Fundación
Alma de Vida

LISTA DE CHEQUEO
DOCUMENTOS DE PARTICIPANTES

No.	DOCUMENTOS
1	Ficha de Inscripcion y Matricula con fotografía 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	Formato de veracidad de la información ficha de caracterización. N/A
17	Acta de compromiso de corresponsabilidad de los padres de familia o adultos cuidadores.
	Consentimiento informado y Participación
18	Formato de autorización uso de imágenes.
19	Planilla seguimiento nutricional
20	Formato de seguimiento psicosocial - salud a casos priorizados (Cuando aplique)
21	Otros: Pacto de convivencia, Formato Solicitud permiso, formato disentimiento activación de póliza, Escala de valoración cualitativa, N/A

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: 27-03-2025 FECHA INGRESO: _____

UDS: Mis Angelitos 1 MUNICIPIO: SAN Miguel



NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Erick Alexander Quintero Betancourt

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ NUIP No. 1126460314

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

N/A

FECHA NACIMIENTO: 13-11-2020 EDAD: 4 MUNICIPIO: Valle del Guamuez

DEPARTAMENTO: Putomayo PAIS: Colombia DIRECCION

DE RESIDENCIA: V/ San Antonio 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: Nueva EPS SUBSIDIADO: X CONTRIBUTIVO: _____

PRESENTA DISCAPACIDAD: SI: __ NO: X DIAGNOSTICO: N/A

ENTIDAD QUE CERTIFICA LA DISCAPACIDAD: N/A

PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD: SI: __ NO: X CUAL: N/A

PRESENTA ALGUNA ALERGIA: SI: __ NO: X CUAL: N/A

TIENE SISBEN: SI: X NO: __ PUNTAJE: A5 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: N/A

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: N/A

No. IDENTIFICACION: N/A DIRECCION RESIDENCIA: N/A

CELULAR: N/A E.P.S: N/A

OCUPACION U OFICIO: N/A N/A

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

NIVEL DE ESCOLARIDAD: N/A PROFESIÓN: N/A

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Sardy Elizabeth Betancourt

No. IDENTIFICACION: 1123325659 DIRECCION RESIDENCIA: V/ San Antonio

CELULAR: _____ E.P.S: Nueva EPS

OCUPACION U OFICIO: AMA DE CASA

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

NIVEL DE ESCOLARIDAD: N/A PROFESIÓN: N/A

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Sardy Elizabeth Betancourt

NUMERO IDENTIFICACION: 1123325659 CELULAR: N/A

DIRECCION: V/ San Antonio PARENTESCO: Madre

Sardi Betancourt
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Bely Achonga
FIRMA AGENTE EDUCATIVO

3

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: **N** 1221339

NUIP 1.126.460.314...

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
QUINTERO BETANCOURT ERICK ALEXANDER

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)											Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año	2	0	2	0	Mes	N	O	V	Día	1	3	MASCULINO	A +

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA PUTUMAYO VALLE DEL GUAMUEZ

Fecha de Inscripción (Mes en letras)											Indicativo serial
Año	2	0	2	0	Mes	D	I	C	Día	0	3	0059302971

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
BETANCOURT ORTEGA SARDY ELIZABETH

Documento de Identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 1.123.325.659 | Nacionalidad: ~~COLOMBIA~~

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
QUINTERO GUALPAZ JORGE ARMANDO

Documento de Identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 1.122.338.472 | Nacionalidad: ~~COLOMBIA~~

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
QUINTERO GUALPAZ JORGE ARMANDO

Documento de Identificación (Clase y número):
CEDULA DE CIUDADANIA 1.122.338.472

Espacio para notas

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio
COLOMBIA PUTUMAYO VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA) | Código: 7

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)											
Año	2	0	2	0	Mes	D	I	C	Día	0	3

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil
27467867-2

Nombre y firma del funcionario

CARMEN PATRICIA CASANOVA YANDI

Registrador del Estado Civil

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	1126460314
NOMBRES	ERICK ALEXANDER
APELLIDOS	QUINTERO BETANCOURT
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	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/03/2024	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	07/07/2025 16:38:55	**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

Sisbén

Registro valido

A5

Fecha de consulta: **28/04/2025**

Ficha: **86865049478000000651**

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: **ERICK ALEXANDER**

Apellidos: **QUINTERO BETANCOURT**

Tipo de documento: **Registro civil**

Número de documento: **1126460314**

Municipio: **Valle del Guamuéz**

Departamento: **Putumayo**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **26/07/2021**

Última actualización ciudadano: **26/07/2021**

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: **BELSY MILDRED GOMEZ ERA**

Dirección: **Calle 7 No 5 -**

Teléfono: **4282059 - 31343079**

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

¡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
- ICFES - Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación
- ICETEX
- ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
- ANT - Agencia Nacional de Tierras
- FINAGRO - Fondo para el Financiamiento del Sector Agropecuario

CITAS PROGRAMADAS

DIA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ	
				SI	NO
15	mayo	2023	8amxMOlC		
14	Noviembre	2023	2pmxENF		
14	Noviembre	2024	2pmxENF		
12	Diciembre	2024	7:00amxmed		
21	Ene	2025	7:30amxenf		
11	Nov	2025	4:00pmxMed		

E.S.E
Hospital
Sagrado Corazón de Jesús



Nombres: Erick Alexander

Apellidos: Quintero Betancourt

Fecha de nacimiento: 13 Noviembre 2020

Lugar de nacimiento: Valle del Guamuez - Pto

Identificación: CC 1.126.460.314

Barrio/vereda: B/ Nueva Esperanza

Responsable del niño: Sardy Betancourt (Madre)

N° de Teléfono: 3163216372

E.P.S.: Emssanar

Grupo Sanguíneo: A +

La mejor de nosotros para ti

IAMI
INSTITUCIÓN AMIGA DE LA MUJER Y LA INFANCIA

AIEPI
Porque no vida hay que protegerla hoy

DATOS DEL RECIÉN NACIDO

PESO AL NACER: 3000 grs PC 35 cms.
TALLA AL NACER: 51 cm
REANIMACIÓN: SI ____ NO x
PRUEBA TSH: Serico
1 ra Muestra : Fecha: 01/08/2022 resultado: 1.90 mUI/L
2 da Muestra: Fecha: ____ resultado: ____

APGAR 8/9/10

PT 34 cm
PT 33 cm
PB 11 cm

DATOS FAMILIARES

DATOS DE LA MADRE

APELLIDOS: Betancourt Ortega
NOMBRES: Sardy Elizabeth
FECHA DE NACIMIENTO: Día: 04 Mes: 09 Año: 1990
GRUPO SANGUÍNEO: ____ RH ____
ENFERMEDADES HEREDITARIAS: NO

CONTROL PRENATAL # 0

COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO:
Ausencia de CPN (Pandemia Covid19)

PARTO

CONTROL DE ATENCIÓN: H.S.C.J. ESE
SEMANAS DE GESTACIÓN: 39.2 RN a termino: ∝
RN a pretermino: ____
RN a postermino: ____

CESÁREA: SI ____ NO x
Gesta # 2

DATOS DEL PADRE

APELLIDOS: Quintero Gualpas
NOMBRES: Jorge Armando
FECHA DE NACIMIENTO: Día: 10 Mes: 03 Año: 1986
GRUPO SANGUÍNEO: O RH +

ANTECEDENTES FAMILIARES DE INTERÉS QUE PUEDAN INFLUIR EN LA SALUD DEL NIÑO

Niegan los padres

ANTECEDENTES PERSONALES DE INTERÉS

Alérgicas: ____
Tóxicas: ____
Quirúrgicas: ____
Antecedentes perinatales: Meconiado Vigoroso
Antecedentes patológicos: ____
Hospitalizaciones: ____

Algunos exámenes de Importancia

Potenciales evocados visuales: No realizado
Potenciales evocados auditivos: No realizado
Radiografia de caderas comparativas: No realizado

Hemoglobina / Hematocrito

Primera infancia: ____
Infancia niñas 10 - 13 años: ____
Adolescencia niñas 14 - 17 años: ____

E.S.E. Hospital Sagrado Corazón de Jesús

Nombre del menor: Erick Alexander Quintero B

Identificación del menor: RC 1.126.460.314

FECHA	PESO	TALLA	DX	FIRMA PROFESIONAL
25/02/22	11.6 Kg	79 cm	R. Sobrepeso	Clara M
16/05/22	11.7 Kg	80 cm	R. Sobrepeso	Gloria D
15/11/22	12.6 Kg	85 cm	R. Sobrepeso	Darco
12/05/23	13.520 Kg	91 cm	Adecuado	[illegible]
14/11/23	14.1 Kg	94 cm	Adecuado	Darco
15/11/23	12.5 Kg	107 cm	R. Sobrepeso	Clara Mar
1/02/24	[illegible]	[illegible]	R. Sobrepeso	Liana C

APGAR FAMILIAR

El APGAR FAMILIAR evalúa cinco funciones básicas de la familia considerada las más: Adaptación, Participación, Gradiente de recurso personal, Afecto y Recursos:

FUNCIÓN	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad.					✓
Me satisfacela participación que mi familia brinda y permite					✓
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades					✓
Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza y amor					✓
Me satisface como compartimos en familia: El tiempo para estar juntos Los espacios en la casa El dinero					✓

Cada una de las respuestas tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación:
0: Nunca
1: Casi nunca
2: Algunas veces 3: Casi siempre
4. Siempre

Interpretación del puntaje:
-Normal: 17-20 puntos
-Disfunción leve: 16-13 puntos
-Disfunción moderada: 12-10 puntos
-Disfunción severa: Menor o igual a 9

FECHA DE VALORACIÓN	RESULTADO	INTERPRETACIÓN	CONDUCTA	FIRMA PROFESIONAL
15/11/22	17 puntos	Fla Funcional	Educación	Darco
14/11/23	14 puntos	Fla Fis	Educación	Darco

CUESTIONARIO DE AUTISMO EN LA INFANCIA - Modificado (M-CHAT)

Por favor, rellene lo que su hijo hace habitualmente. Trate de responder a todas las preguntas. Si la conducta es poco frecuente (ej. la ha observado una o dos veces), responda "No".

	SI	NO
1. ¿Disfruta su hijo cuando se le balancea, se le hace saltar sobre sus rodillas...?	✓	
2. ¿Muestra su hijo interés por otros niños?	✓	
3. ¿Le gusta a su hijo subirse a las cosas, como p.ej. las escaleras?	✓	
4. ¿Disfruta su hijo jugando a cucu-tras o al escondite?	✓	
5. ¿Su hijo simula alguna vez, por ejemplo, hablar por teléfono o cuidar a las muñecas o imagina otra cosa	✓	
6. ¿Utiliza su hijo alguna vez su dedo índice para señalar pidiendo algo?	✓	
7. ¿Utiliza su hijo alguna vez su dedo índice para señalar mostrando su interés en algo?	✓	
8. ¿Puede su hijo jugar apropiadamente con juguetes pequeños (ej. coches o bloques) sin metérselos en la boca, toquetearlos o tirarlos únicamente	✓	
9. ¿Le acerca su hijo alguna vez objetos para enseñárselos?	✓	
10. ¿Le mira su hijo a los ojos durante más de uno o dos segundos?	✓	
11. ¿Su hijo parece hipersensible a los ruidos? (ej. tapándose los oídos)		✓
12. ¿Responde su hijo con una sonrisa a su cara o a su sonrisa?	✓	
13. ¿Le imita su hijo? (ej. poner una cara que su hijo imita)	✓	
14. ¿Su hijo responde cuando se le llama por su nombre?	✓	
15. Si usted señala un juguete al otro lado de la habitación, ¿su hijo lo mira?	✓	
16. ¿Anda su hijo?	✓	
17. ¿Mira su hijo a las cosas que está usted mirando?	✓	
18. ¿Hace su hijo movimientos raros con los dedos cerca de su propia cara?		✓
19. ¿Trata de atraer su hijo la atención sobre su propia actividad?	✓	
20. ¿Alguna vez ha sospechado que su hijo era sordo?		✓
21. ¿Entiende su hijo lo que dice la gente?	✓	
22. ¿A veces su hijo se queda mirando fijamente al vacío o deambula sin ningún propósito?	✓	
23. ¿Mira su hijo a su casa para observar su reacción cuando se enfrenta con algo desconocido?	✓	

FECHA DE VALORACIÓN	RESULTADO	INTERPRETACIÓN	CONDUCTA	FIRMA PROFESIONAL
15/11/22	Sin TA	TEA descartado	Educación	Duque

LISTA DE CHEQUEO DE FACTORES DE RIESGO DE LAS ENFERMEDADES DEL OIDO ALTERACIONES AUDITIVAS, VESTIBULARES Y DE LA COMUNICACIÓN

Recién nacidos de 0 a 7 días de vida (6 meses a 2 años con factores de riesgo)	
FACTORES DE RIESGOS DE PÉRDIDA AUDITIVA EN NEONATOS Y LACTANTES	
Antecedentes familiares de sordera	NO
Bajo peso al nacer	NO
Espectro Óculo-Auriculo-Vertebral o Síndrome de Goldenhar	NO
Hipoxia neonatal	NO
Infecciones del oído	NO
Labio y/o paladar hendido	NO
Malformación anatómica auricular y/o CAE	NO
Incompatibilidad de RH	NO
Procesos bacterianos tratados con antibióticos ototóxicos	NO
Procesos virales prenatales	NO
Recién nacido prematuro	NO
Reflejos auditivos alterados	NO
Retraso del desarrollo motor	NO
Secuelas de meningitis	NO
Síndrome de Down	NO
Trastorno respiratorio	NO
Traumas perinatales	NO
Traumas prenatales	NO
Apgar bajo	NO
Permanencia en unidad de cuidado intensivo	NO
Malformaciones congénitas de cabeza y cuello	NO
Síndromes relacionados con desordenes auditivo-vestibulares	NO
Tamizaje metabólico anormal	NO

Primera infancia (8 días de vida a los 5 años)	
FACTORES DE RIESGOS DE PÉRDIDA AUDITIVA EN PREESCOLARES	
Infecciones del oído	
Malformación anatómica auricular	
Exposición a ruido de alta intensidad	
Trastorno auditivo por cambios presión atmosférica	
Traumas en zona temporal de la cabeza	
Respuestas auditivas disminuidas	
Sensación de presión o dolo en el oído	
Antecedente de supuración de los oídos	
Estenosis de conducto auditivo externo	
Audición fluctuante	
Problemas de socialización	
Trastornos del comportamiento	
Trauma craneoencefálico	
Ingesta de sustancias tóxicas	
Fallas de comprensión auditiva	
Antecedente familiar de sordera	
Bajo peso al nacer	
Espectro Óculo-Auriculo-Vertebral o Síndrome de Goldenhar	
Labio y/o paladar hendido	
Malformación anatómica auricular y/o CAE	
Incompatibilidad sanguínea (RH)	
Procesos bacterianos tratados con antibióticos aminoglucosidos (ototóxicos)	
Procesos virales prenatales	
Bajo rendimientos académico	
Retraso del desarrollo motor del lenguaje	
Secuelas de meningitis	
Síndrome de Down	
Síndromes relacionados con desordenes auditivo-vestibulares	
Trastorno respiratorio	
Traumas perinatales	
Traumas prenatales	

FECHA DE VALORACIÓN	RESULTADO	INTERPRETACIÓN	CONDUCTA	FIRMA PROFESIONAL
15/11/22	Sin FO	Sin FR	Educación	Duque
15/11/23	Sin TR	Sin TR	Educación	Duque

LISTA DE CHEQUEO DE FACTORES DE RIESGO DE LAS ENFERMEDADES DEL OÍDO, ALTERACIONES AUDITIVAS, VESTIBULARES Y DE LA COMUNICACIÓN

INFANCIA	
FACTOR DE RIESGO, PERDIDA AUDITIVA EN ESCOLARES Y UNIVERSITARIOS	
Infecciones en el oído	
Malformación anatómica auricular	
Exposición a ruido	
Inhalación de químicos	
Transtorno auditivos con cambios presión atmosférica	
Traumas en zona temporal de la cabeza	
Pérdida de la audición	
Tinnitus. (a partir 6 años)	
Sensación de presión o dolor en el oído	
Antecedente de supuración de los oídos	
Percepción del sonido alterada (reclutamiento) (a partir de los 6 años)	
Pérdida de equilibrio. (a partir de los 6 años)	
Vértigo (a partir de los 6 años)	
Estenosis de conducta	
Ataxia y vértigo (a partir de los 5 años)	
Nausea y vértigo (a partir de los 5 años)	
Audición fluctuante	
Problemas de socialización	
Trastornos del comportamiento	
Hipersensibilidad a los sonidos	
Nistagmus	
Trauma craneoencefálico	
Ingesta de sustancias tóxicas	
Diabetes	
Hipertensión	
Depresión	
Secuelas neurológicas	
Fallas en la concetración, atención y memoria	

FECHA DE VALORACIÓN	RESULTADO	INTERPRETACIÓN	CONDUCTA	FIRMA PROFESIONAL

TAMIZAJE AUDITIVO

Instrumento de valoración auditiva y de lenguaje para niños de 0 a 12 años :
VALE "SOMOS TODOS OÍDOS"

- Riesgos generales: Si___ NO X **CUALES**_____
- Condiciones estructurales: Orejas, labios, lengua, nariz, paladar, ojos, dientes (acorde a la edad), cuella, hombros: Presentes e integros
  SI X **NO**___ **HALLAZGOS**_____
- Compresión: **PASA** X **NO PASA**___
- Expresión: **PASA** X **NO PASA**___
- Interacción: **PASA** X **NO PASA**___
- Vestibular: **PASA** X **NO PASA**___

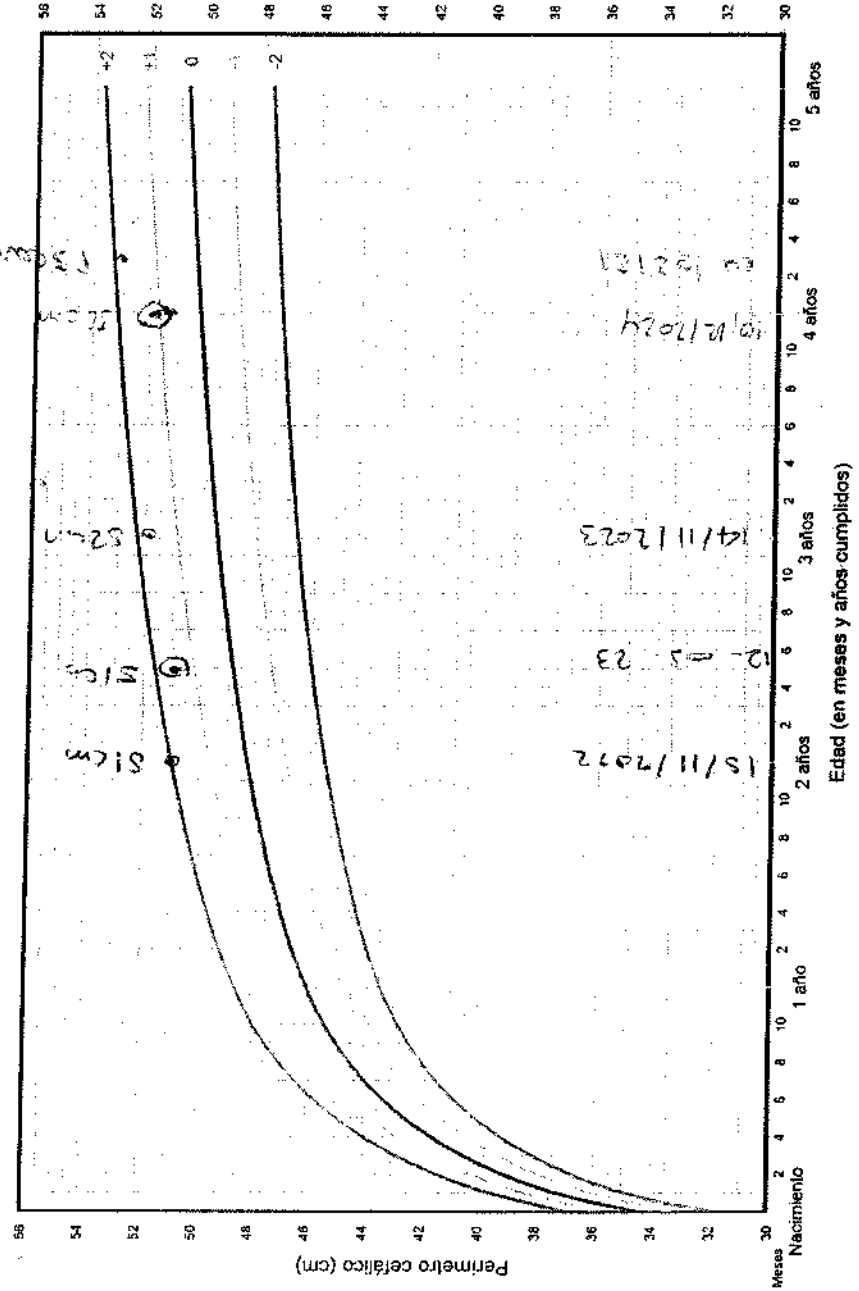
Conducta Educativo

TAMIZAJE VISUAL (MAYORES DE 3 AÑOS): **EVALUACIÓN VISUAL TABLA DE SNELLEN**

EDAD	FECHA	OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO	CONDUCTA
3	14/11/23	No colabora	No colabora	Derivo
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				

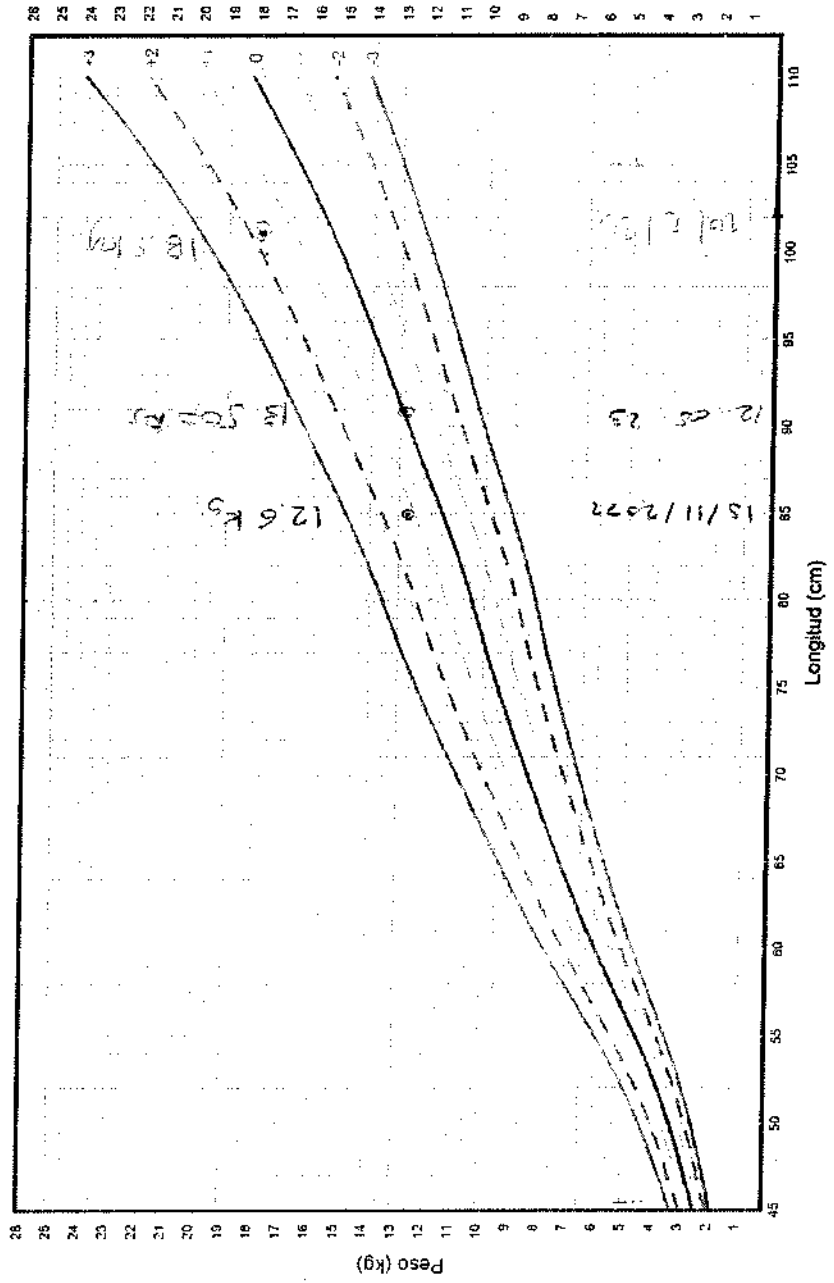
Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)



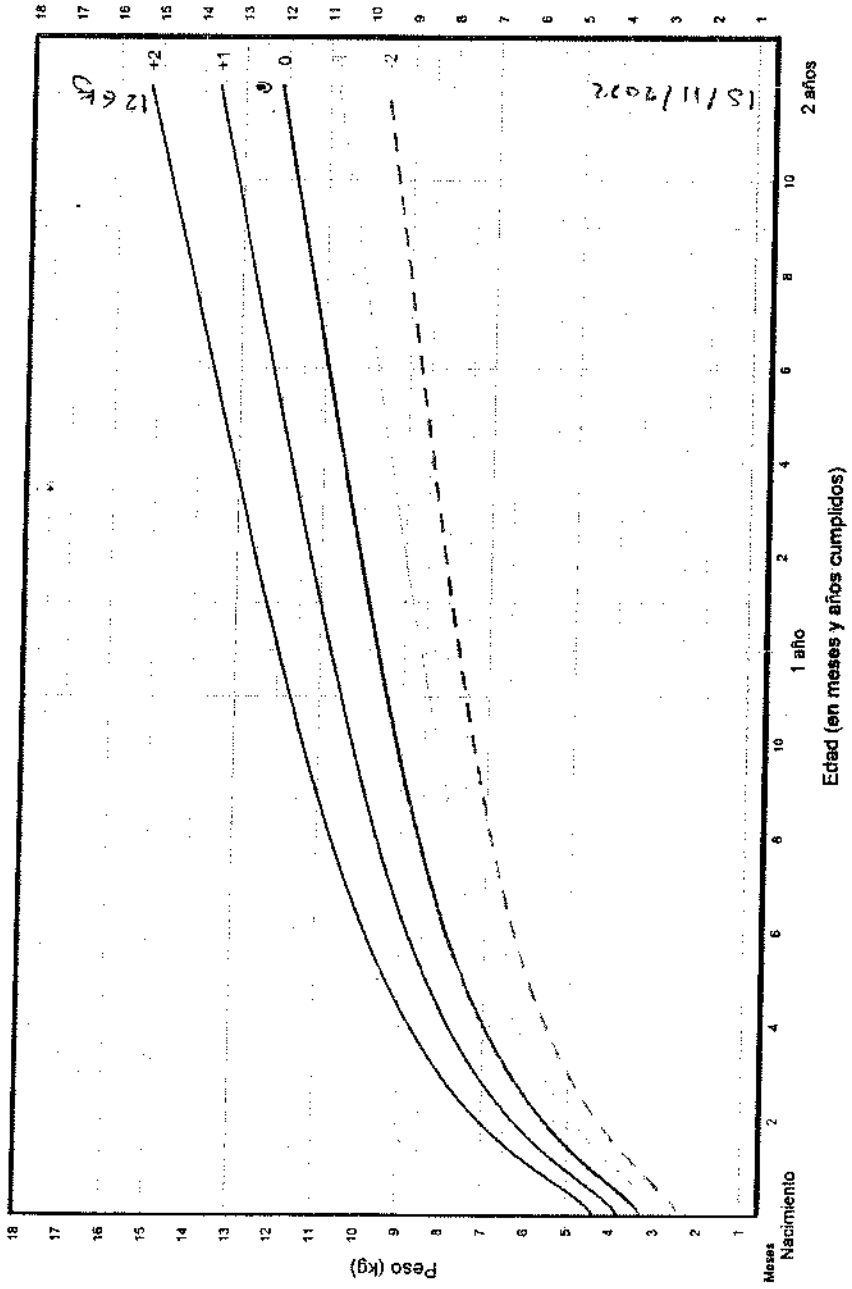
Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



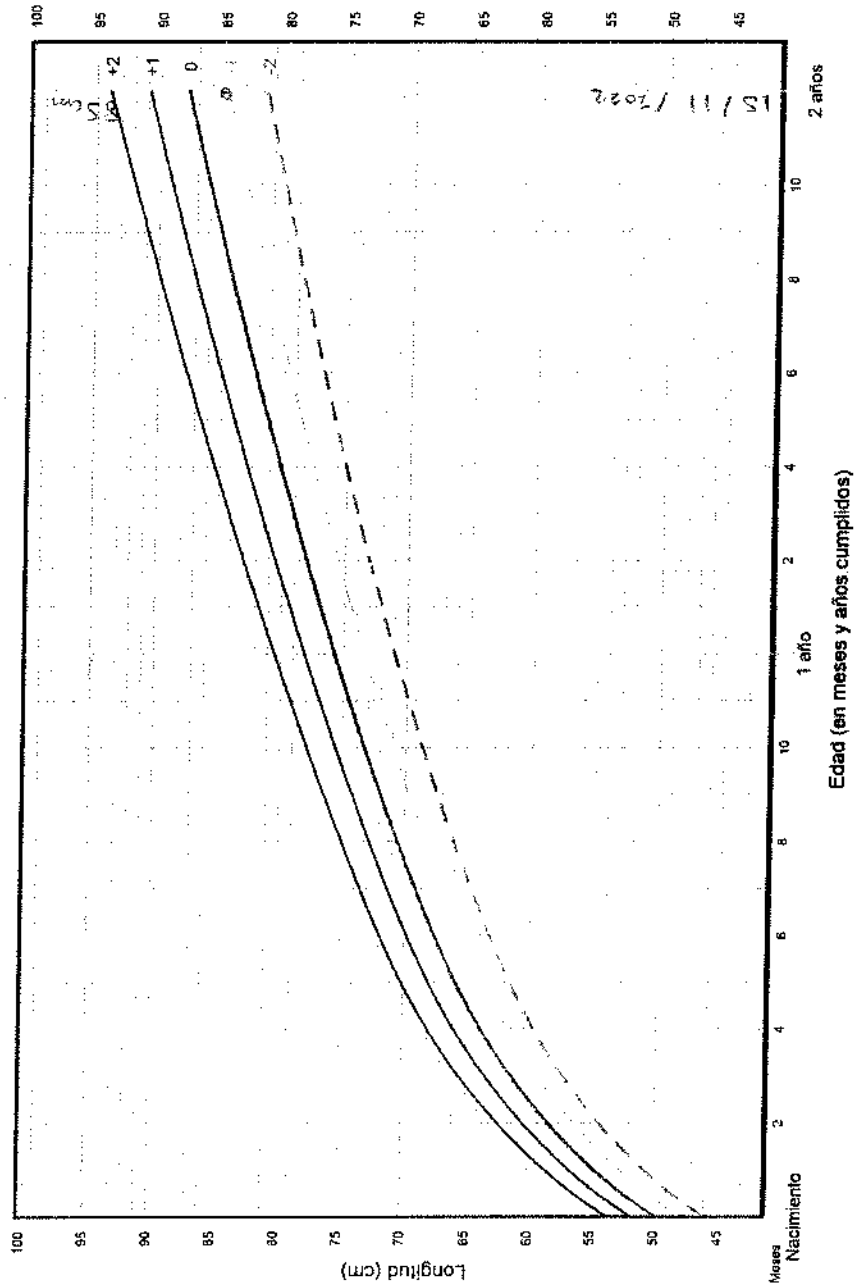
Peso para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



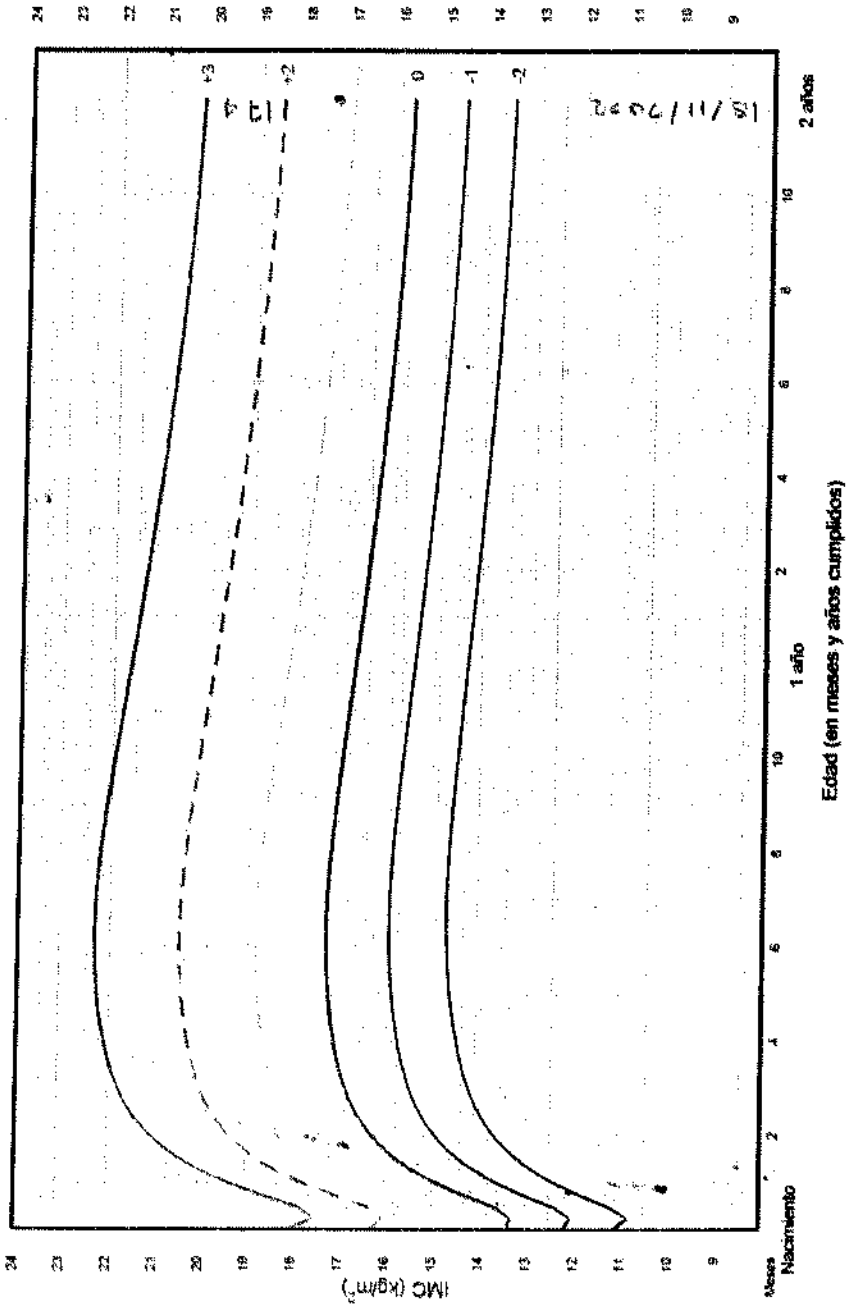
Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



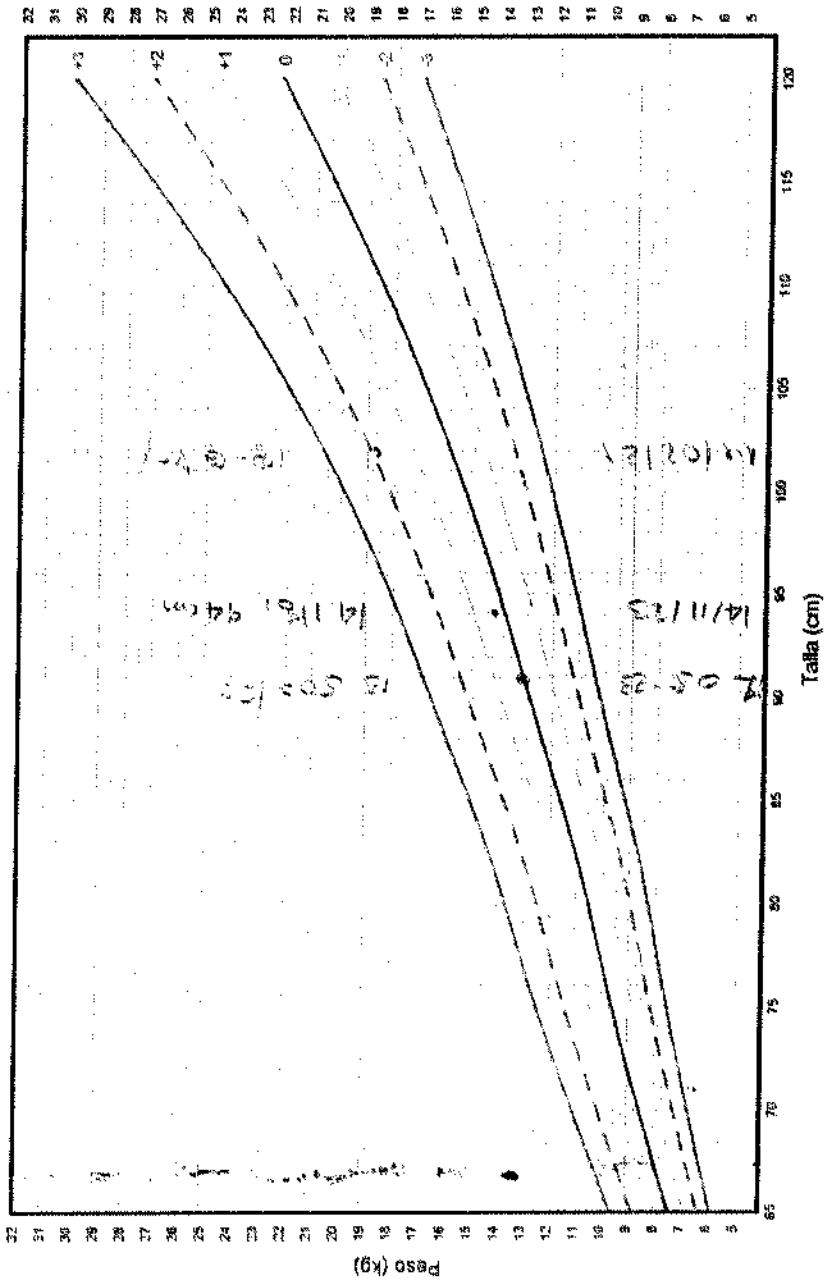
IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



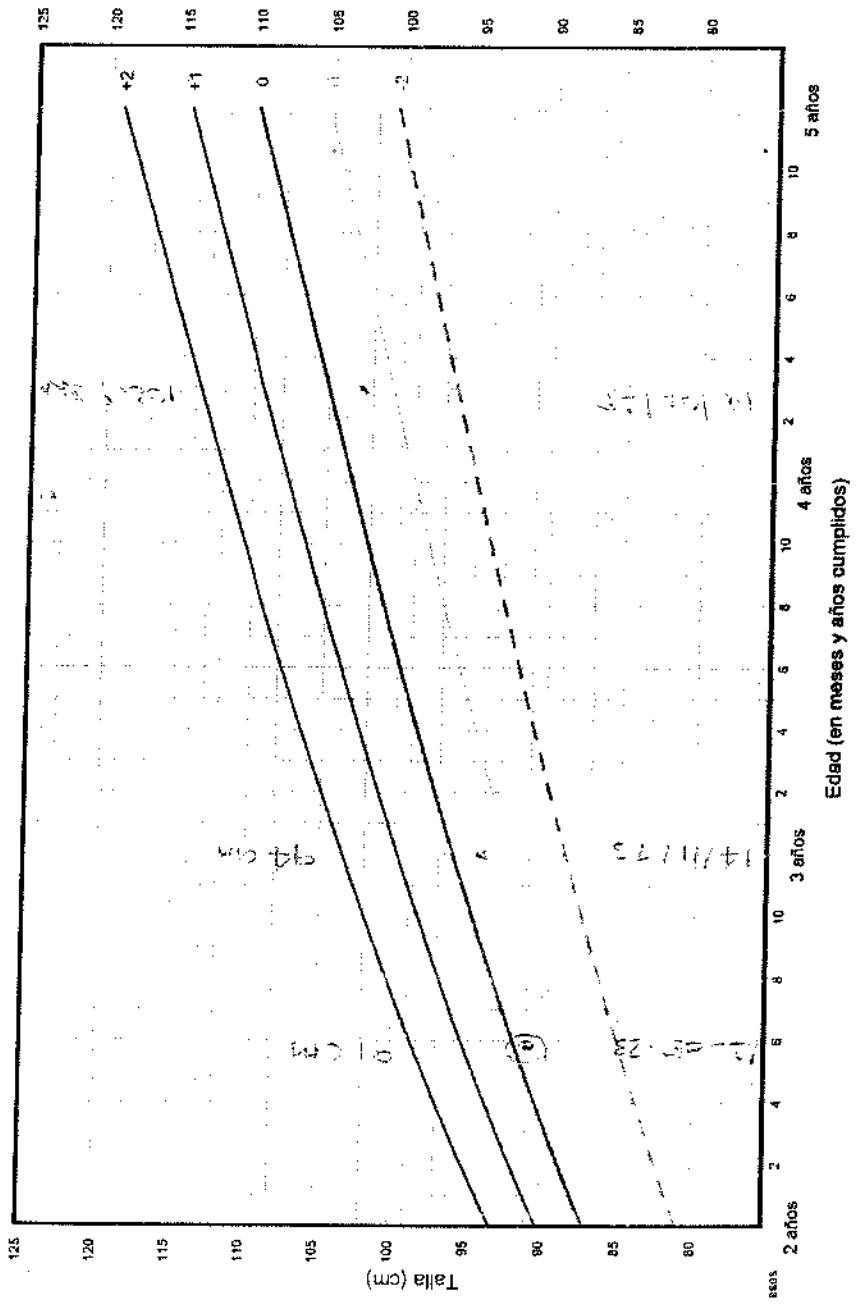
Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



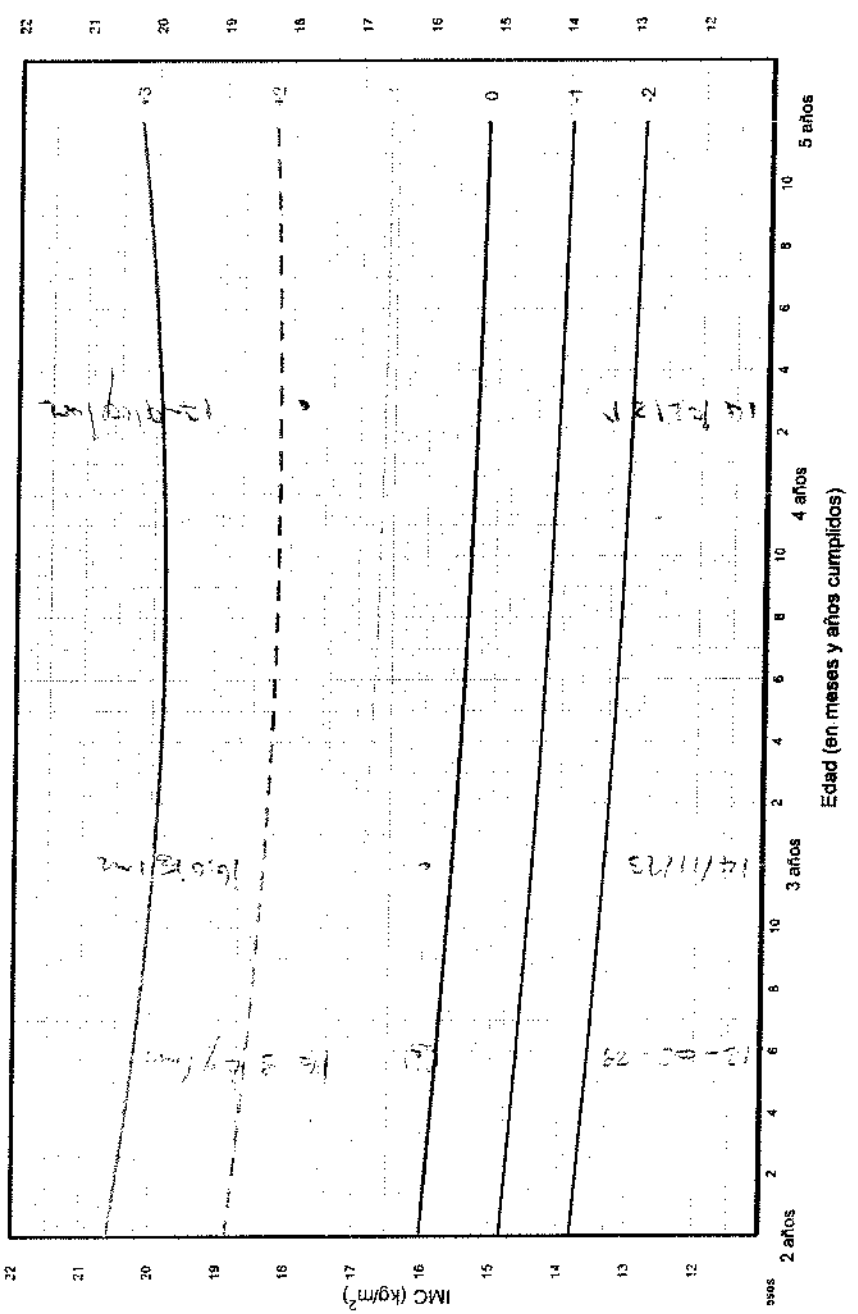
Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5años)



IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



15

Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (5 a 17 años)

Peso para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)

PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO			
IDENTIFICACION E INSCRIPCIÓN TEMPRANA			
Al momento de nacer	Fecha:		
PRIMER CONTROL MEDICO			
Durante el primer mes de vida	Fecha:		
SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA			
Edad	Fecha de cita programada	Fecha en que asistió	Profesional que atendió
1 a 3 meses			
4 a 6 meses			
7 a 9 meses			
10 a 12 meses			
13 a 16 meses			
17 a 20 meses			
21 a 24 meses			
25 a 30 meses			
31 a 36 meses			
37 a 48 meses			
49 a 60 meses			
61 a 66 meses			
67 a 72 meses			
73 a 78 meses			
79 a 84 meses			
8 años (1)			
8 años (2)			
9 años			

Todos los niños deben recibir suplementos con Hierro y Vitamina A, cada 6 meses desde los 6 meses hasta los 5 años de edad, de acuerdo al protocolo de la estrategia AIEPI.

Edad	Fecha	Edad	Fecha
6 meses		42 meses	
12 meses		48 meses	
18 meses		54 meses	
24 meses		60 meses	
36 meses		66 meses	

En todos los niños se debe realizar toma de TSH al momento de nacer para estudio de hipotiroidismo

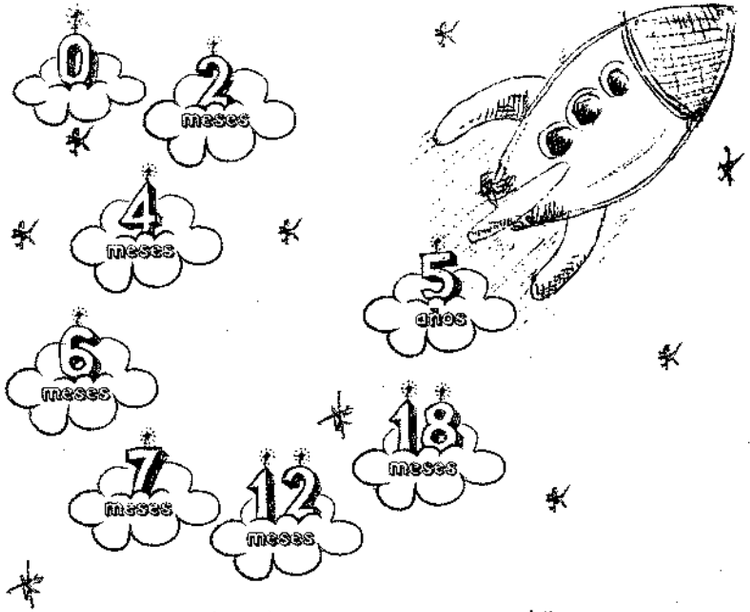
Valor reportado TSH:	
Fecha verificación:	
Profesional que verificó:	

Enfiado

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

Poliomielitis, Difteria, Tétanos, Tosferina, Hepatitis, Enfermedad diarreica producida por rotavirus, Neumonías, Meningitis tuberculosa, Fiebre amarilla, Sarampión, Paperas, Meningitis por Haemophilus Influenza tipo B, Rubéola e Influenza.

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



- Cualquier día es bueno para vacunar a sus hijos.
- En Colombia todos los días son días de vacunación.
- Es fácil, gratis y sobre todo muy importante.

República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

www.minsalud.gov.co
Atención al Ciudadano: 018000 95 25 25

AIEPI

Vacunas al día, se la ponemos fácil

MinSalud

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Erik Alexander Q.
Fecha de nacimiento: 13-Nov-2020
Nº de certificado de nacido vivo: 26[illegible]994
Registro civil: 1126460314
Sexo: Masculino
Grupo sanguíneo: A positivo
Peso al nacer: 3000 - 51 39.5cm
Dirección: Nueva Esperanza
Teléfono: 3163216372
Responsable: Sandra Elisabeth
Municipio de residencia: Vl Guamez
Departamento: Putumayo

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

Nombre: [redacted] Registro Civil: [redacted]

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de Aplicación Día Mes Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día Mes Año	Nombre del Vacunador
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva Sí☐ No☐							
	Tuberculosis B.C.G.	Única	[illegible]	Serum	U3719021	ESE HSCJ		[illegible]
	Hepatitis B	Recién nacido	[illegible]	Serum	U3L3R0N2A	ESE HSCJ		
2 Meses	Lactancia materna exclusiva Sí☐ No☐							
	Polio (Oral - IM)	1ª	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	13 enero 2021	[illegible]
	Rotavirus	1ª	[illegible]	GSK	[illegible]	[illegible]		[illegible]
	Neumococo	1ª	[illegible]	GSK	[illegible]	[illegible]	15 Marzo 2021	[illegible]
4 Meses	Lactancia materna exclusiva Sí☐ No☐							
	Polio (Oral - IM)	2ª	15 Marzo 21	Sanofi	2017004P	ESE HSCJ		Manuel R
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	15 Marzo 21	Serum	28594032B	ESE HSCJ	17 Mayo 2021	Manuel R
	Rotavirus	2ª	15 Marzo 21	GSK	AR01C769BA	ESE HSCJ		Manuel R
	Neumococo	2ª	15 Marzo 21	GSK	ASPN828BB	ESE HSCJ		Manuel R
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.							
	Polio (Oral - IM)	3ª	4 junio 2021	Biological	2017004	ESE HSCJ	4 junio 2021	Manuel Rodriguez
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	4 junio 2021	Serum	28504018E	ESE HSCJ		Maria Elena Lobo
	Influenza	1ª	[illegible]	Sanofi	U3C13	ESE HSCJ		[illegible]
7 Meses	Influenza	2ª	4 agosto 21	Sanofi	U3C13	ESE HSCJ	13 Nov 2021	[illegible]
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	20 Noviem-21	Serum	0180N121A	ESE HSCJ		[illegible]
	Fiebre Amarilla	1ª	20 NOV-21	Sanofi	63J55	ESE HSCJ		[illegible]
	Neumococo	Refuerzo	20-NOV-21	GSK	ASPN831BA	ESE HSCJ		[illegible]
	Influenza	Anual	4-OC-22	CRUCELL	U022208	H.S.C.J		[illegible]
	Hepatitis A	ÚNICA	20-NOV-21	MSD	U019226	ESE HSCJ		[illegible]
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1° Refuerzo	4-OC-22	Biological	2171004	H.S.C.J		[illegible]
	Polio (Oral - IM)	1° Refuerzo	4-OC-22	2826Q012B	Sanofi	H.S.C.J		[illegible]
5 Años	Polio (Oral - IM)	2° Refuerzo					13 NOV 2025	
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2° Refuerzo						
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo	24-Marz-03	013, NOB58A	Serum	ESE HSCJ		Diana Cadena
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª						
	VPH	2ª						
	VPH	3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis	Varicela	1	20-NOV-21	MSD	U006776	ESE HSCJ		[illegible]
	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]

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

17
RV

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

CIUDAD _____ FECHA: DÍA 19 MES 04 AÑO 2025 HORA: _____

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES ERICK ALEXANDER APELLIDOS QUINTERO BETANCOURT.

TIPO DE IDENTIFICACION: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NUMERO: TI 1126460314

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 13 MES: 11 AÑO: 2020 EDAD: 4 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE NUEVA EPS .

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 sarampion. 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 reducira la posibilidad de presentar la enfermedad. En esta etapa de la emergencia, en la cual se inicia la aplicación de esta vacuna, se han reconocido beneficios y riesgos, que es importante que usted conozca antes de dar el consentimiento para su aplicación.

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

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

Por miedo a la vacuna

¿CÓMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del musculo deltoides)
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar: Ninguna . Esquema que tiene esta vacuna: Dos dosis [ ] o dosis única [ ]
BENEFICIOS	Prevencion de la enfermedad COVID-19, causada por el virus SARS-CoV-2. Reduccion de la severidad de la enfermedad en caso de presentarse. Potencial proteccion del entorno familiar y los allegados
RIESGOS	Presentación de efectos adversos a corto y mediano plazo posterior a su aplicacion como: dolor en el sitio de inyección, color de cabeza (cefalea, articulaciones (artralgia), muscular (mialgia), fatiga (cansancio), resfriado; fiebre (pirexias); enrojecimiento e inflamacion leve en el lugar de la inyeccion, inflamacion de los ganglios (linfadenopatia), malestar general; sensacion de adormecimiento en las extremidades, reacciones alergicas leves, moderadas o severas. Estos no se presentan en todas las personas.
ALTERNATIVAS	A la fecha no se ha identificado otra medida farmacologica más eficaz que la vacunación para la prevencion 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 terminos acordes con mi condicion, 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 suscripcion 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 aplicacion de la vacuna contra el SARS-CoV-2/COVID-19 de brindar la atención en salud que sea necesaria por la aparicion 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 SANDY ELIZABETH Apellidos BETANCOURT ORTEGA

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1123325659

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: Kelly Jiménez Zarate

Firma Kelly J. Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 1055682134

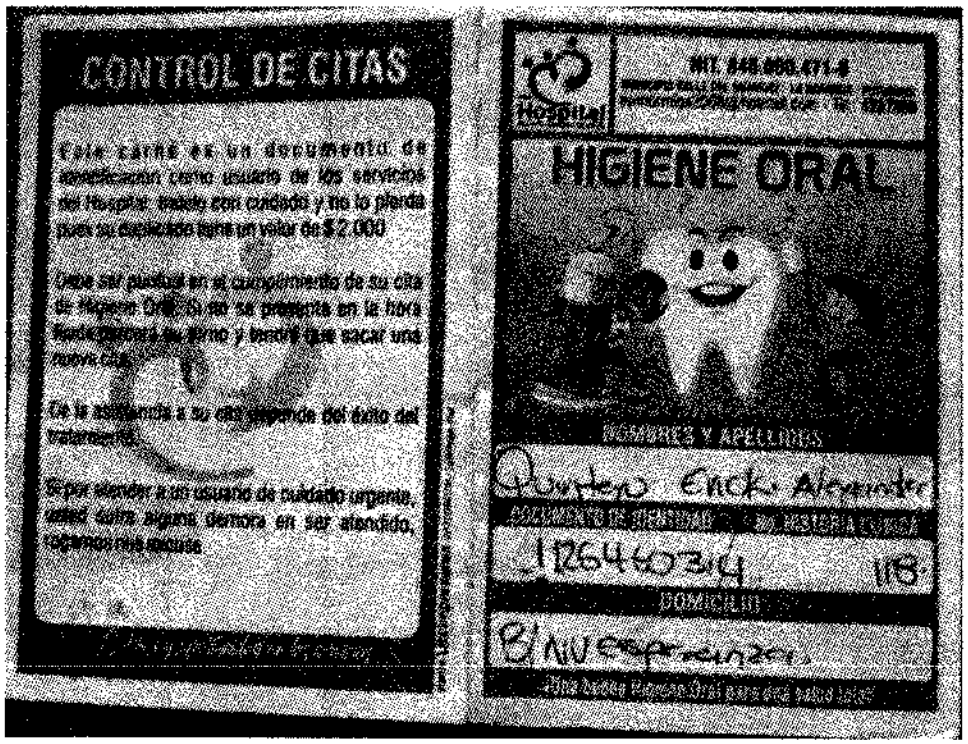
DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HELO

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Putumayo

MUNICIPIO: San Miguel

Nota: Cuando se trate de menores entre 16 y 18 años, deberá firmar el menor junto con uno de sus padres o su representante legal.



CONTROL DE CITAS

Esta carné es un documento de identificación como usuario de los servicios del Hospital, trátelo 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 deberá 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, cuente con mis excusas.

Hospital

NIT. 846.000.671-4

HIGIENE ORAL

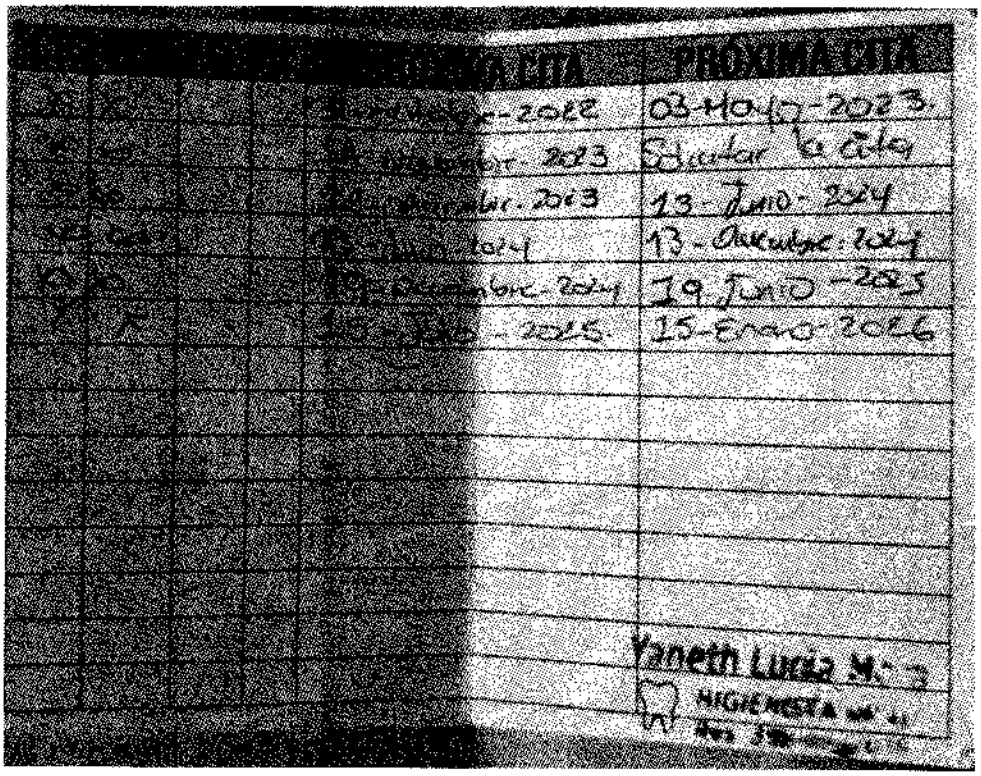
NOMBRES Y APELLIDOS

Quintero Erick Alexander

1126403614 118

DOMICILIO

B/ Nuevo Horizonte



PRÓXIMA CITA

2018	03-Mayo-2023.
2023	Solicitar la cita
2023	13-Junio-2024
2024	13-Diciembre-2024
2024	19 Junio - 2025
2025	15-Enero-2026

Yaneth Lucía M.

HIGIENISTA ORAL

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.123.325.659
BETANCOURT ORTEGA
APELLIDOS
SARDY ELIZABETH
NOMBRES

Sardi Betancourt
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 04-SEP-1990
VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)
VALLE DEL GUAMUEZ (PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO

07-OCT-2008 ORITO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-6402300-00136265-F-1123325659-20081211 0007967242A 1 25643113

Fundación Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Sandy Elizabeth Betancourt Identificado con C.C N° 1123325659. en calidad de: padre o madre (x), del niño o niña: Erick Alexander Quintero o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Mis Angelitos 1, 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 1 Días del mes de Abril del Año 2025.

Sandy Elizabeth B.C

Madre o Acudiente

C.C 1123325659.

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F10.MO6.PP	21/05/2019
	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y PARTICIPACIÓN	Versión 4	Página 1 de 2

Yo, Sandy Elizabeth B.O, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1123325654, obrando en calidad de:

Padre		Madre	x	Cuidador	

De la niña, niño o adolescente, Erick Alexander Quintero, identificado(a) con el documento de identidad Tipo: NUIP (RC) x, TI____, CE____, número 1126460314, manifiesto que:

Sí	x	No	

AUTORIZO a la niña, niño o adolescente a participar en la oferta de la Dirección de Niñez y Adolescencia Con la suscripción de este permiso manifiesto que me informaron que, durante la participación, en la oferta de la Dirección de Niñez y Adolescencia se:

1. Captarán, tomarán, almacenarán y editarán imágenes personales o fotografías de los participantes
2. Realizarán videos y audios de las niñas, niños y adolescentes participantes.
3. Divulgarán y publicarán 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, y en el respeto de sus derechos fundamentales.

Manifiesto que como 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, 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, 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.

Suscriben:

Firma: Sandy B.O.
Nombre: Sandy Elizabeth.
Calidad - Titular: x Representante legal: ____
Teléfono de contacto: 316 3216372
Fecha: 01-04-2025
Municipio: San Miguel

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 Sady Elizabeth Betancourt Ortega, identificado (a) con documento de identidad número _____, 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		Videos		Otros datos personales	

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Erica Alexander Quintero, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1126460314, 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		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 Fundacion Alma de Nada, en representación del ICBF, quien es responsable de captar, tomar y editar los productos para su posterior divulgación en el proyecto y/o programa etc.

Suscriben:

Firma: Sady B.O
Nombre: Sady B.O
Calidad - Titular: X Representante legal: V
Teléfono de contacto: 3163216372
Fecha: 01-04-2025
Municipio: San Miguel

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad La Dorada

Nombre completo de la niña o niño Erick Alexander Quintero Betancourt

Fecha de nacimiento 13 11 2020 **Nº Documento de Identidad** 1126460314

Sexo Masculino ⊗ Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** 03 04 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Beleidy Achanga

Fecha de registro cualitativo 15 07 2025

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

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

Observaciones generales

El niño Erick se encuentra en el rango esperado ya que cumple con los ítems acorde a su edad, se continuara fortaleciendo su desarrollo a través de actividades del diario vivir, en la oca con las actividades pedagogicas.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Beleidy Achanga

Fecha de registro cualitativo 16 10 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

Erick se encuentra en lo esperado teniendo encuenta que ha cumplido con los ítems de las dimensiones fundamentale) que se encuentra en su rango de edad, se continuara fortalecendo a travel de actividades del diario vivir.

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

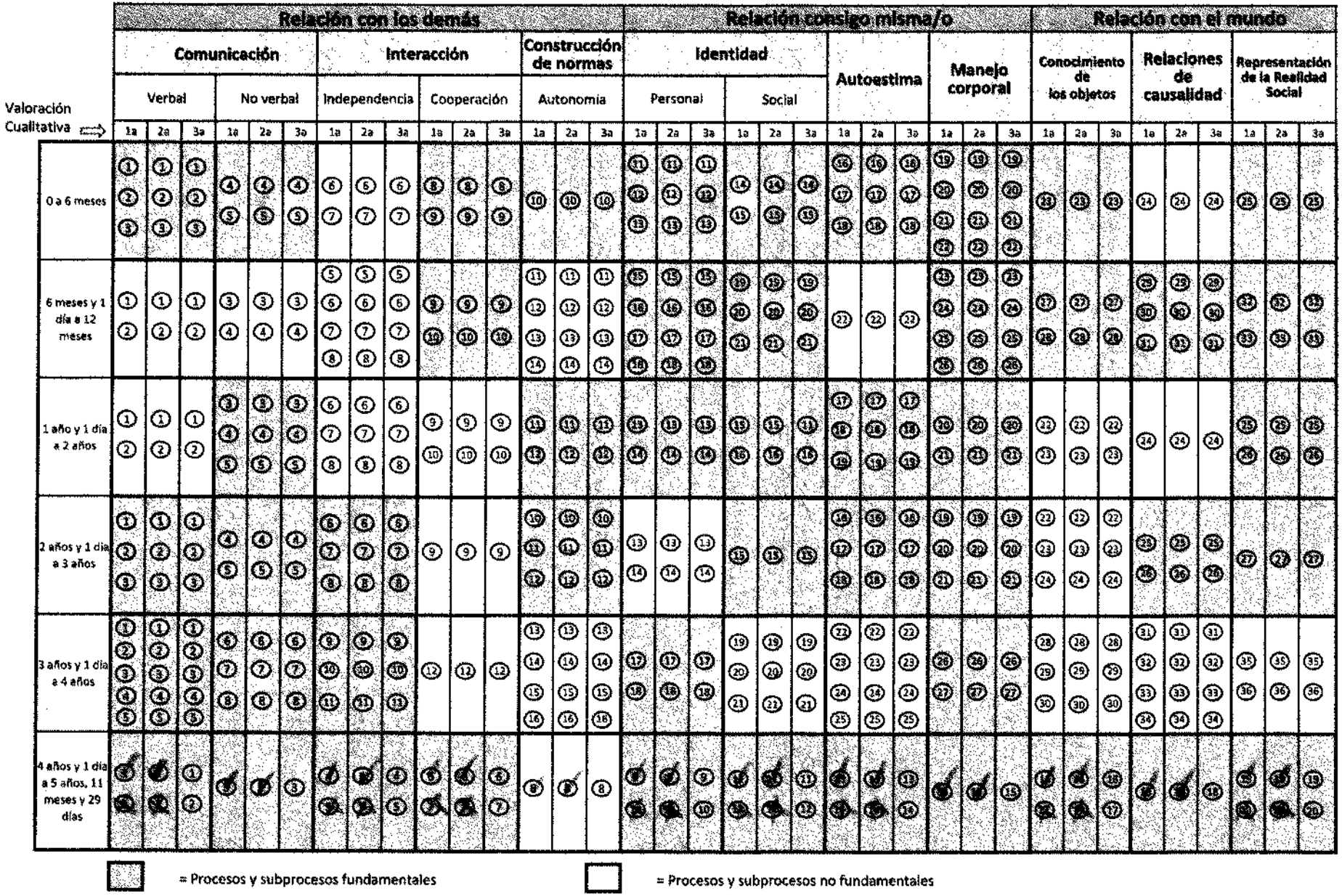
Fecha de registro cualitativo

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)***


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
Valoración Cualitativa
1a 2a 3a
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
= Procesos y subprocesos fundamentales
= Procesos y subprocesos no fundamentales