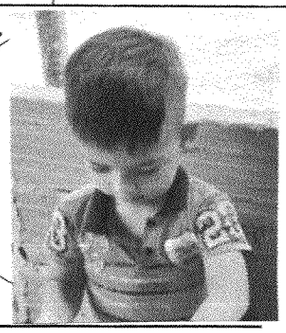
Fundación
Alma de Vida
Transformando sonrisas de esperanza

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.
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,

PUBLICA

	FUNDACION ALMA DE VIDA	Código: FO-GG-012
Fundación Alma de Vida — Fomentando caminos de esperanza — Salud mental, pedagogía y desarrollo social	GESTION DOCUMENTAL	Versión: 001
	INSCRIPCION Y MATRICULA	Fecha: 25/03 /2025



FECHA SOLICITUD CUPO: 24/03/2025 **FECHA INGRESO:** 01-Abril 2025

UDS: Mi nuevo Mundo **MUNICIPIO:** San Miguel

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Juan Pablo Muñoz Diaz.

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ **NUIP No.** 1118475636

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? _____

FECHA NACIMIENTO: 02/09/2020 **EDAD:** 4 A. 7M. **MUNICIPIO:** Florencia

DEPARTAMENTO: Caqueta **PAIS:** Colombia **DIRECCION**

DE RESIDENCIA: Vereda El Sábalo **ESTRATO:** 1 **¿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: Asmet Salud. **SUBSIDIADO:** SI **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: X NO: __ PUNTAJE: A2. **DESPLAZADO:** SI: _ NO: X **VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO:** SI: _ NO: X **RED UNIDOS:** SI: ____ NO: X

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

DATOS DEL PADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: N/A **No.**

IDENTIFICACION: N/A **DIRECCION RESIDENCIA:** N/A

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

OCUPACION U OFICIO: N/A

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

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

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Deyi Rocio Muñoz Diaz **No.**

IDENTIFICACION: 1007720152 **DIRECCION RESIDENCIA:** el sábalo

CELULAR: 3232340686 **E.P.S:** Asmet Salud.

OCUPACION U OFICIO: Ama de casa

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

NIVEL DE ESCOLARIDAD: Bachiller **PROFESIÓN:** N/A.

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Deyi Rocio Muñoz Diaz

NUMERO IDENTIFICACION: 1007720152 **CELULAR:** 3232340686

DIRECCION: el Sábalo **PARENTESCO:** Madre.

Deyi Rocio Muñoz Diaz
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE
1007720152.

Gerson Canas O.
FIRMA AGENTE EDUCATIVA

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.118.475.636

Indicativo Serial 60232139

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Numero [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** W X Q

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
REGISTRADURIA DE SAN JOSE DEL FRAGUA COLOMBIA - CAQUETA - SAN JOSE

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MUNOZ	DIAZ

Nombre(s)
JUAN PABLO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2020 Mes SEP Día 02	MASCULINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA CAQUETA FLORENCIA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	160201731

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
MUNOZ DIAZ DEYI ROCIO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.007.720.152	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

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
MUNOZ DIAZ DEYI ROCIO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.007.720.152	x Rocio Muñoz

Datos 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 2020 Mes SEP Día 07	YAQUELINE ROJAS CUELLAR / REGISTR Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

ESTA REPRODUCCIÓN FOTOMECÁNICA ES FIEL COPIA DE LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURÍA

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil
27064201-5

Fecha 07-09-2020

Yaqueline Rojas Cuellar
Registradora Municipal del Estado Civil

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Sisbén
Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 21/04/2025

Ficha: 18610025460300000023

A2

GRUPO SISBÉN IV
Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: JUAN PABLO

Apellidos: MUÑOZ DIAZ

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1118475636

Municipio: San José de la Fragua

Departamento: Caquetá

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 22/02/2021

Última actualización ciudadano: 22/02/2021

Última actualización via 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	B1→B7	C1→C18	D1→D21
Pobreza extrema	Pobreza moderada	Vulnerabilidad	Ni pobre ni vulnerable

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: NANCY MACIAS FIER

Dirección: Carrera 4 No 3 - 25 Barrio el Cen

Teléfono: 3104887

Correo Electrónico: sisben@sanjosedelfragua-caqueta.gov

5

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	1118475636
NOMBRES	JUAN PABLO
APELLIDOS	MUÑOZ DIAZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CAQUETA
MUNICIPIO	SAN JOSE DE FRAGUA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ASMET SALUD EPS S.A.S.	SUBSIDIADO	02/09/2020	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/02/2025 07:46:11	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**,

Redactar

Recibidos 1319
Destacados
Pospuestos
Enviados
Borradores 80
Más

Importante

Liliana Marcela Soria Diaz
para mí

jue, 12 jun, 4:41 p.m. (hace 6 días)

Traducir al español ×

olicitud de portabilidad

Usuario: **DEYI ROCIO MUÑOZ DIAZ**

Resumen de la solicitud

Número Solicitud: 200940663

Estado de Portabilidad	SOLICITADA
Municipio de Portabilidad	SAN MIGUEL, PUTUMAYO
IPS de Portabilidad	ESE HOSPITAL FRONTERIZO LA DORADA
Dirección de IPS	CRA 7 N° 1 - 36
Teléfono de IPS	4210138
Fecha de Solicitud de Portabilidad	12 de junio de 2025
Fecha de Inicio de Portabilidad	1 de julio de 2025
Fecha de Finalización de Portabilidad	30 de junio de 2026
Tipo de portabilidad	DISPERSION FAMILIAR - Portabilidad por traslado

Su solicitud de portabilidad fue aceptada, sin embargo es importante considerar realizar la encuesta de SISBEN en su nuevo domicilio, o el traslado de EPS si su situación se vuelve permanente.

Solicitud de portabilidad

Usuario: **JUAN PABLO MUÑOZ DIAZ**

Resumen de la solicitud

Número Solicitud: 200940664

Estado de Portabilidad	SOLICITADA
Municipio de Portabilidad	SAN MIGUEL, PUTUMAYO

:.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
_A DORADA

Mi prioridad es tu salud...

:o Cra 7 # 1-36
: 4210533 - móvil: 3134821413
erencia@esehospitalfronterizoladorada.com.co

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA

...SANOS

MIS DATOS:

Nombres:
Juan Pablo

Apellidos:
Muñoz Diaz.

Fecha de nacimiento:
02 09 2020

Historia Clínica:
1118475636

Barrio / Vereda:
El Sabalo

Responsable del niño (a):
Rocio Muñoz

Teléfono:
3232340686

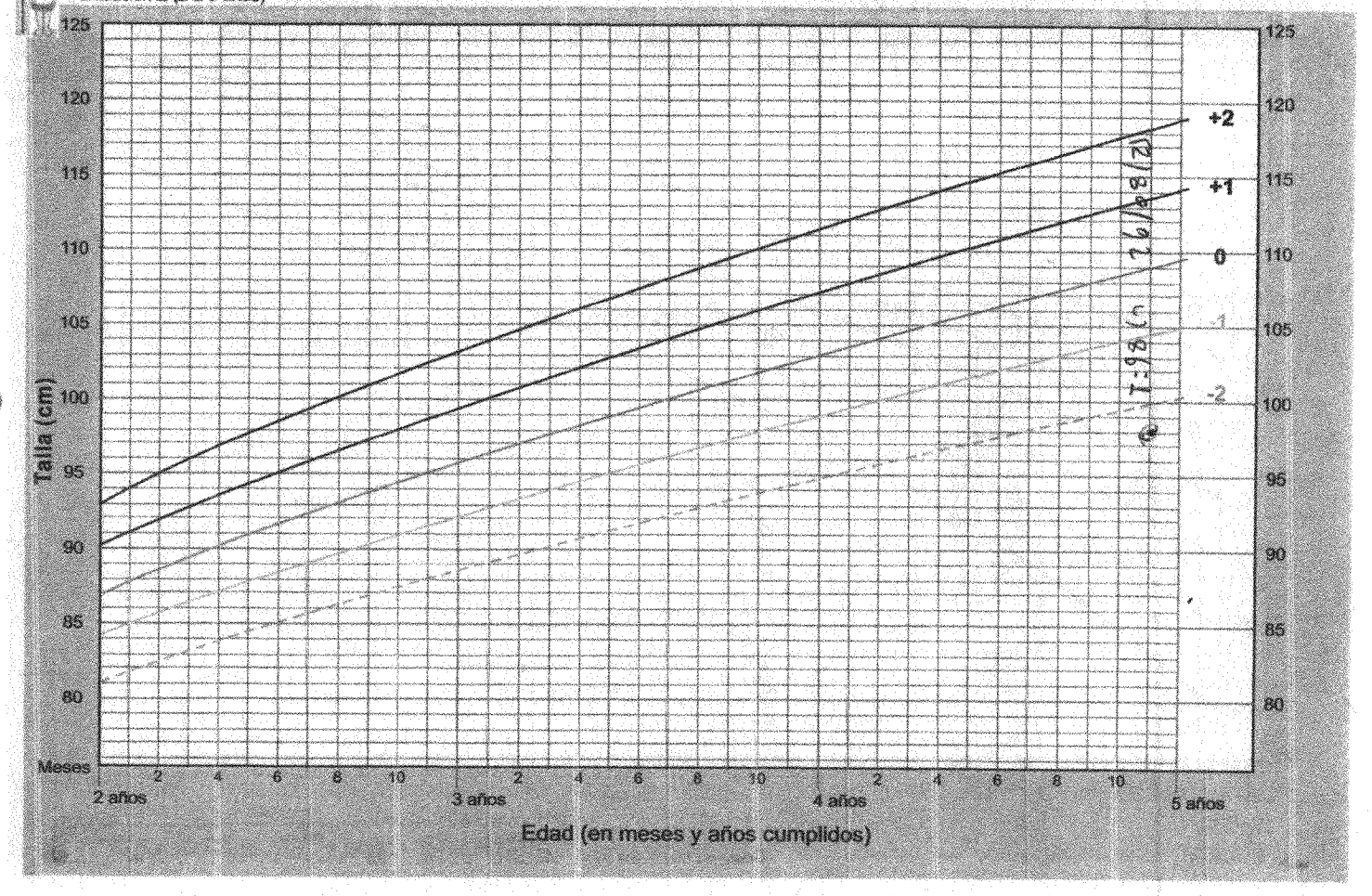
EPS:



8
R1V

Talla para la Edad Niños

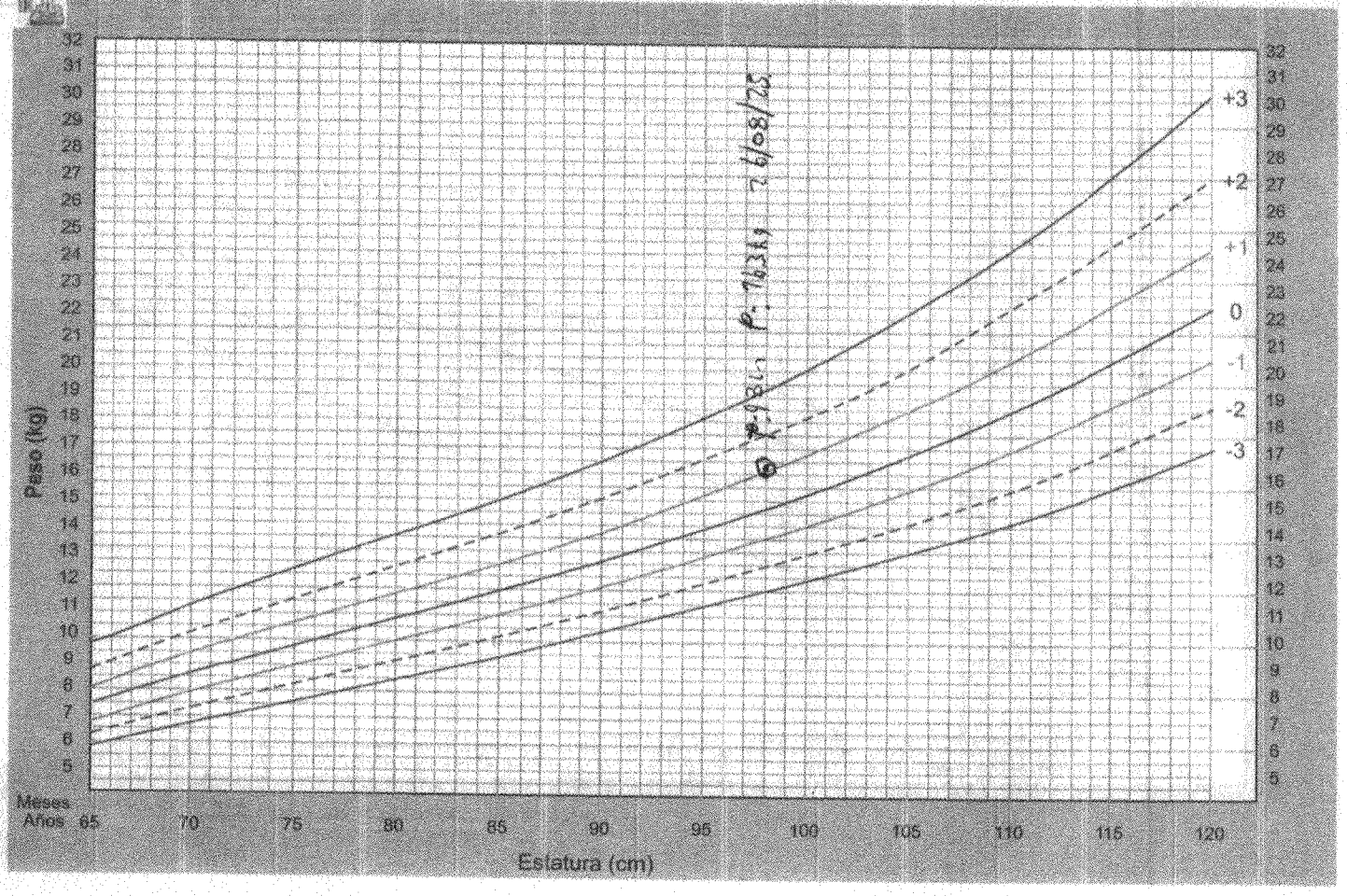
Puntuación Z (2 a 5 años)



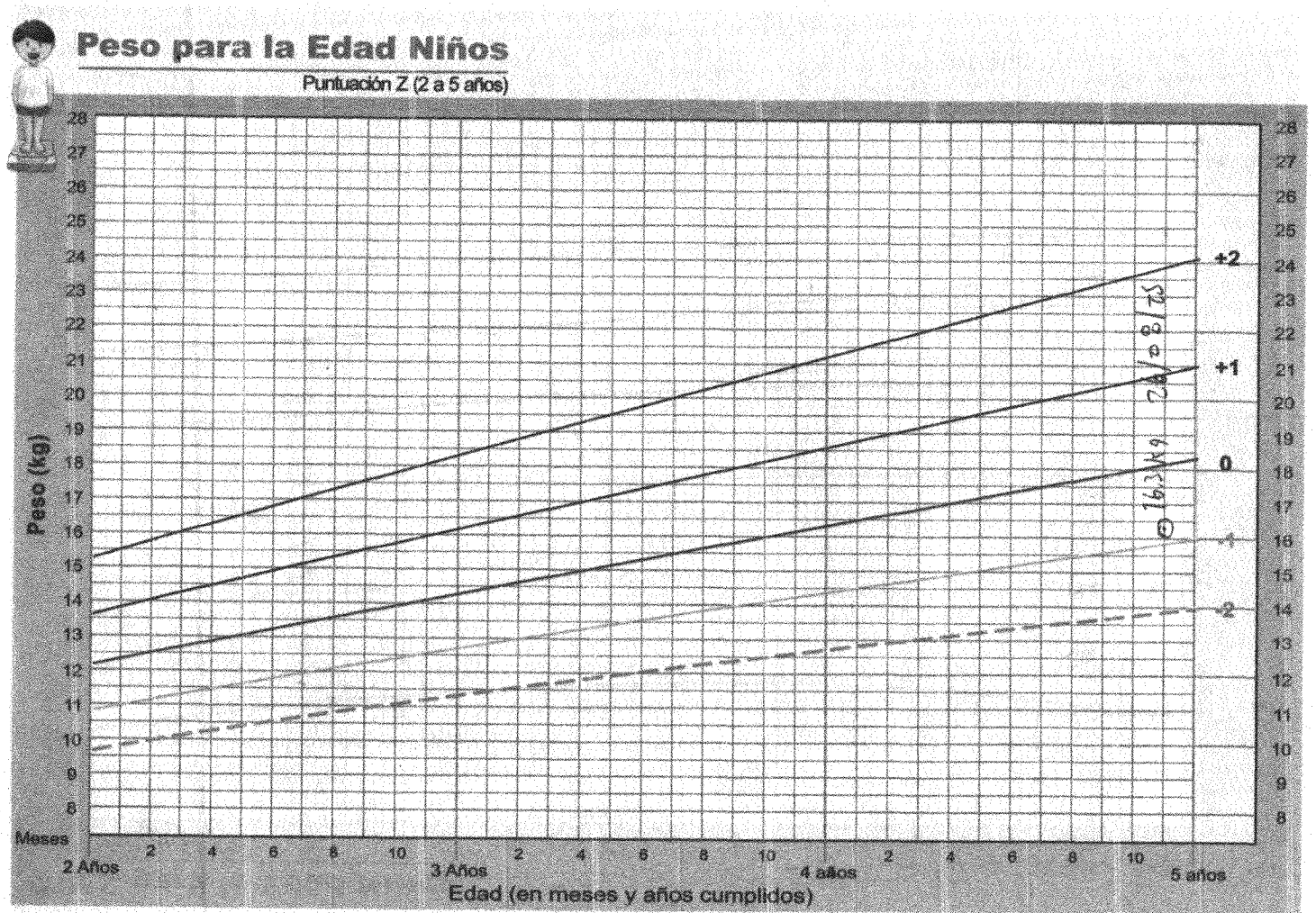
25

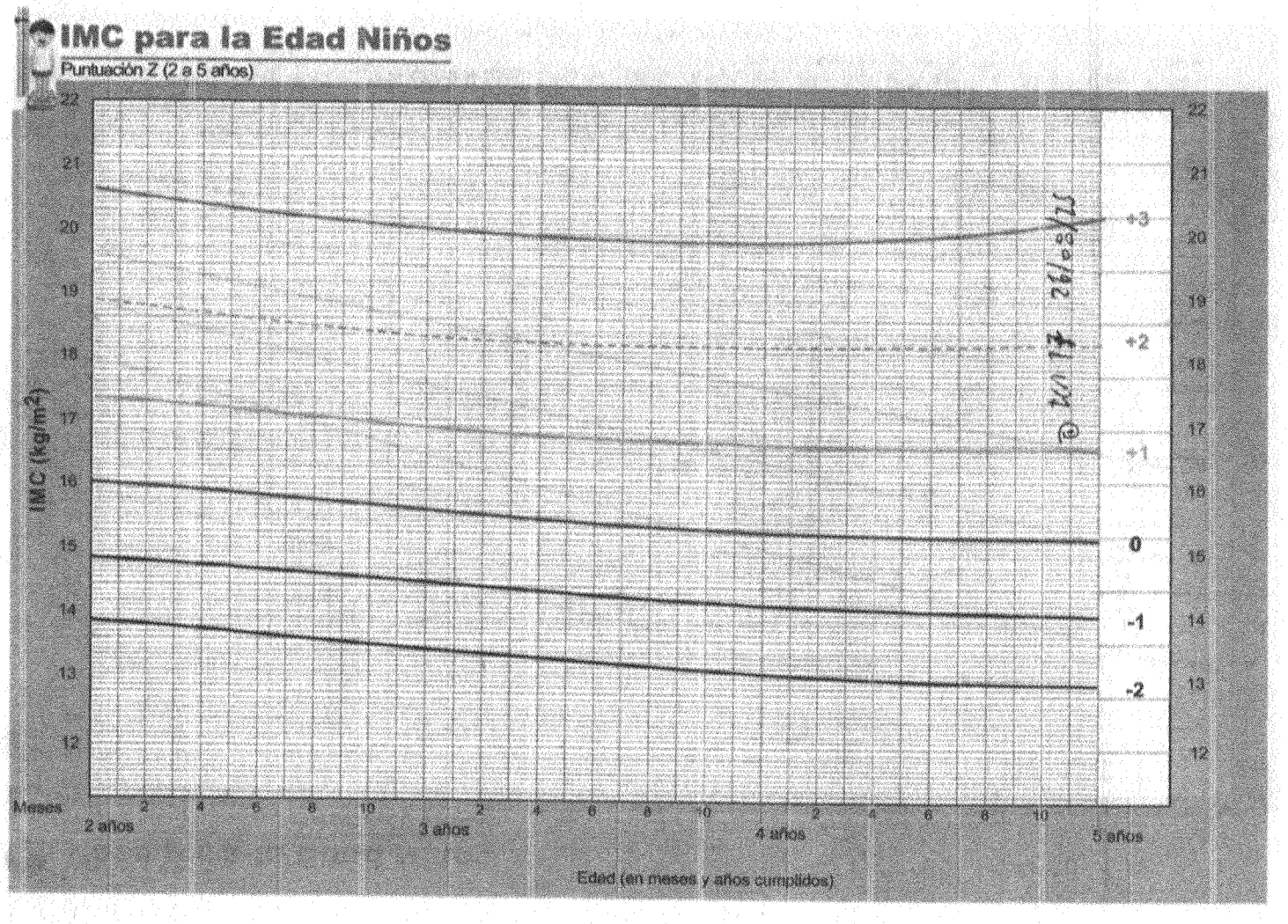
Peso para la Talla Niños

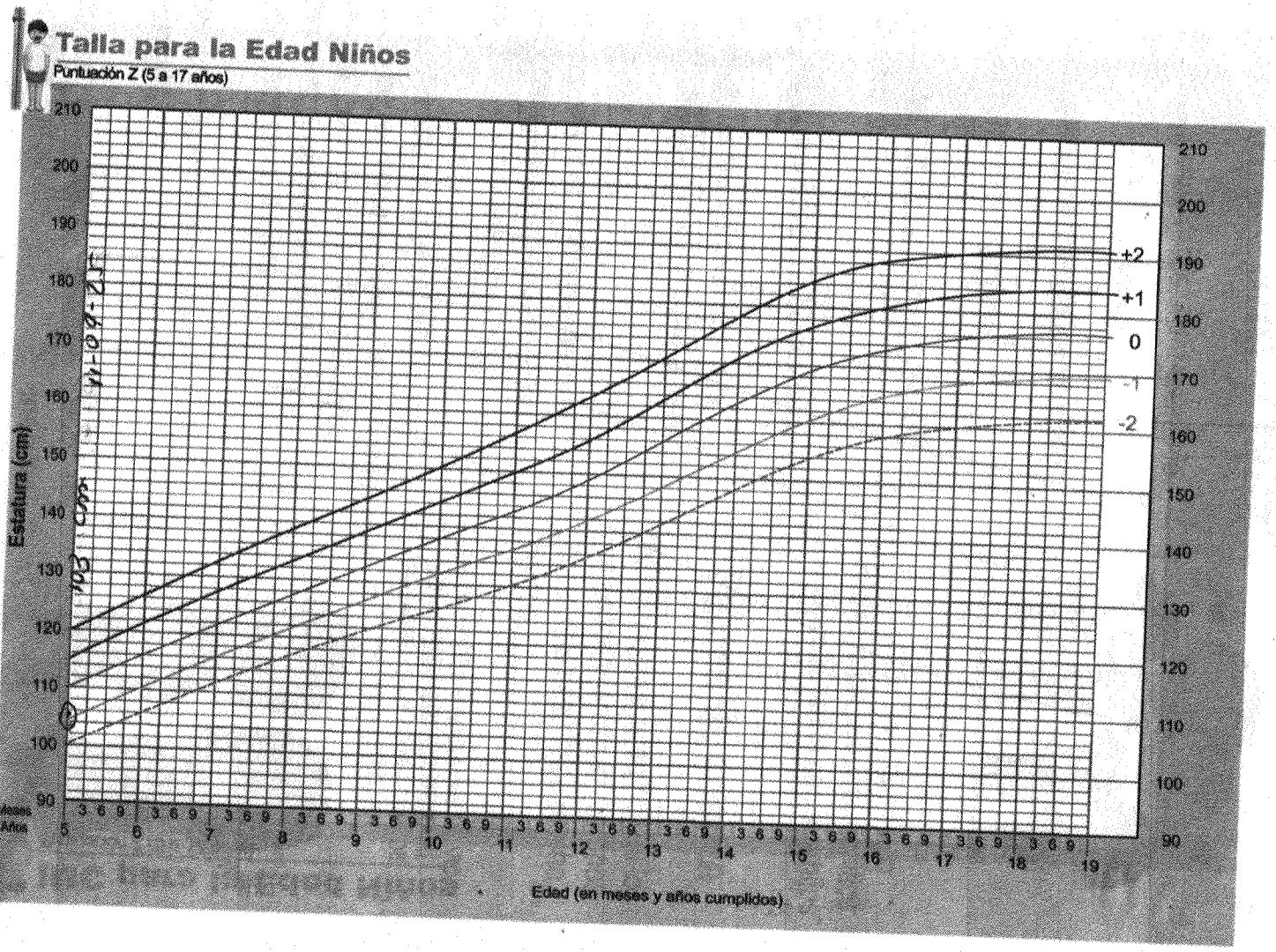
Puntuación Z (2 a 5 años)

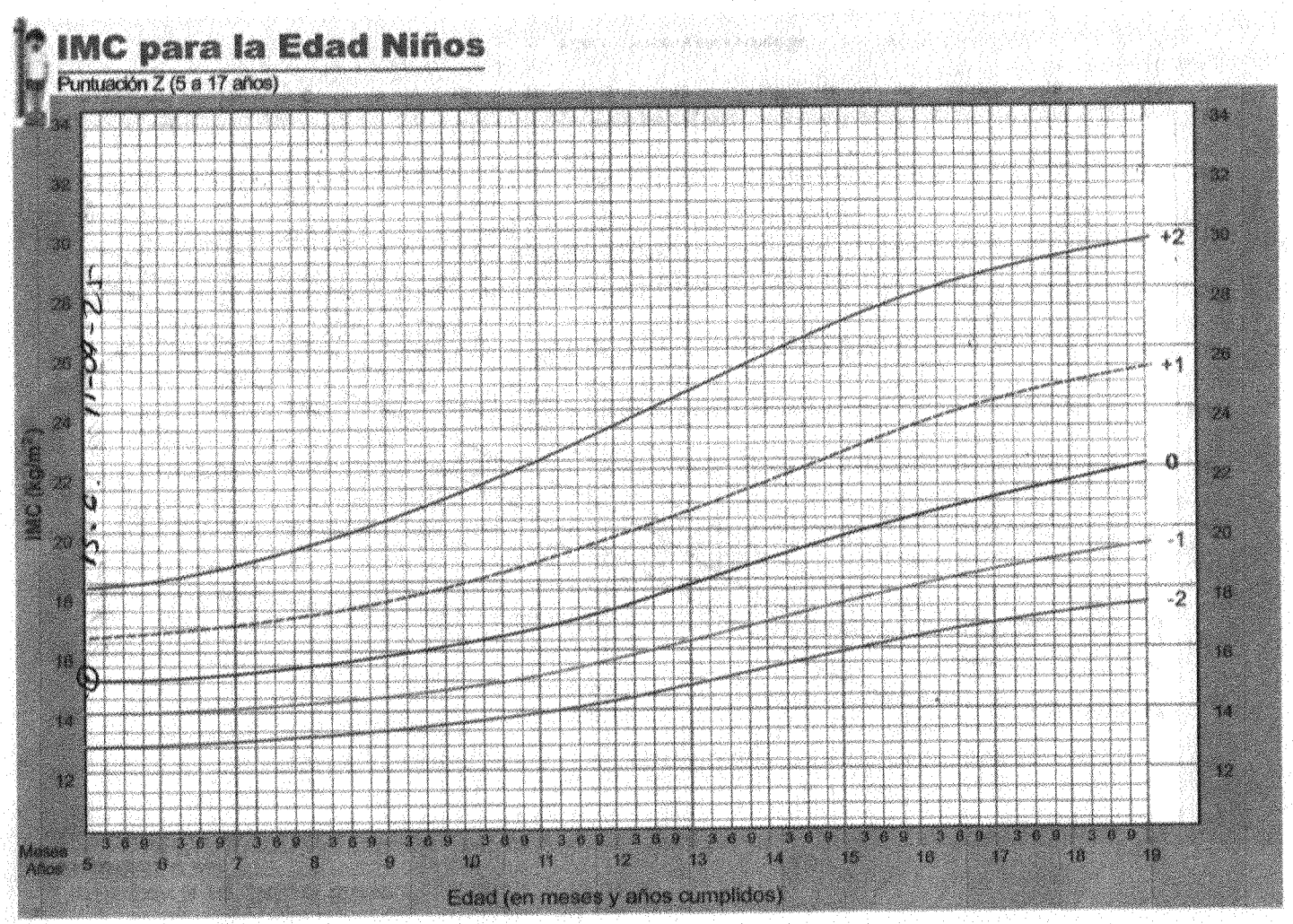


(29)


Peso para la Edad Niños
Puntuación Z (2 a 5 años)
Peso (kg)
Meses
2 Años
3 Años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)
+2
+1
0
-1
-2


IMC para la Edad Niños
Puntuación Z (2 a 5 años)
IMC (kg/m²)
Meses
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)
+3
+2
+1
0
-1
-2


Talla para la Edad Niños
Puntuación Z (5 a 17 años)
Estatura (cm)
Meses
Años
Edad (en meses y años cumplidos)
+2
+1
0
-1
-2


IMC para la Edad Niños
Puntuación Z (5 a 17 años)
IMC (kg/m²)
+2
+1
0
-1
-2
Meses
Años
Edad (en meses y años cumplidos)

CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ SI	ASISTIÓ NO
26	08	25		✓	
11	09	25		✓	
02	09	2026.	Medico	Ingresado a la infancia	

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro Cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
26/08/25	16.3	98	50	16	17	02/09/26	David Nalero
11/09/25	16.5	103	55.	16	15.6	02/09/26	

PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO

IDENTIFICACION E INSCRIPCION TEMPRANA

Al momento de nacer — Fecha:

PRIMER CONTROL MEDICO

Durante el primer mes de vida — Fecha:

SEGUIMIENTO POR ENFERMERIA

Edad	Fecha de cita programada	Fecha en que asistio	Profesional que atendio
1 a 3 meses			
4 a 6 meses	03-01-2020	7 enero	
7 a 9 meses	5-Marzo 2021	3 mayo	
10 a 12 meses	26 julio 2021	7 agosto	
13 a 16 meses	Influenza		
17 a 20 meses	2-septiembre 2021	Jonm.	
21 a 24 meses			
25 a 30 meses	04-Marzo 2022	IP-	
31 a 36 meses			
37 a 48 meses	2-09-2023	=	
49 a 60 meses	2-9-2025	Bovi. 39ñ!	
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:

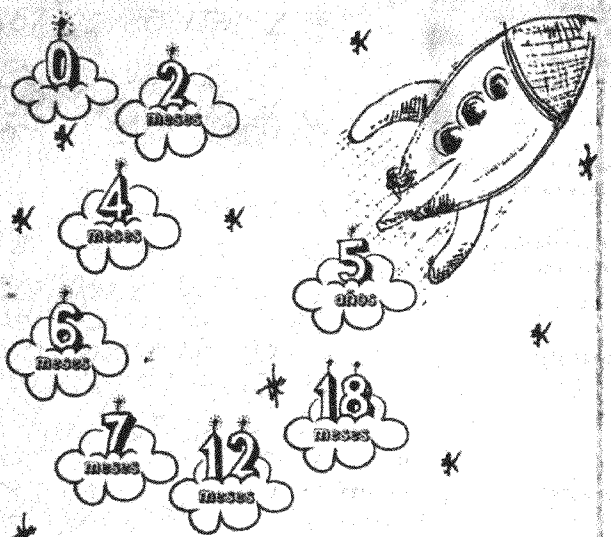
Profesional que verificó:

Exíjalo

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

de cero a Siempre

MinSalud

Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Juan Pablo Muñoz Ortiz
Fecha de nacimiento: 02-Septiembre-2020
Nº de certificado de nacido vivo: 1020171731
Registro civil: 1128456536
Sexo: Masculino
Grupo sanguíneo:
Peso al nacer: 3150gr
Dirección: Villa Angelita
Teléfono: 3228328535
Responsable: Deyi Rocio muñoz
Municipio de residencia: San Jose
Departamento: Caqueta

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

Nombre: _____ Proxima cita 02- Noviembre -2021 Registro Civil: _____

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de Aplicación Día Mes Año	Laboratorio	Numero 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	02-09-20	Serum	03[illegible]	Medisalud	02 11 20	Vanessa Ortiz
	Hepatitis B	Recién nacido	02-09-20	Serum	03[illegible]	Medisalud	02 11 20	Vanessa Ortiz
2 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
	Polio (Oral - IM)	1ª	03-11-2020	Sanofi	P3MJV	San José	— — —	Mireya Trujillo
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª	03-11-2020	Serum	28501X0056	San José	— — —	Mireya Trujillo
	Rotavirus	1ª	03-11-2020	Glaxo	AR01C543BA	San José	— — —	Mireya Trujillo
	Neumococo	1ª	03-11-2020	Glaxo	AR01B67BBA	San José	— — —	Mireya Trujillo
4 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
	Polio (Oral - IM)	2ª	5-1-2021	Sanofi	T3D88N	San José	— — —	Mireya Trujillo
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª	5-1-2021	Serum	28501X0056	San José	— — —	Mireya Trujillo
	Rotavirus	2ª	5-1-2021	Glaxo	AR01C543BA	San José	— — —	Mireya Trujillo
	Neumococo	2ª	5-1-2021	Glaxo	AR01B67BBA	San José	— — —	Mireya Trujillo
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.							
	Polio (Oral - IM)	3ª	04-03-2021	Sanofi	T3D88N	San José		Mireya Trujillo
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª	04-03-2021	Serum	28501X0056	San José		Mireya Trujillo
	Influenza	1ª	25-06-2021	Sanofi	U23CP2V	San José		Mireya Trujillo
7 Meses	Influenza	2ª	26-07-2021	Sanofi	U2C13V	San José	— — —	Mireya Trujillo
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª	10-09-2021	Serum	01361W051	San José	— — —	Mireya Trujillo
	Fiebre Amarilla	1ª	10-09-2021	Sanofi	T3624U	San José	— — —	Mireya Trujillo
	Neumococo	Refuerzo	10-09-2021	Glaxo	AR01B31CBA	San José	— — —	Mireya Trujillo
	Influenza	Anual	15-09-2021	Seqirus	V5222006	San José	— — —	Mireya Trujillo
	Hepatitis A	ÚNICA	10-09-2021	Merck	T036268	San José	— — —	Mireya Trujillo
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1' Refuerzo	15-09-2021	Serum	28210064A	San José	— — —	Mireya Trujillo
	Polio (Oral - IM)	1' Refuerzo	15-09-2021	Serum	28010019	San José	— — —	Mireya Trujillo
5 Años	Polio (Oral - IM)	2º Refuerzo	15-09-2025	Biologica	2911005241	#FLO		Kary Jimenez
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2º Refuerzo	15-09-2025	Biologica	2423003	#FLO		Kary Jimenez
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo	21-01-25	Serum	06135009	San José	— — —	Mireya Trujillo
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª						
	VPH	2ª						
	VPH	3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis	VARICELA	1ª	10-09-2021	Merck	T029093	San José	— — —	Mireya Trujillo
	SR.	A	15-09-2021	Serum	[illegible]	San José	— — —	Mireya Trujillo
	Varicela	Unica	15-09-2025	Merck	T002927	#FLO		Kary Jimenez

Estas vacunas son gratuitas

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.

*Cita: A los 9 años

15
R/V

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 La Dorada FECHA: DÍA 15 MES 05 AÑO 2025 HORA: 10:00am

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Jan Pablo APELLIDOS Muñoz Diaz.

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1118475636

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 02 MES: 09 AÑO: 2020/ EDAD: 4 años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE

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)

No la hago aplicar porque no la considero necesaria.

¿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: Deyi Rocío Muñoz.

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

Nombres Deyi Rocío Muñoz. Apellidos

Tipo de Identificación: CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1007720152

Firma: Deyi Rocío Muñoz.

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: Edwin B

Firma Tipo de Identificación: CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1004764431

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

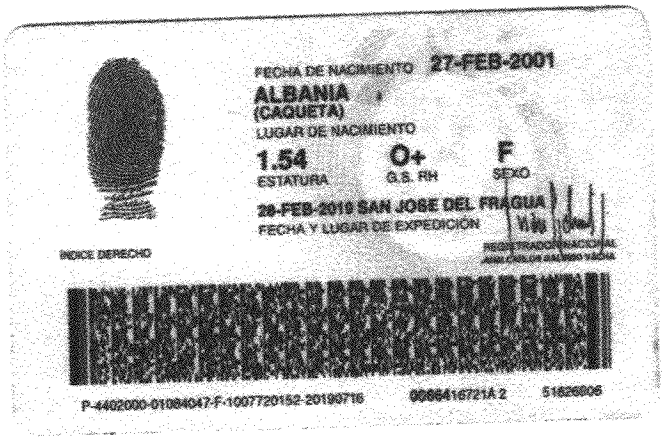
INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HUD

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

16


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO 1.007.720.152
MUÑOZ DIAZ
APELLIDOS
DEYI ROCIO
NOMBRES
Rocio Muñoz
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 27-FEB-2001
ALBANIA
(CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.54
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
28-FEB-2019 SAN JOSE DEL FRAGUA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO
P-4402000-01084047-F-1007720152-20190716
0066416721A 2
51626606

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

Olga Lucia Cuasquer Posos
Gerente

Dirección: B/ el Paraíso 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: Juan Pablo Muñoz

Doc. de Identidad: RC 1118 475636

EPS: Asmet salud

Teléfono:

Domicilio:

		PROCEDIMIENTOS / CONSULTAS	FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD EN MESES (M) ó AÑOS (A)												
			5 DIAS	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	5 A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico								Yohana Daniela Vera ODONTÓLOGA TP 032736				PC: 20-08-2026	
		Atención en salud por medicina general													
		Atención en salud por enfermería													
		Atención en salud por Odontología													
		Promoción y apoyo de la lactancia materna													
PROTECCIÓN ESPECIFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de flúor								LILIANA MARIBEL CORDOBA AUX. EN SALUD ORAL RES. 8000462-2018				20-08-2025 20-08-2026	
		Profilaxis y remoción de placa													
		Aplicación de sellantes (Según Criterio)													
	V	Vacunación													

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Deyi Rocio Muñoz Diaz Identificado con C.C N° 1007720152 en calidad de: padre o madre ( ), del niño o niña: Juan Pablo Muñoz Diaz o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Mi nuevo Mundo, 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 05 Días del mes de abril del Año 2025.

Deyi Rocio Muñoz Diaz
Madre o Acudiente
C.C 1007720152.

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 Juan Pablo Muñoz Diaz, identificado (a) con documento de identidad número 1118475636 de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	X	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales	X

Autorización - Uso imagen del titular:

Yo, Deyi Rocio Muñoz, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1007320152, de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar 'Cecilia de la Fuente de Lleras' (ICBF) para captar y divulgar:

Autorización	Fotos	X	Audios	X	Videos	X	Otros datos personales	X

La autorización comprende:

1. Captar, tomar, almacenar y editar imágenes personales o fotografías, realizar videos y audios del menor de edad y/o del adulto mencionado (s) anteriormente según corresponda.
2. Divulgar y publicar las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción de derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas y adolescentes, en el respeto de sus derechos fundamentales.

Manifiesto que como titular o representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la recolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en: www.icbf.gov.co, así como que fui informado de los derechos con que cuenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales presenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 91 80 80.

Reconozco que esta autorización se realiza en forma gratuita y, por tanto, manifiesto que no se nos adeuda suma alguna por concepto de este documento. En consecuencia, me comprometo a no reclamar valor alguno por concepto de la utilización que hiciere el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) o cualquier otra persona, natural o jurídica, o que haya sido autorizada por la entidad para la utilización de las imágenes.

Los productos autorizados son originados por 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 Educación Inicial campesina

Suscriben:

Firma: Rocio Muñoz
Nombre: Deyi Rocio Muñoz Diaz
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3232340635
Fecha: 05-04-2025
Municipio: San Miguel

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

de cero a Siempre

20
RN

Ciudad La Dorada San Miguel

Nombre completo de la niña o niño Juan Pablo Muñoz Diaz

Fecha de nacimiento 02 09 2020 **N° Documento de Identidad** 1118475636

Sexo Masculino ● Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** 02 04 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Gerson Canas Ocando

Fecha de registro cualitativo 03 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

Juan Pablo Muñoz de acuerdo con la primera Valoracion Comple con con los ítems requeridos se gún su rango de edad por eso se encuentra en un perfil "esperado"

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Gerson Canas Ocando

Fecha de registro cualitativo 04 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

Juan Pablo se destaca por su organización motriz, su capacidad seguir instrucciones, su claridad para expresarce, ya sean sus emociones o ideas. muestra buenas habilidades de convivencia y cooperación. Se evidencia un desarrollo integral acorde con su edad.

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

Valoración Cualitativa ⇨

	Relación con los demás												Relación consigo misma/o									Relación con el mundo								
	Comunicación						Interacción						Construcción de normas			Identidad						Manejo corporal			Conocimiento de los objetos			Relaciones de causalidad			Representación de la Realidad Social		
	Verbal			No verbal			Independencia			Cooperación			Autonomía			Personal			Social			Autoestima											
	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a	1a	2a	3a
0 a 6 meses	①	①	①	④	④	④	⑥	⑥	⑥	⑧	⑧	⑧	⑩	⑩	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭	⑮	⑯	⑰	⑱	⑲	㉑	㉒	㉓	㉔	㉔	㉔	㉘	㉕	㉖
	②	②	②	⑤	⑤	⑤	⑦	⑦	⑦	⑨	⑨	⑨																				
	③	③	③																													
6 meses y 1 día a 12 meses	①	①	①	③	③	③	⑤	⑤	⑤	⑨	⑨	⑨	⑪	⑪	⑪	⑮	⑯	⑰	⑱	⑲	⑳	㉓	㉔	㉕	㉗	㉘	㉙	㉚	㉚	㉚	㉜	㉝	㉞
	②	②	②	④	④	④	⑥	⑥	⑥	⑩	⑩	⑩	⑫	⑫	⑫	⑯	⑰	⑱	⑲	⑳	㉑	㉒											
				⑤	⑤	⑤	⑦	⑦	⑦				⑬	⑬	⑬	⑰	⑱	⑲	⑳	㉑	㉒												
							⑧	⑧	⑧				⑭	⑭	⑭	⑱	⑲	⑳	㉑	㉒	㉓												
1 año y 1 día a 2 años	①	①	①	③	③	③	⑥	⑥	⑥	⑨	⑨	⑨	⑪	⑪	⑪	⑮	⑯	⑰	⑱	⑲	⑳	㉓	㉔	㉕	㉗	㉘	㉙	㉚	㉚	㉚	㉜	㉝	㉞
	②	②	②	④	④	④	⑦	⑦	⑦	⑩	⑩	⑩	⑫	⑫	⑫	⑯	⑰	⑱	⑲	⑳	㉑	㉒											
				⑤	⑤	⑤	⑧	⑧	⑧				⑬	⑬	⑬	⑰	⑱	⑲	⑳	㉑	㉒												
													⑭	⑭	⑭	⑱	⑲	⑳	㉑	㉒	㉓												
2 años y 1 día a 3 años	①	①	①	④	④	④	⑥	⑥	⑥	⑨	⑨	⑨	⑪	⑪	⑪	⑮	⑯	⑰	⑱	⑲	⑳	㉓	㉔	㉕	㉗	㉘	㉙	㉚	㉚	㉚	㉜	㉝	㉞
	②	②	②	⑤	⑤	⑤	⑦	⑦	⑦	⑩	⑩	⑩	⑫	⑫	⑫	⑯	⑰	⑱	⑲	⑳	㉑	㉒											
	③	③	③	⑥	⑥	⑥	⑧	⑧	⑧				⑬	⑬	⑬	⑰	⑱	⑲	⑳	㉑	㉒												
													⑭	⑭	⑭	⑱	⑲	⑳	㉑	㉒	㉓												
3 años y 1 día a 4 años	①	①	①	⑥	⑥	⑥	⑨	⑨	⑨	⑫	⑫	⑫	⑬	⑬	⑬	⑰	⑱	⑲	⑳	㉑	㉒	㉕	㉖	㉗	㉙	㉚	㉛	㉜	㉜	㉜	㉞	㉟	㊱
	②	②	②	⑦	⑦	⑦	⑩	⑩	⑩				⑭	⑭	⑭	⑱	⑲	⑳	㉑	㉒	㉓												
	③	③	③	⑧	⑧	⑧	⑪	⑪	⑪				⑮	⑮	⑮	⑲	⑳	㉑	㉒	㉓	㉔												
	④	④	④										⑯	⑯	⑯																		
	⑤	⑤	⑤																														
4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días	①	①	①	⑥	⑥	⑥	⑨	⑨	⑨	⑫	⑫	⑫	⑬	⑬	⑬	⑰	⑱	⑲	⑳	㉑	㉒	㉕	㉖	㉗	㉙	㉚	㉛	㉜	㉜	㉜	㉞	㉟	㊱
	②	②	②	⑦	⑦	⑦	⑩	⑩	⑩				⑭	⑭	⑭	⑱	⑲	⑳	㉑	㉒	㉓												
	③	③	③	⑧	⑧	⑧	⑪	⑪	⑪				⑮	⑮	⑮	⑲	⑳	㉑	㉒	㉓	㉔												
	④	④	④										⑯	⑯	⑯																		
	⑤	⑤	⑤																														

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

21
RIV

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Gerson Canas Ocando NOMBRE UCA: Mi nuevo mundo

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Juan Pablo Muñoz D. IDENTIFICACIO: 1118475636 FECHA DE NACIMIENTO: 02/09/2020

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					
10-06 2025	X		09		Se solicita a la señora Rocio Muñoz una copia del registro civil del menor, ya que la que reposa en la carpeta no es legible. La madre manifiesta que no tiene una copia más legible y el registro original lo tiene en el Caqueta.	Rocio Muñoz	Gerson Canas	- Se le sugiere a la señora solicitar una copia en la registraduría de la Dorada. - se le informa por parte de apoyo en salud el proceso para solicitar una copia del R.C.	- Se verifica mediante llamada para saber como va el proceso del registro, la madre manifiesta el día 16 que aun no ha podido hacer el trámite.	- La señora se compromete a realizar el trámite de R.C hasta final del mes. - El agente educativo estará pendiente del trámite.
30-06 2025	X		08	"	Mediante llamada telefonica se pregonta a la madre de Juan Pablo por la copia del R.C solicitada anteriormente, La señora manifiesta que viajó al caqueta y que de una vez aprovechará para traer la copia del R.C. Manifiesta que intentará llegar para el encuentro del 8 Julio.	Rocio Muñoz	Gerson Canas	- se le sugiere que de una vez saque todos los documentos que requiera del menor - se le informa que una vez regrese debe presentar la copia del R.C legible.	- Mediante llamada el día 05/07-2025 se pregunta sobre el tramite a la señora Rocio. Manifiesta que aun se encuentra en el caqueta y que cuando regrese hace entrega del documento.	- La señora se compromete a realizar entrega del documento inmediatamente regrese del Caqueta. ya que no ha podido regresar porque esta realizando unas diligencias personales tambien.

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Gerson Canass Orando NOMBRE UCA: Mi Nuevo Mundo

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Juan Pablo Muñoz IDENTIFICACIO: 1118475636 FECHA DE NACIMIENTO: 02-09-2020

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					
07-07 2025	X			04	La señora Rocio, por medio de llamada manifiesta que requiere permiso para no asistir al encuentro del dia 08 Por motivos que no ha podido regresar aun del viaje del Caqueta. ya que esta aprovechando para dejar realizando todas las diligencias.	Rocio Muñoz	Gerson Canas	- Se procede a preguntar por la situacion de la señora y me confirman que efectivamente la señora no ha llegado del viaje	- se estará pendiente llamando para conocer cuando regresa la señora con el menor y el documento requerido.	- La señora se compromete a viajar lo mas pronto posible y a estar presentes para el siguiente encuentro.
21/07 2025	X			3:15	La señora Rocio realiza entrega de una copia del registro del menor Juan Pablo Muñoz, dicha copia es legible, se procede a legajar en la carpeta.	Rocio Muñoz	Gerson Cañas	. Se recoge el documento en la casa de familia, se saca fotocopia y se coloca en la carpeta.	- Se le informa a la señora que esta situación no es conveniente que vuelvan a suceder, porque los documentos deben estar al dia. Se cierra la novedad del documento.	- La señora Rocio se compromete a estar más pendiente de, la documentación

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Gerson Canas Ocando NOMBRE UCA: Mi nuevo Mundo

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Juan Pablo Muñoz IDENTIFICACIO: 1118475636 FECHA DE NACIMIENTO: 02/09/2020

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					
08-09 2025	X		10		La madre del niño no entrega el carnet de crecimiento y desarrollo actualizado. se indaga y manifiesta que no ha podido sacar la cita, además tuvo que viajar y no se encuentra para llevar al niño	Rocio Muñoz.	Gerson Canas	- a las 2 pm el agente Ed. solicita la cita para el menor y le asignan para el día jueves 11 de septiembre, ya que la abuela manifiesta que ella lo lleva.	- se estara verificando que asistan con el niño al control programado, se recordará un día antes del control.	- La abuela se compromete a llevar al niño a la cita - Entregar copias del carnet una vez le realicen el control.
16-09 2025	X			02	La señora Aleida Muñoz Abuela del menor realiza entrega del carnet de crecimiento y desarrollo y vacunas de Juan Pablo, actualizados con los controles.	Aleida Muñoz	Gerson Canas	- se reciben los documentos y se procede a colocarlos en la carpeta. - con la carpeta actualizada se da cierre a la novedad.	- se estara recordando las fechas de controles para que la abuela le haga hacer en los tiempos asignados.	- La señora Aleida manifiesta que en adelante ella estará a cargo del niño y pendiente de los controles.

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Gerson Canas Ocampo NOMBRE UCA: Mi Nuevo Mundo

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Juan Pablo Muñoz IDENTIFICACIO: 1118.475636 FECHA DE NACIMIENTO: 02-09-2020

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					