLICITUD CUPO: 01-10-2025 FECHA INGRESO: 01-10-25

UDS: pequeños exploradores MUNICIPIO: San Miguel



NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Aiwey Aldemar Revelo Valderrama

TIENE REGISTRO CIVIL: SI ___ NO X NUIP No. 2510971033243 2

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? porque el papa no llega para hacerlo registrar

FECHA NACIMIENTO: 01-10-2025 EDAD: 8Dias MUNICIPIO: San miguel

DEPARTAMENTO: Putumayo PAIS: Colombia DIRECCION DE RESIDENCIA: Campo Alegre. ESTRATO: — ¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?: SI: ___ NO: X ¿CUAL?: N/A MOTIVO DEL RETIRO: N/A PARTICIPA EN OTRO PROGRAMA DE ICBF: SI: ___ NO: X CUAL: ___ EPS DEL PARTICIPANTE: N/A

SUBSIDIADO: _ CONTRIBUTIVO: _ PRESENTA DISCAPACIDAD: SI: ___ NO: X DIAGNOSTICO: N/A ENTIDAD QUE CERTIFICA LA DISCAPACIDAD: N/A 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: ___ CUAL: N/A

**DATOS DEL PADRE**

NOMBRES Y APELLIDOS: Esneider Ramiro Revelo maya. No. IDENTIFICACION: 1.126.456.686. DIRECCION RESIDENCIA: Campo alegre CELULAR: 3124005917 E.P.S: mallamas.

OCUPACION U OFICIO: agricultor EMPRESA DONDE LABORA: El Cedro. NIVEL DE ESCOLARIDAD: primaria PROFESIÓN: N/A

**DATOS DE LA MADRE**

NOMBRES Y APELLIDOS: Yurany Valderrama medina No. IDENTIFICACION: 1006529049 DIRECCION RESIDENCIA: Campo alegre CELULAR: 3184667224 E.P.S: mallamas.

OCUPACION U OFICIO: ama de casa. EMPRESA DONDE LABORA: Campo alegre NIVEL DE ESCOLARIDAD: primaria PROFESIÓN: ama de casa.

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Yurany Valderrama medina

NUMERO IDENTIFICACION: 1006529049. CELULAR: 3184667224

DIRECCION: Campo alegre. PARENTESCO: madre

Yurany Valderrama — Daliana Morales

FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE FIRMA AGENTE EDUCATIVA

Salud

# CERTIFICADO DE NACIDO VIVO
# ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

**25109710332432**

La información consignada en este certificado se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines estrictamente autorizados.

## I. INFORMACIÓN GENERAL

| | | |
|---|---|---|
| LUGAR DEL NACIMIENTO<br>País: COLOMBIA | Departamento: CAQUETÁ | Municipio: FLORENCIA |
| ÁREA DEL NACIMIENTO<br>Área: Cabecera Municipal | | Centro Poblado (Inspección, corregimiento o caserío): |
| FECHA DEL NACIMIENTO<br>Año - Mes - Día: 2025-10-01 | | HORA DEL NACIMIENTO<br>Hora - Minutos: 15:15:00 |
| SEXO DEL NACIDO VIVO: Masculino | HEMOCLASIFICACIÓN DEL NACIDO VIVO<br>Grupo sanguíneo: O | Factor RH: Positivo |
| IDENTIFICACIÓN DE LA MADRE<br>Tipo de documento: Cédula de ciudadanía | | Número de documento: 1006529049 |
| APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DE LA MADRE (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)<br>Primer apellido: VALDERRAMA | Segundo apellido: MEDINA | Primer nombre: YURANY<br>Segundo nombre: |
| DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL NACIDO VIVO ES RECONOCIDO POR SUS PADRES COMO<br>Pertenencia étnica: Ninguno de los anteriores | | ¿A cuál pueblo indígena pertenece? |

## II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA EL NACIDO VIVO

| | | |
|---|---|---|
| IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR<br>Tipo de documento: Cédula de ciudadanía | | Número de documento: 7702641 |
| APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR<br>Primer apellido: CASTRO | Segundo apellido: ESPAÑA | Primer nombre: ADOLFO<br>Segundo nombre: FERNANDO |
| PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA EL NACIMIENTO: Médico | | REGISTRO PROFESIONAL: 1523 |
| LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO<br>Departamento: CAQUETÁ | | Municipio: FLORENCIA |
| FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO<br>Año - Mes - Día: 2025-10-01 | | FIRMA DE QUIEN CERTIFICA EL NACIMIENTO: Adolfo Fernando Castro España |

Código verificación: D909-092D-C940-C248

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones
Fecha de impresión: 2025-10-01 22:59

**Vacunar oportunamente** a los niños y niñas con todas las dosis **disminuye el riesgo** de padecer enfermedades

**Protégelos contra:**

**Tuberculosis** meníngea (BCG), **Hepatitis B**, **Poliomielitis** (VIP), **Meningitis** y otras enfermedades causadas por *Haemophilus Influenzae* tipo b, **Difteria**, **Tosferina**, **Tétanos** (Pentavalente), diarrea por **Rotavirus**, neumonía, otitis, meningitis bacteriana causada por **Neumococo**, enfermedad respiratoria causada por el virus de la **Influenza**, **Sarampión**, **Rubéola**, **Paperas** (Triple Viral), **Varicela**, **Hepatitis A**, **Fiebre Amarilla**, **Cáncer** causado por **Virus de Papiloma Humano** (VPH) y **Covid-19**



## Las vacunas son seguras y salvan vidas

## ¡Ponte al Día!

**Ministerio de Salud y Protección Social**

Dirección de Promoción y Prevención

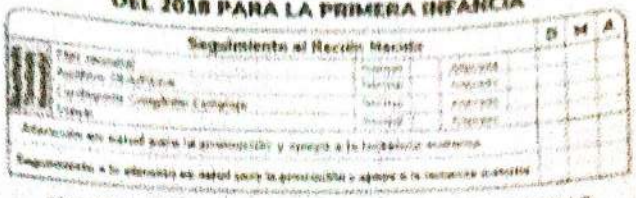
Subdirección de Enfermedades Transmisibles

Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles

Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

### ATENCIONES DEFINIDAS MEDIANTE RESOLUCIÓN 3280 DEL 2018 PARA LA PRIMERA INFANCIA



Seguimiento al Recién Nacido — D M A

Atención en salud sobre la prematurez y signos a la hospitalización materna

Seguimiento a la atención en salud sobre la prematurez y signos a la hospitalización materna

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



Salud | Fecha | Valoración Nutricional (Peso, Talla, PC, IMC) | Valoración del Desarrollo (Motor, Cognitivo, Lenguaje, Socioemocional) | Problemas con alternativa pactada

Edades: 0 a 5 días; 6 días; 2 a 3 m; 4 a 5 m; 6 a 8 m; 9 a 11 m; 12 a 17 m; 18 a 23 m; 24 a 29 m; 30 a 35 m; 3 años; 4 años; 5 años

Vacunación con Esquema Regular — Dosis: 1ra dosis, 2da dosis, 3ra dosis, Refuerzo 1, Refuerzo 2

Suplementación con Hierro (Administración de 30 sobres cada trimestre) — 6 a 11 meses; 1 año; 2 a 5 años; 6 a 9 años

Profilaxis para niños con alto riesgo de tuberculosis (Esquema de 3 meses) — 0 a 6 meses; 6 a 11 meses; 12 a 59 meses

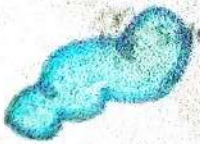
Vacunación con recomendaciones (Edad y Vacunas) — 2 años; 3 años; 4 años; 5 años

Desparasitación — 1 año; 2 años; 3 años; 4 años; 5 años

Tamización para Anemia (Hemoglobina) (Toma a partir de 6 meses) — Resultado

Educación para la Salud en la Primera Infancia — Edad | Fecha | Tema | Observaciones

COLOMBIA VIDA








## Carné de Vacunación

Apellidos

Tipo de Documento — No. de Documento

Fecha de Nacimiento

Sexo

Grupo Sanguíneo — RH

Peso al Nacer — Talla al Nacer — Edad Gestacional

Dirección

Teléfono 1

Teléfono 2

Responsable

Municipio de residencia

Departamento

Nombres y Apellidos

Tipo de Identificación

No. ID

| Edad | Vacuna | Dosis | Fecha de aplicación Día | Mes | Año | Laboratorio | Número de lote | ¿Fue vacunado/a en [illegible]? | Fecha próxima cita Día | Mes | Año | Nombres y apellidos del vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Recién nacido | BCG | Única | | | | Lactancia materna exclusiva | | | | | | |
| | Hepatitis B | Recién nacido | | | | | | | | | | |
| 2 meses | Pentavalente | 1ª | | | | Lactancia materna exclusiva | | | | | | |
| | Rotavirus | 1ª | | | | | | | | | | |
| | Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐ | 1ª | | | | | | | | | | |
| 4 meses | Pentavalente | 2ª | | | | Lactancia materna exclusiva | | | | | | |
| | Rotavirus | 2ª | | | | | | | | | | |
| | Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐ | 2ª | | | | | | | | | | |
| 6 meses | Pentavalente | 3ª | | | | Lactancia materna exclusiva | | | | | | |
| | Rotavirus | 3ª | | | | | | | | | | |
| | Influenza estacional | 1ª | | | | | | | | | | |
| 7 meses | Influenza estacional | 2ª | | | | | | | | | | |
| 12 meses | Sarampión, Rubéola, Paperas | 1ª | | | | | | | | | | |
| | Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐ | Refuerzo | | | | | | | | | | |
| | Varicela | 1ª | | | | | | | | | | |
| | Hepatitis A | Única | | | | | | | | | | |
| | **Influenza estacional | Anual | | | | | | | | | | |
| 18 meses | Pentavalente | 1er Refuerzo | | | | | | | | | | |
| | Rotavirus | 1er Refuerzo | | | | | | | | | | |
| | Sarampión, Rubéola, Paperas | Refuerzo | | | | | | | | | | |
| | ***Fiebre Amarilla | Única | | | | | | | | | | |
| 5 años | Pentavalente | 2do Refuerzo | | | | | | | | | | |
| | Difteria, Tétanos, Tosferina | 2do Refuerzo | | | | | | | | | | |
| | Varicela | Refuerzo | | | | | | | | | | |
| A partir de los 9 años | Virus del papiloma humano (VPH) Niña ☐ Niño ☐ | | | | | | | | | | | |
| Con riesgo de edad | Covid-19 | | | | | | | | | | | |
| Vacunas y otras dosis | | | | | | | | | | | | |

*Difteria, Tétanos, Tosferina, Hepatitis B, Haemophilus influenzae tipo b

**De ahora en adelante de prevacunación

***A los 12 meses en municipios previstos de acuerdo a la vulnerabilidad urbana

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 combinarla con otros alimentos nutritivos

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.006.529.049
VALDERRAMA MEDINA

APELLIDOS
YURANY

NOMBRES

yurani valderrama

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 12-MAR-2003
EL PAUJIL
(CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

29-ABR-2021 CARTAGENA DEL CHAIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

P-4400300-01238040-F-1006529049-20210611 0074597520A 1 55447232

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminitos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

7

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

Yo Yurany Valderrama Medina Identificado con C.C N° 1006529049 en calidad de: padre o madre ( X ), del niño o niña: Arley Aldemar Revelo Valderrama o Gestante ( ) Lactante (X), 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 01 Días del mes de 10 del Año 2025.

Yurany Valderrama
**Madre o Acudiente**
C.C 1006529049.

| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA | F2.P2.CE | 11/07/2024 |
|---|---|---|---|
| | FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN | Versión 5 | 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 Arvey Aldemar Pevelo Valderrama, identificado (a) con documento de identidad número 1510971035243 2 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. Yurany Valderrama medina, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1006529049 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 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 Fundación Alma de vida., en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa E.I.C.

**Suscriben:**

Firma: Daliana
Nombre: Yurany Valderrama medina
Calidad - Titular: X Representante legal: ____
Teléfono de contacto: 3224667261
Fecha: 01-12-2025
Municipio: San miguel

9
R/V

# REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL SERVICIO
EDUCACION INICIAL CAMPESINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

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

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Arvey Aldemar Revelo Valdenam IDENTIFICACIÓN: 2510971033243 2 FECHA DE NACIMIENTO: 01 - 10 - 2025

| 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 | | | | | |
| 30: septiembre 2025 | X | | | | Me comunico con la madre del menor para realizar mi acompañamiento adistancia en su nacimiento. la madre refiere que lo realizo en Caqueta ya que alla se encuentra toda su familia y sera asistida alla en el puerperio | | Daliana Morales | | | La madre se compromete que apenas ella se encuentre recuperada ya viaja a La dorada para así Lograr realizar los tramites pendientes. |
| 1 de octubre 2025 | X | | | | Me comunico con la madre via wuasath para solicitarle el nacido vivo del bebe para reportar su nacimiento. lo cual la madre me envia por wuasath su nacido vivo | | Daliana Morales. | | | |

# REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL SERVICIO
EDUCACION INICIAL CAMPESINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

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

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Arvey Aldemar Revelo IDENTIFICACIÓN: 251097 10332432 FECHA DE NACIMIENTO: 01 - 10 - 2025

| 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 | | | | | |
| 11 de noviembre 2025 | X | | | | me dirijo a la madre por media de llamada el registro civil del niño por lo cual la madre refiere que pasara su dieta alla en caqueta con su madre y al mes realizara el tramite ya que se encuentra muy delicada de salud y no puede viajar y el papa del | | Daliana Morales | Pa medio de wuasath me permito brindar mi apoyo para que apenas ella este aqui en la dorada logremos realizar la gestion lo mas pronto posible | | La madre se compromete a realizar la Jestion lo antes Posible luego de que ella se recupere y Pueda viajar a la dorada. |
| | | | | | menor se encuentra aca en la dorada Putumayo y por tal motivo no se encuentra afiliado a salud porque tiene que traer la portabilidad | | | para asi mantener y no desproteger a su bebe. | | |