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) _X_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.
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,

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: 18-06-2025 FECHA INGRESO: 01-07-2025

UDS: Amor y Ternura MUNICIPIO: San Miguel

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Valerie Sofia Garcia Rodriguez

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO__ NUIP No. 1120072998

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

FECHA NACIMIENTO: 04/05/2024 EDAD: 1 año MUNICIPIO: Mocoa

DEPARTAMENTO: Putumayo PAIS: Colombia DIRECCION DE RESIDENCIA: V/ Sabalito ESTRATO: 1 ¿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: N/A

EPS DEL PARTICIPANTE: Emssanar 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: A4 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: Maria Noreli Rodriguez Zambrano

No. IDENTIFICACION: 1007728508 DIRECCION RESIDENCIA: M. Sabalito

CELULAR: 3157768481 E.P.S: Emssanar

OCUPACION U OFICIO: Ama de casa

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller PROFESIÓN: N/A

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Willian Arley Garcia

No. IDENTIFICACION: 1127073045 DIRECCION RESIDENCIA: M/Sabalito

CELULAR: ____ E.P.S: Emssanar

OCUPACION U OFICIO: Agricultor

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller PROFESIÓN: N/A

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Maria Noreli Rodriguez

NUMERO IDENTIFICACION: V/m. Sabalito CELULAR: 3157768481

DIRECCION: V/mesas del Sabalito PARENTESCO: Madre

Maria Noreli R
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

Omaira Meneses
FIRMA AGENTE EDUCATIVO

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1120072998

Indicativo Serial 62313376

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código X 1 W

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

COLOMBIA - PUTUMAYO - MOCOA NOTARIA 1 MOCOA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
GARCIA	RODRIGUEZ

Nombre(s)

VALERIE SOFIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2024 Mes MAY Día 04	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA - PUTUMAYO - MOCOA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	24053210959506

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

Apellidos y nombres completos

RODRIGUEZ ZAMBRANO MARIA NORELI

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1007728508	COLOMBIA

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

Apellidos y nombres completos

GARCIA WILLIAN ARLEY

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1127073045	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

RODRIGUEZ ZAMBRANO MARIA NORELI

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1007728508	Maria Norelli Rodriguez Z.

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 2024 Mes MAY Día 07	LUIS HERNAN BOBADILLA CASTRO Nombre y firma

"SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO"

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 06/07/2025

Ficha: 860016881056200001028

A4

GRUPO SISBÉN IV

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: VALERIE SOFIA

Apellidos: GARCIA RODRIGUEZ

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1120072998

Municipio: Mocoa

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 29/11/2024

Última actualización ciudadano: 29/11/2024

Última actualización vía registros administrativos:

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

A1→A5 Pobreza extrema | B1→B7 Pobreza moderada | C1→C18 Vulnerabilidad | D1→D21 No pobre ni vulnerable

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: NIXON ESNEIDER LASSO

Dirección: Calle 7 No 6 - 42 Barrio Centro

Teléfono: 4204676 - 4295974 - 3102263549

Correo Electrónico: sisben@mocoa-putumayo.gov.co

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	1120072998
NOMBRES	VALERIE SOFIA
APELLIDOS	GARCIA RODRIGUEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	MOCOA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACION EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACION DE AFILIACION	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EMSSANAR S.A.S.	SUBSIDIADO	04/05/2024	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/16/2025 15:04:54	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

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

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

emssanar SAS

NIT. 901.021.565-8
Registro de Cámara de Comercio
N° 15733 Libro IX Octubre 24 de 2016

Cuidamos de ti en cada paso

PASTO AGOSTO 05, 2025

ID Portabilidad: 1146064

Señores

ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA - SAN MIGUEL (PUTUMAYO)

KR 7 # 1 - 36 - 3174276879

SAN MIGUEL - PUTUMAYO

Ref. Solicitud de prestación de servicios de salud

Cordial Saludo

En cumplimiento a las disposiciones normativas definidas en la resolución 1683 del 2013, por la cual se reglamenta el artículo 22 de la ley 1438 del 2011, sobre la portabilidad nacional en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, me permito solicitar muy comedidamente, en aras de garantizar la continuidad en la prestación de los servicios de salud, a que tiene derecho la población afiliada al régimen subsidiado, se garantice para el usuario afiliado a EMSSANAR EPS SAS a continuación relacionado, la atención médica y odontológica de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y de recuperación de la salud, habilitados por su IPS y definidos en la resolución 5521 del 27 de diciembre del 2013.

IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA NACIMIENTO	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CELULAR	EMAIL
RC 1120072998	VALERIE SOFIA GARCIA RODRIGUEZ	04/05/2024	CALLE 6TA		3157768481	hfldportabilidad@gmail.com

TEMPORALIDAD	FECHA INICIO	FECHA FINAL	ORIGEN	IPS ORIGEN	DESTINO	PORTABILIDAD
4 Meses y 2 días	05/08/2025	07/12/2025	MOCOA	ESE HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ - MOCOA (PUTUMAYO)	SAN MIGUEL	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA - SAN MIGUEL (PUTUMAYO)

Teniendo en cuenta lo anterior, la prestación de los servicios deberá ser facturado a EMSSANAR EPS SAS, según lo definido en la resolución 3047 de 2008, cualquier inquietud por favor comunicarse a nuestra nuestra línea nacional 01 8000 187050, donde nuestro personal le atenderá las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Muy cordialmente.

JEFE COMERCIAL

EMSSANAR EPS SAS

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...SANOS

MIS DATOS:

Nombres:
Valerie Sofia

Apellidos:
Garcia Rodriguez

Fecha de nacimiento:
04 05 2021

Historia Clínica:
1120072998

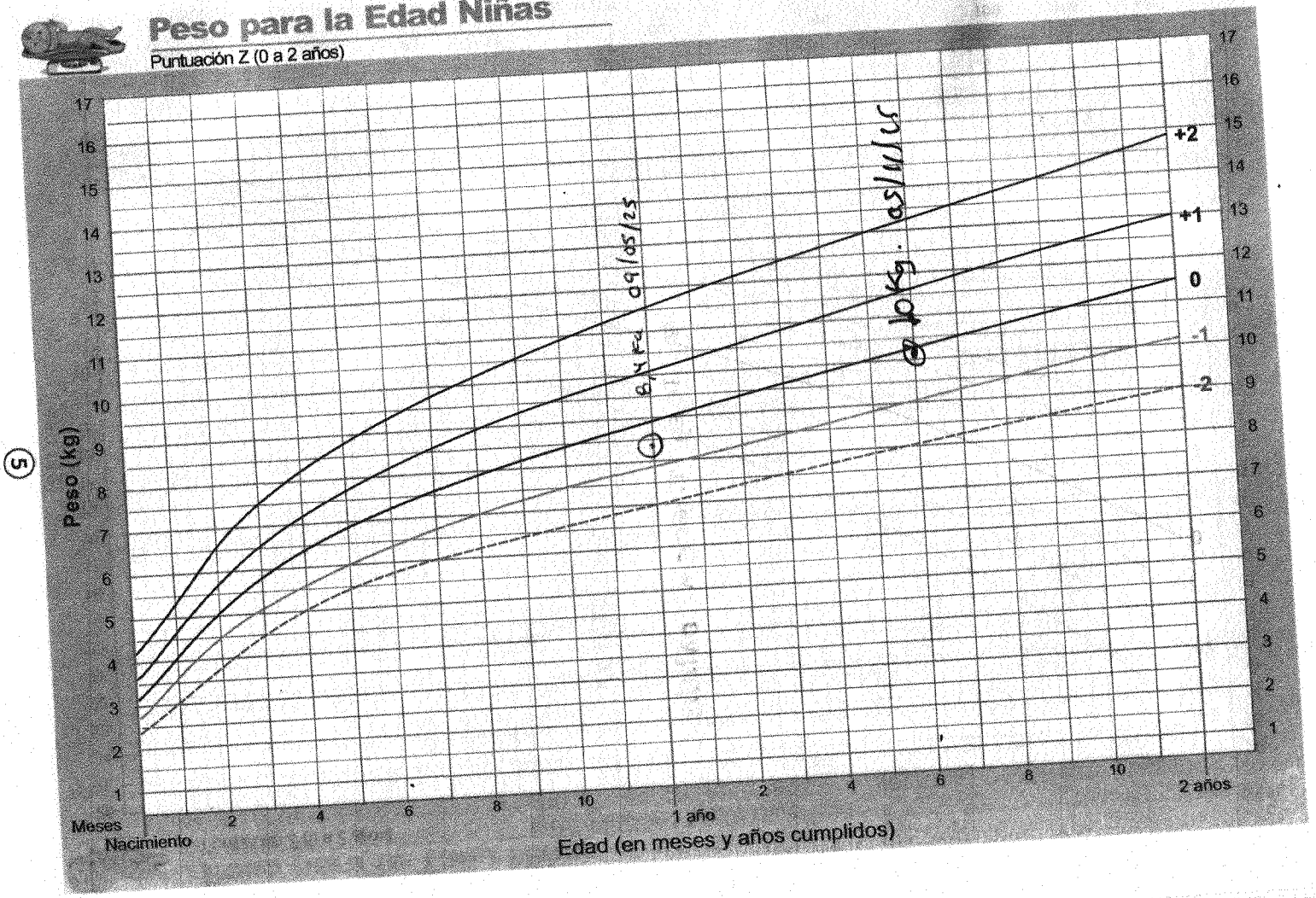
Barrio / Vereda:
El Sabalito

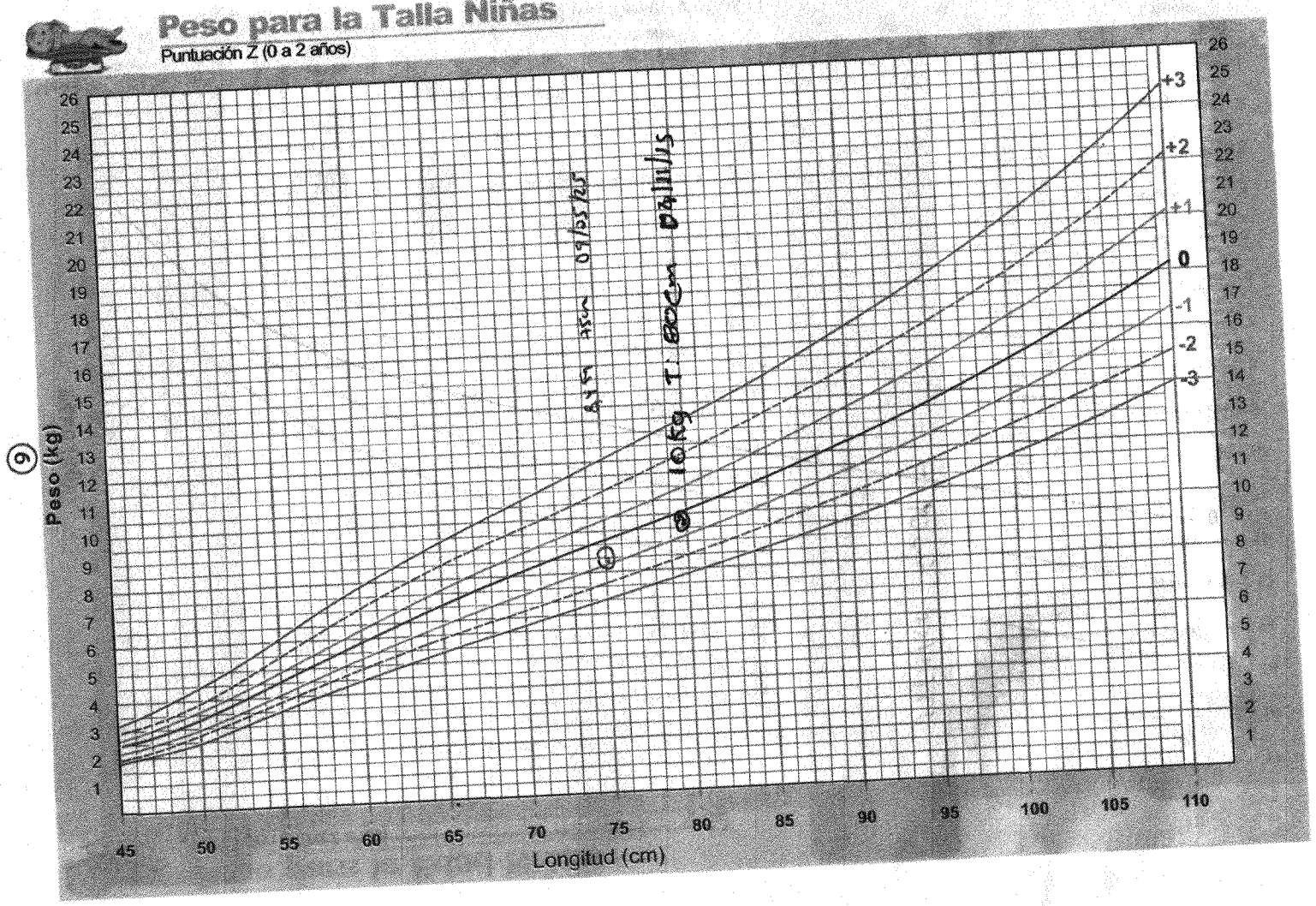
Responsable del niño (a):
Norely Rodriguez

Teléfono:
3157768981

EPS:
Emssanar

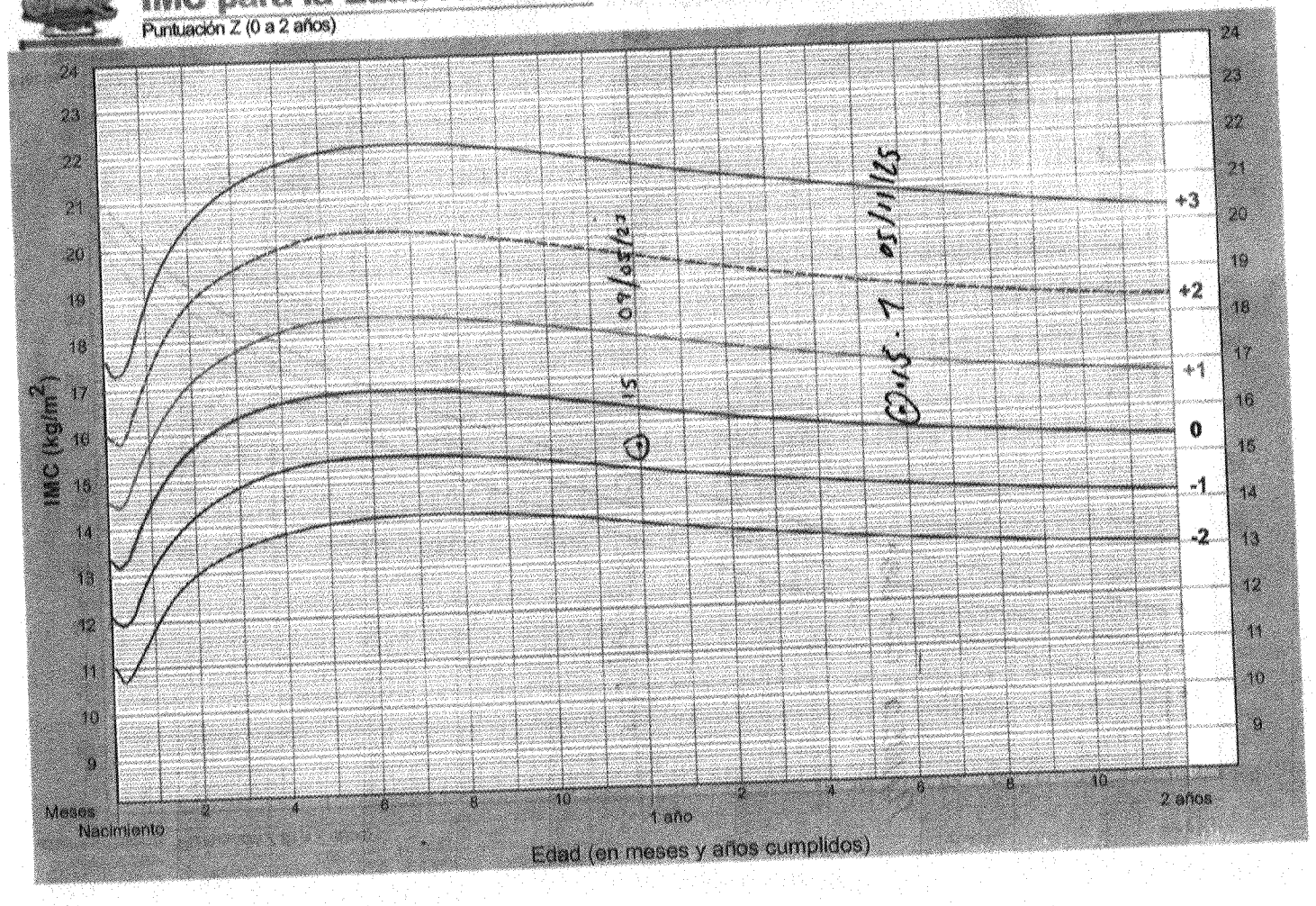


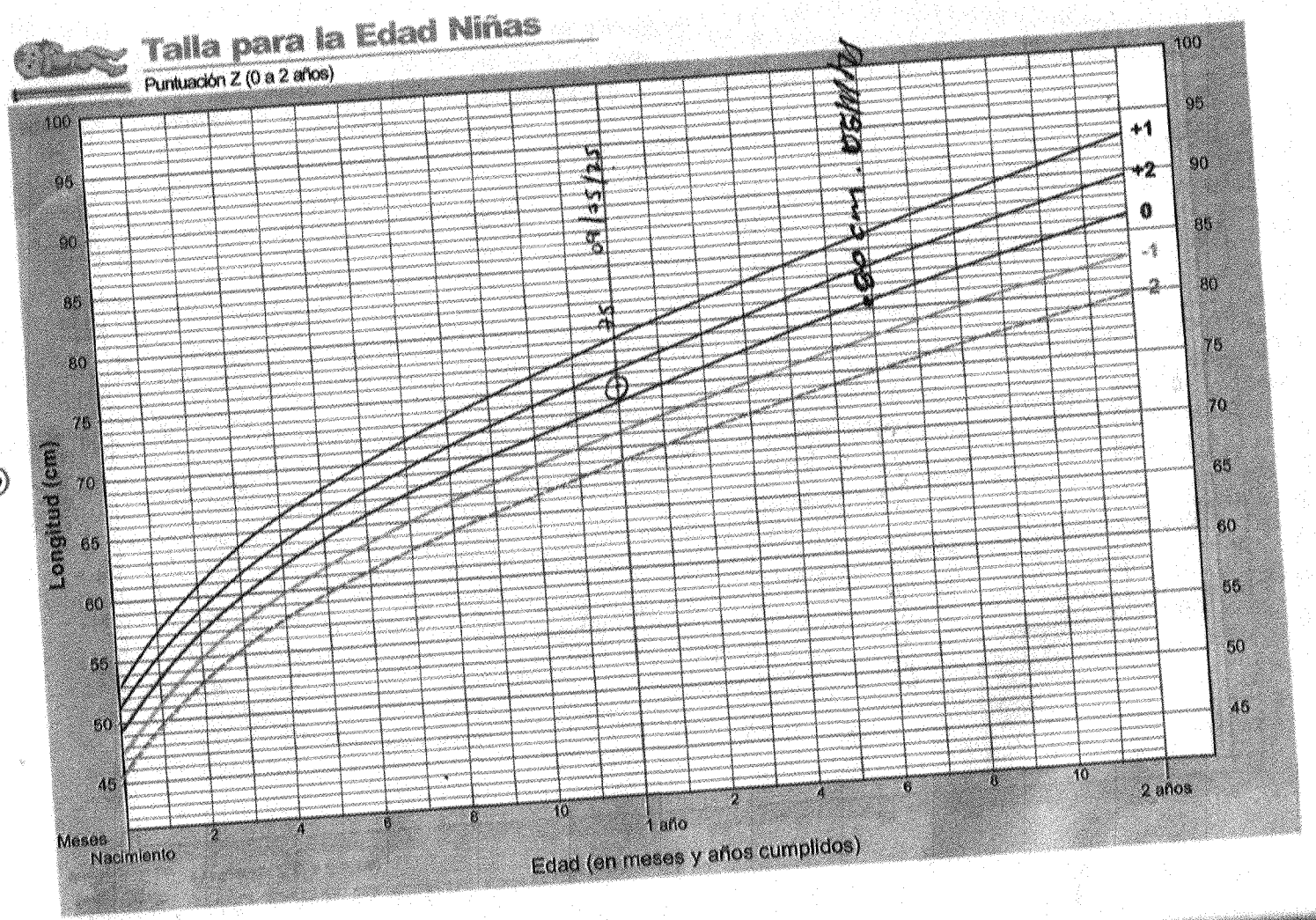

Peso para la Edad Niñas
Puntuación Z (0 a 2 años)
Peso (kg)
Meses
Nacimiento
1 año
2 años
Edad (en meses y años cumplidos)
+2
+1
0
-1
-2


Peso para la Talla Niñas
Puntuación Z (0 a 2 años)
Peso (kg)
Longitud (cm)
+3
+2
+1
0
-1
-2
-3
⑥
Ayer 25/03/25
@ 10kg 1:80cm Palillos

IMC para la Edad Niñas

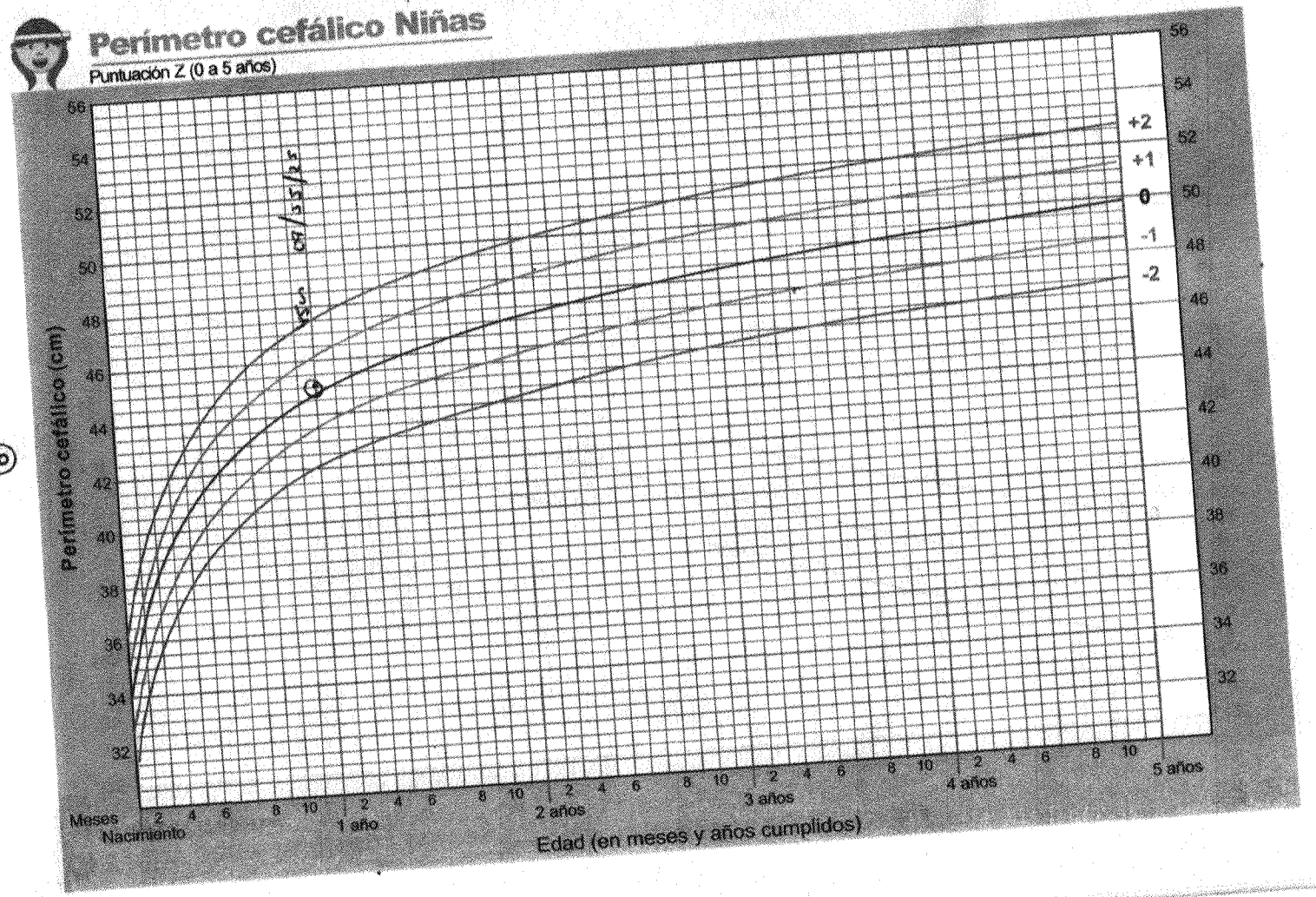
Puntuación Z (0 a 2 años)




Talla para la Edad Niñas
Puntuación Z (0 a 2 años)
Longitud (cm)
100
95
90
85
80
75
70
65
60
55
50
45
+1
+2
0
-1
-2
Meses
Nacimiento
2
4
6
8
10
1 año
2
4
6
8
10
2 años
Edad (en meses y años cumplidos)

Perímetro cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)



⑥

CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ	
				SI	NO
09	05	2025	4 Pm	✓	[illegible] Medico General 1006995742
05	11	2025		✓	Edward Delgado

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro Cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
09/05/25	8.46	75	45	14	15	09/11/2025	
05/11/25	10 kg	80cm	47	19	15.7	04/03/2025	Eduard Ochoa

Vacunar Oportunamente con todas las dosis a tus hijos, **Garantiza la Protección** frente a enfermedades como:

Tuberculosis meningea, 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 Neumococo, Enfermedad respiratoria causada por el virus de la Influenza, Sarampión, Rubéola, Parotiditis, Varicela, Hepatitis A, Fiebre Amarilla y Virus del Papiloma Humano.



Busca ya las vacunas

¡es gratis, hazlo de una!

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

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL - AGUDEZA VISUAL

3 años					
4 años					
5 años					

*Menor o igual a 20 normal

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

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO						
Resultado Tamizaje Neonatal						
TSH neonatal	Normal	Alterado				
Auditivo OEA/PEAA	Normal	Alterado				
Cardiopatía Congénita Compleja	Normal	Alterado				
Visual	Normal	Alterado				
ATENCIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA						

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1.ª entrega					
2.ª entrega					
3.ª entrega					

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

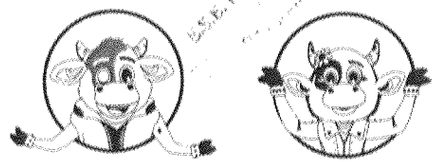
ATENCIÓN EN SALUD POR ENFERMERÍA (E), MEDICINA (M), PEDIATRÍA (P) O MEDICINA FAMILIAR (MF)

Edad	Fecha			Valoración Nutricional		Puntuación Z	Atención en salud por
	Día	Mes	Año	Peso	Talla		
Al mes							
2 a 3 meses							
4 a 5 meses							
6 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							

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

E.S.E. HOSPITAL LUIS H. GARZÓN

P



Carné de Vacunación



Nombres y Apellidos: Valerie Sofia

García Rodríguez

CC | TI | RC | Otro — 1120072998

Tipo de Documento — No. de Documento

Fecha de Nacimiento: 04 05 2024

Sexo: Femenino

Grupo sanguíneo: P

Peso al nacer: 3140 Talla: 50cm

Dirección: B1 Palermo

Teléfono 1: 3157768481

Teléfono 2:

Responsable: Maria Noreli Rodriguez

Municipio de residencia: Neiva

Departamento: Huila

Cita 04 NOV -

Nombres y Apellidos: VALERIE SOFIA GARCIA RODRIGUEZ **Tipo de Indentificación** RC **No. ID:** 1120072998

	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha proxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
Recién Nacido	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	04 MAY	2024		Serum	03 4HA052	HJMH	No cola			Janeth Gomez
	Hepatitis B	Recién nacido	04 MAY	2024		Serum	032300145A	HJMH				Janeth Gomez
						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1ª	04	JULIO	2024	Bilthoven	2233005	HJMH				MARLON FERNANDO
	Pentavalente Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	1ª	04	JULIO	2024	Serum	258520140B	HJMH				MARLON FERNANDO
	Pentavalente Hepatitis B	1ª	04	JULIO	2024	SERUM	258520140B	HJMH				MARLON FERNANDO
	Pentavalente Difteria, Tétanos, Tosferina	1ª	04	JULIO	2024	Serum	258520140B	HJMH				MARLON FERNANDO
	Diarrea por rotavirus	1ª	04	JULIO	2024	GSK	AK01D8376BA	HJMH				MARLON FERNANDO
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	1ª	04	JULIO	2024	PREVENAR	6X1912	HJMH				MARLON FERNANDO
						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2ª	04	SEPTIEMBRE	2024	Bilthoven	2233900 3	HJMH				
	Pentavalente Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2ª	04	SEPTIEMBRE	2024	Serum	258520140B	HJMH				Perf. Hernandez
	Pentavalente Hepatitis B	2ª	04	SEPTIEMBRE	2024							
	Pentavalente Difteria, Tétanos, Tosferina	2ª	04	SEPTIEMBRE	2024							
	Diarrea por rotavirus	2ª				GSK	A101D84 7AE	HJMH				
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	2ª	04	SEPTIEMBRE	2024	Prevenar	6X1912	HJMH				
						Lactancia materna exclusiva Si ☐ No ☐						
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3ª	05	11	2024	Bilthoven	2233900 3	HJMH				David O
	Pentavalente Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	3ª	05	11	2024	Serum	258532010	HJMH				David O
	Pentavalente Hepatitis B	3ª	05	11	2024	Serum	258532010	HJMH				David O
	Pentavalente Difteria, Tétanos, Tosferina	3ª	05	11	2024	Serum	258532010	HJMH				David O
	Influenza estacional	1ª	09	05	25	SANOFI	P1007927AA	HFLD				Isabel
7 meses	Influenza estacional	2ª	18	Junio	25	Seqirus	P1007927AA	HFLD				Kerly Jimenez
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1ª	09	05	25	Serum	01321NC74A					
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por Neumococo PCV 10 ☐ PCV 13 ☐	Refuerzo	09	05	25	Pfizer	FJ0827 71	G.S.E HFLD				Isabel Arias
	Varicela	1ª	09	05	25	Merck	40151					
	Hepatitis A	Única	09	05	25	MSD	201220704545					
	*Influenza estacional	Anual										
18 meses	Poliomielitis (VIP)	1er Refuerzo	05	Novi	25	Biologicals	2429006		cita:			Jeniffer
	Difteria, Tosferina y Tétano DPT ☐ Pentavalente ☐	1er Refuerzo	05	Novi	25	Serum	2834X013E	HFLD	03-Noviem			Caberes
	**Fiebre Amarilla	Única	09	05	25	Fiocruz	2460082	HFLD	2025.			Isabel.
5 años	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2ª	05	Novi	25	Serum.	0133N1 79B					Jeniffer Caberes
	Poliomielitis (VIP) ☐ (VOPb) ☐	2do Refuerzo							cita.			
	Difteria, Tétanos, Tosferina	2do Refuerzo							5 Años			
	Varicela	Refuerzo							Cumplidos			
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1ª										
		2ª										
		3ª										
Sin rango de edad	Covid-19	1ª										
		2ª										
		1er Refuerzo										
		2do Refuerzo										
Vacunas complementarias y otras dosis												

***De acuerdo al antecedente de primovacunación** ****A los 12 meses en municipios priorizados de acuerdo a la normatividad vigente**

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

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA
NIT. 846.002.309-9

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE LA VACUNA CONTRA EL SARS-COV-2 / COVID-19

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE SAN MIGUEL

La salud es de todos — Minsalud

CIUDAD San Miguel FECHA: DÍA 18 MES 06 AÑO 25 HORA: 4:00 PM

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Valerie Sofia APELLIDOS Garcia Rodriguez

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [x] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1120072998

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 04 MES: 05 AÑO: 2024 / EDAD: 1 años Tel: 3157763481

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Emssanar

INFORMACIÓN PREVIA. La vacunación es una forma segura y eficaz de prevenir enfermedades y salvar muchas vidas. En la actualidad el país dispone de vacunas para proteger contra al menos 26 enfermedades, entre ellas, la difteria, el tétanos, la tosferina, la poliomielitis, la hepatitis, el cáncer de útero y el sarampión. Con la aplicación de las vacunas las personas se protegen a sí mismas y a quienes las rodean.

La vacunación contra el SARS- CoV-2/COVID-19 reducirá la posibilidad de presentar la enfermedad. En esta etapa de la emergencia, en la cual se 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)

Madre refiere que las reacciones de las Vacunas son fuertes

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

INFORMACIÓN ESPECIFICA PARA GESTANTES

La vacuna tiene aprobado el uso en mujeres gestantes desde la semana doce (12) y durante los 40 días postparto, siempre que los posibles beneficios superen los posibles riesgos con base en la evaluación clínica realizada en conjunto por el médico tratante y la gestante, lo cual deberá presentar al momento de la vacunación certificación que acredite tal evaluación.

La vacuna que se le está administrando es eficaz para evitar complicaciones severas y muerte en la gestante y el feto por SARS CoV-2 COVID-19

A la fecha no hay pruebas que la vacuna cause efectos adversos importantes para la mujer embarazada, el feto o la placenta, además de los ya observados para la población general

A nivel poblacional son muchos mayores los beneficios de administrar el biológico, sobre los riesgos de llegar a padecer COVID-19 durante la gestación, por el impacto que sobre la salud materna y perinatal produce la infección por SARS-Co-2 y ante el alto riesgo de complicaciones severas, ingreso a UCI, y morbilidad y mortabilidad materna y fetal asociada a esta enfermedad.

EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD

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

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

Soy mujer con más de 12 semanas de gestación o durante los 40 días postparto: SI ☐ NO ☐ y en caso afirmativo aporto certificación del médico tratante que acredita evaluación clínica para que obre adjunto a este consentimiento, requisito indispensable para recibir la vacuna.

En consecuencia, decido **ACEPTAR:** ☐ que se me aplique la vacuna. **NO ACEPTAR:** ☒ que se me aplique la vacuna

Firma de la persona: x Maria Nordi Rodriguez

En caso de requerirse, identificación y firma del representante legal:

Nombres Mariam Norely Apellidos Rodriguez zambrano

Tipo de Identificación: CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1007728508

Firma: - Maria Norel Rodriguez

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

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

de _____

Huella dactilar o plantar del Rogante

_____

Firma del Rogado
C.C. N°

Nombres y apellidos del vacunador: Kerly Jimenez zárate

Firma Kerly J. Z. Tipo de Identificación: CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número 1075692134

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFLD

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Putumayo MUNICIPIO: San Miguel.

Nota 1: Los menores de edad a partir de 12 años deben firmar junto con uno de sus padres o su representante legal
Nota 2: Para los menores de 12 años deben firmar sus padres o su representante legal

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.007.728.508**
RODRIGUEZ ZAMBRANO

APELLIDOS
MARIA NORELI

NOMBRES

María Norely Rodríguez

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-NOV-1999**
SAN MIGUEL(LA DORADA)
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

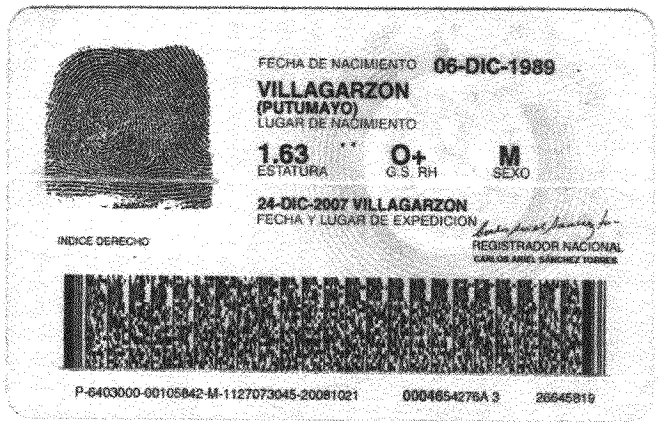
1.61 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

14-DIC-2017 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-6401800-01261954-F-1007728508-20211027 **00759**11518A 1 9916088286


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.127.073.045
GARCIA
APELLIDOS
WILLIAN ARLEY
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 06-DIC-1989
VILLAGARZON
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.63 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
24-DIC-2007 VILLAGARZON
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
P-6403000-00105842-M-1127073045-20081021 0004654276A 3 26645819

E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA
NIT. 846.002.309-9

Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

Dirección: B/ el Paraiso Cra 7 # 1-36 Teléfono Conmutador: 4210533 - móvil: 3134821413

CARNET RIAS

PRIMERA INFANCIA

E.S.E. Hospital Fronterizo
LA DORADA

Mi prioridad es tu salud



Nombres y Apellidos: Valerie Sofia Garcia Rodriguez

Doc. de Identidad: 1120072998

EPS: Emssanar

Teléfono: 3157768481

Domicilio: V/ Sabaleta

		PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) ó AÑOS (A)												
			5 DÍAS	1 M	2-3 M	4-5 M	6-8 M	9-11M	12-17M	18-23M	24-29M	30-35M	3 A	4 A	5A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico													
		Atención en salud por medicina general							18-06-25						
		Atención en salud por enfermería							18-06-25						
		Atención en salud por Odontología							18-06-25						
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor								15-12-2026					
		Profilaxis y remoción de placa													
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	V	Vacunación													

Johana Daniela Tafur
ODONTÓLOGA
TP 032736

LILIANA MARIBEL CORDOBA
AUX. EN SALUD ORAL
RES. 8600493-2011

Alma de Vida

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Maria Noreli Rodriguez Identificado con C.C N° 1007728508 en calidad de: padre o madre (x), del niño o niña: Valerie Sofia Garcia o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Amor y Ternura, 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 09 Dias del mes de Julio del Año 2025.

Maria Noreli R

Madre o Acudiente
C.C 1007728508

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad San Miguel

Nombre completo de la niña o niño Valerie Sofia Garcia Rodriguez

Fecha de nacimiento 04 05 2024 **N° Documento de Identidad** 1120072998

Sexo Masculino ○ Femenino ☒ **Fecha de 1er día de atención en el año** 09 07 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Omaira Andrea Meneses

Fecha de registro cualitativo 10 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

Se observa que la niña muestra curiosidad y deseo de explorar el entorno, ella reconoce personas y objetos familiares, y comienza a establecer relaciones de causa y efecto, atiende a estimulos visuales y auditivos. su desarrollo ej acorde a su edad.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador

Fecha de registro cualitativo Día Mes Año

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

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

Observaciones generales

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

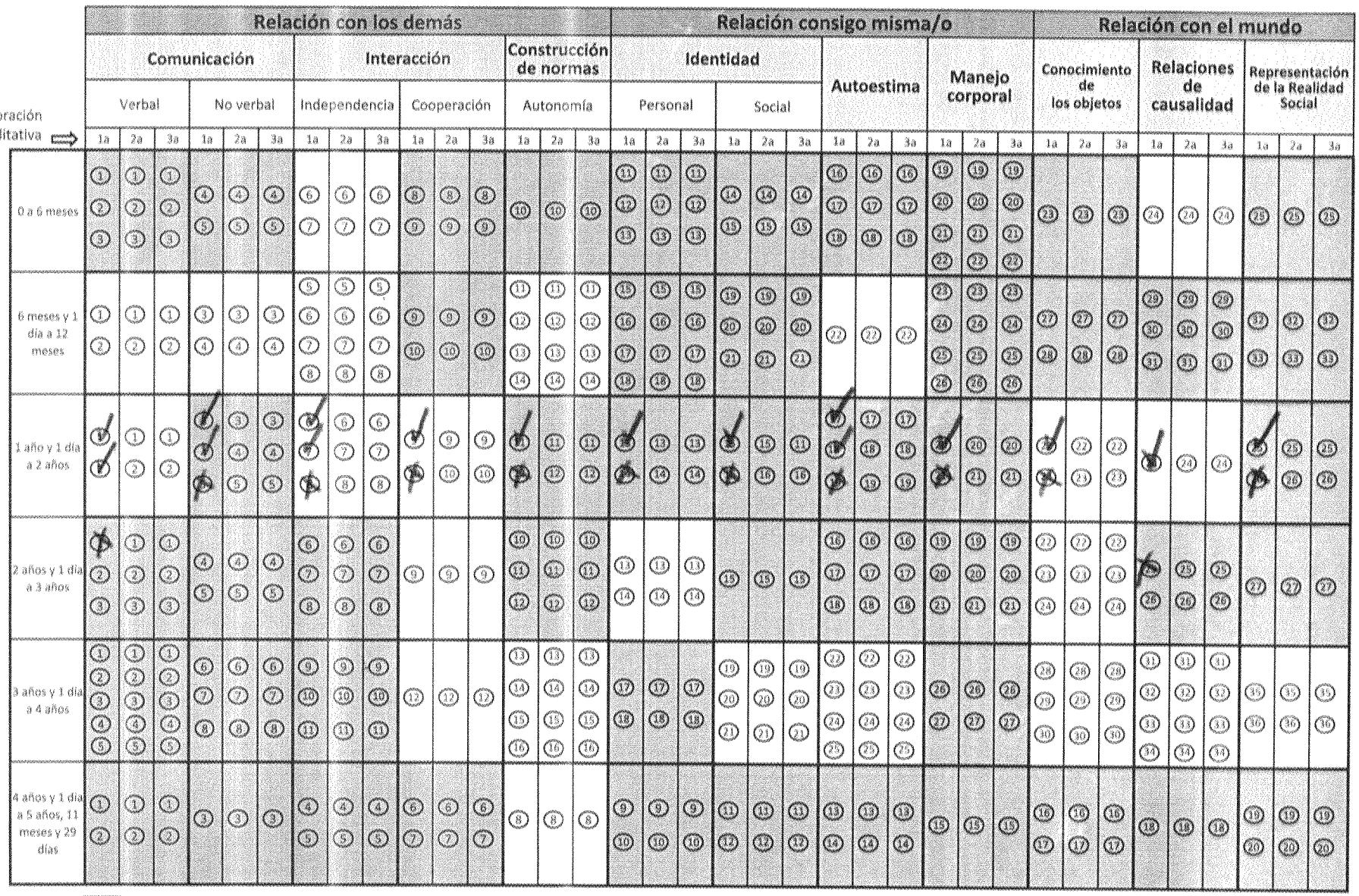
Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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

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

Observaciones generales

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



PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL

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 Valerie Sofia Garcia Rodriguez, identificado (a) con documento de identidad número 1120072998, 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, Noreli Rodriguez, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1007728508, 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 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 E.I.C

Suscriben:

Firma: Maria Novel. R.
Nombre: Maria Novel. Rodriguez Zambrano
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3157768481
Fecha: 09-07-2025
Municipio: San Miguel

BIENESTAR FAMILIAR

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL _ SERVICIO EIC

NOMBRE DE LA MAESTRO (A): Omeira Meneses UBICACIÓN SALÓN: Escuela

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Valerie Sofia Garcia IDENTIFICACIÓN: 1120072998 FECHA DE NACIMIENTO: 04/05/2024

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	COMPROMISO
	SI	NO	AM	PM	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN					
30-07-2025	X		09:00		La niña se le vencio la portabilidad hoy 30 de julio ya que su carnet es de Mocoa, la madre refiere que no hara translado de EPS por motivo de que aun no saben si para el proximo año continuarán acá en el Municipio, por lo tanto prefiere hacer nuevamente portabilidad.	Maria Noreli R	Omeira M.	El dia 01-08-2025 por parte de la agente educativa se acerca al hospital y hace articulación con la trabajadora social para tramitar la portabilidad. El dia 05-08-2025 Se hace cierre de la novedad la niña ya cuenta con portabilidad.	20-08-2025 Se hace cierre de la novedad la niña asiste al encuentro, con poca gripe.	-Garantizar a la niña las atenciones de salud cada que lo requiera.
13-08-2025	X			02:00	La niña no asiste al encuentro la madre envia un mensaje por whatsapp donde refiere que la niña presenta fiebre que le inicio en la noche que le esta dando acetaminofen, por eso no asistira para no asolarla y deprontо que se empeore. mais	Maria Noreli R	Omeira M.	Se le recomendo a la madre evitar automedicarla y en caso de que la fiebre perdure traerla al hospital por urgencias. El dia 14-08-2025 se le escribe a la madre para saber como sigue la niña ella refiere que gripa tiene leve, Fiebre ya no presenta. El dia 17-08-2025 nuevamente Se contacta a la madre la agente educativa donde la madre refiere que aun presenta gripa que le esta dando naranja con miel.		-la madre se compromete a no automedicarla y en caso de requerirlo, llevarla al hospital por urgencias, mantener en contacto con la agente educativa.

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL _ SERVICIO EIC

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRO (A): Omaira Meneses UBICACIÓN SALÓN: Escuela Sabalito

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Valerie Sofia Garcia IDENTIFICACIÓN: 1120072998 FECHA DE NACIMIENTO: 04/05/2024

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	COMPROMISO
	SI	NO	AM	PM	DESCRIPCIÓN DEL EVENTO O SITUACIÓN					
10/09/2025	X			02:02	La niña no asiste al encuentro la madre envia mensaje de whatsApp que por motivo de la lluvia no podra llegar al encuentro porque no tiene sombrilla y no hay quien la vaya a dejar.	Maira Noreli R.	Omaira M.	En horas de la noche siendo las 6:30 pm se contacta con la madre la agente educativa para saber como se encuentran de salud y sensibilizar a la madre de la importancia de asistir a los encuentros ella refiere que la niña y ella estan bien.	El dia 22-10-2025 se hace cierre de la novedad la niña asiste con su madre al encuentro.	-La madre se compromete a asistir al proximo encuentro el dia 17-09-2025 de manera puntual. Se hace cierre de la novedad la niña asiste al encuentro el dia 17-09-2025.
05-11-2025	X			02:00	La niña no asiste al encuentro por motivos de que tiene cita de CyD y de higiene Oral, tambien las vacunas de los 18 m.	Maria Noreli R.	Omaira M.	Se le recomienda a la madre hacer entrega de las fotocopias una vez salga del hospital dejarlas en la papeleria publicomunicaciones — o — el dia 19-2025 se hace cierre de la novedad la niña asiste al encuentro con su madre.		-La madre se compromete a dejar las fotocopias en la papeleria publicomunicaciones el dia 05-11-2025.