Fundación
Alma de Vida
Fomentando caminos 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,

	FUNDACION SEPRAES	Código: FO-GG-012
	GESTION DOCUMENTAL	Versión: 001
	INSCRIPCION Y MATRICULA	Fecha: 265 0/2024

FECHA SOLICITUD CUPO: 29-03-2025 **FECHA INGRESO:** 1-04-2025

UDS: Los Consentidos **MUNICIPIO:** San miguel



NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
Eimy Antonella Riaño Izasa

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO__ **NUIP No.** 1.126.961953

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

N/A

FECHA NACIMIENTO: 04-01-2024 **EDAD:** 1 A **MUNICIPIO:** Pto Asis

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

DE RESIDENCIA: La Hormiga **ESTRATO:** _____ **¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?:** SI: _____ NO: X

¿CUAL?: N/A **MOTIVO DEL RETIRO:** N/A

PARTICIPA EN OTRO PROGRAMA DE ICBF: SI: __ NO: X CUAL: 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: A3 **DESPLAZADO:** SI: X NO:

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: Rodrigo Alejandro Riaño

No. IDENTIFICACION: 18157341 **DIRECCION RESIDENCIA:** Divino niño

CELULAR: 3248117632 **E.P.S:** Emssanar

OCUPACION U OFICIO: Oficios varios

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

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

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Jasmin Isaza muñoz

No. IDENTIFICACION: 1038770162 **DIRECCION RESIDENCIA:** Divino niño

CELULAR: 3249453766 **E.P.S:** Sura

OCUPACION U OFICIO: Ama de casa

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Jasmin Isaza muñoz

NUMERO IDENTIFICACION: 1038770162 **CELULAR:** 3249453766

DIRECCION: Divino niño **PARENTESCO:** madre

Yasmin Isaza M.

FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

FABIAN MEJIA

FIRMA AGENTE EDUCATIVO

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTR

Número: N

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil
35417443-4

NUIP 1.126.461.953

Tipo de certificado	Datos Esenciales ☐	Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
RIAÑO ISAZA EIMY ANTONELLA

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)											Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año	2	0	2	4	Mes	E	N	E	Día	0	4	FEMENINO	O -

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA PUTUMAYO PUERTO ASIS

Fecha de Inscripción (Mes en letras)											indicativo serial
Año	2	0	2	4	Mes	E	N	E	Día	1	2	0063699156

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
ISAZA MUÑOZ YAZMIN

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.038.770.162	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
RIAÑO GOMEZ RODRIGO ALEJANDRO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 18.157.341	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
RIAÑO GOMEZ RODRIGO ALEJANDRO

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 18.157.341

Espacio para notas
VALIDO PARA TRAMITES LEGALES

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

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

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)											
Año	2	0	2	4	Mes	E	N	E	Día	1	2

Nombre y firma del funcionario

CARMEN PATRICIA CASANOVA YANDI

Registrador del Estado Civil

Sisbén
Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro válido

Fecha de consulta: 07/08/2025

Ficha: 86865049478000015240

A4

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: EIMY ANTONELLA

Apellidos: RIAÑO ISAZA

Tipo de documento: Registro civil

Número de documento: 1126461953

Municipio: Valle del Guamuéz

Departamento: Putumayo

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: 12/12/2023

Última actualización ciudadano: 03/09/2024

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**

Contacto Oficina SISBEN

Nombre administrador: BELSY MILDRED GOMEZ ERASO

Dirección: Calle 7 No 5 - 20

Teléfono: 4282059 - 3134307915

Correo Electrónico: sisben@valledelguamuez-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	1126461953
NOMBRES	EIMY ANTONELLA
APELLIDOS	RIAÑO ISAZA
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	EMSSANAR S.A.S.	SUBSIDIADO	05/01/2024	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	08/07/2025 18:21:29	**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

CITAS PROGRAMADAS

DIA	MES	AÑO	HORA	ASISTIO	
				SI	NO
04-	Marzo	2024	11:00 am		
9	Marzo	2024	4:00pm	enf	
7	Mayo	2024	11:00 am		
5	Julio	10:30am	2024 + enf		
8	Octubre	2024	2:00pm x enf		
17	Enero	2025	11:00am cmd		
7	Julio	2025	9:30 x tele		

E.S.E
Hospital
Sagrado Corazón de Jesús



Nombres:	Emy Anthonella.
Apellidos:	Riaño Isaza.
Fecha de nacimiento:	04- Enero - 2024
Lugar de nacimiento:	P/to Asis- Ptyo.
Identificación:	Rc. 1126.467.953.
Barrio/vereda:	B/ Divino niño.
Responsable del niño:	Yazmin Isaza.
N° de Teléfono:	3148492109.
E.P.S.:	118
Grupo Sanguíneo:	O-

Lo mejor de nosotros para ti

IAMI INSTITUCION AMIGA DE LA MUJER Y LA INFANCIA

AIEPI Porque mi vida hoy que protegerla hoy

DATOS DEL RECIÉN NACIDO

PESO AL NACER: 3060 grs PC 32 cms.
TALLA AL NACER: 43 cm
REANIMACIÓN: SI ____ NO x
PRUEBA TSH: Cordón Umbilical
1 ra Muestra : Fecha: ____ resultado: ____
2 da Muestra: Fecha: ____ resultado: ____

APGAR 8/9/10

DATOS FAMILIARES

DATOS DE LA MADRE

APELLIDOS: Isaza Muñoz
NOMBRES: Yasmín
FECHA DE NACIMIENTO: Día: 11 Mes: 05 Año: 1994
GRUPO SANGUÍNEO: O RH +
ENFERMEDADES HEREDITARIAS: NO

CONTROL PRENATAL # 0

COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO:
Ausencia CPN.

PARTO

CONTROL DE ATENCIÓN: H. Local de Puerto Asís - Ptyo
SEMANAS DE GESTACIÓN: 40.3 RN a termino: x
RN a pretermino: ____
RN a postermino: ____

CESÁREA: SI ____ NO x
Gesta # 2.

DATOS DEL PADRE

APELLIDOS: Riaño Gómez
NOMBRES: Rodrigo Alejandro
FECHA DE NACIMIENTO: Día: 11 Mes: 05 Año: 1993
GRUPO SANGUÍNEO: O RH +

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

Abuelos maternos HTA. Abuelo paterno HTA
Abuela materna y Padre DM2.

ANTECEDENTES PERSONALES DE INTERÉS

Alérgicas: ____
Tóxicas: ____
Quirúrgicas: ____
Antecedentes perinatales: Ninguno.
Antecedentes patológicos: ____
Hospitalizaciones: ____

Algunos exámenes de Importancia

Potenciales evocados visuales: N. 2
Potenciales evocados auditivos: N. 2
Radiografia de caderas comparativas: 16/07/2024. Normal
Hemoglobina / Hematocrito
Primera infancia: ____
Infancia niñas 10 - 13 años: ____
Adolescencia niñas 14 - 17 años: ____

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".

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

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-Aurículo-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-Aurículo-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
07/07/24	Sin FR	Sin FR	Educación	Dayra

E.S.E. Hospital Sagrado Corazón de Jesús

Nombre del menor: Eimy Raño Isaza

Identificación del menor: RC 1126461953

FECHA	PESO	TALLA	DX	FIRMA PROFESIONAL
07/02/24	4.1 Kg	54 cm	Adecuado	Dayco
9.03.24	4.9 Kg	56 cm	Adecuado	Gaviz
7.03.24	5.9 Kg	61 cm	Adecuado	Gaviz
8/07/24	6-9 kg	64 cm	Adecuado	Lina C
8/10/24	7-7 kg	68.5 cm	Adecuado	Lina C
17/01/25	8.5 Kg	73.5 cm	Adecuado	Dayco
25-07-25.	10.1 Kg.	82 Cm.	ADECUADO.	Lina

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					✓

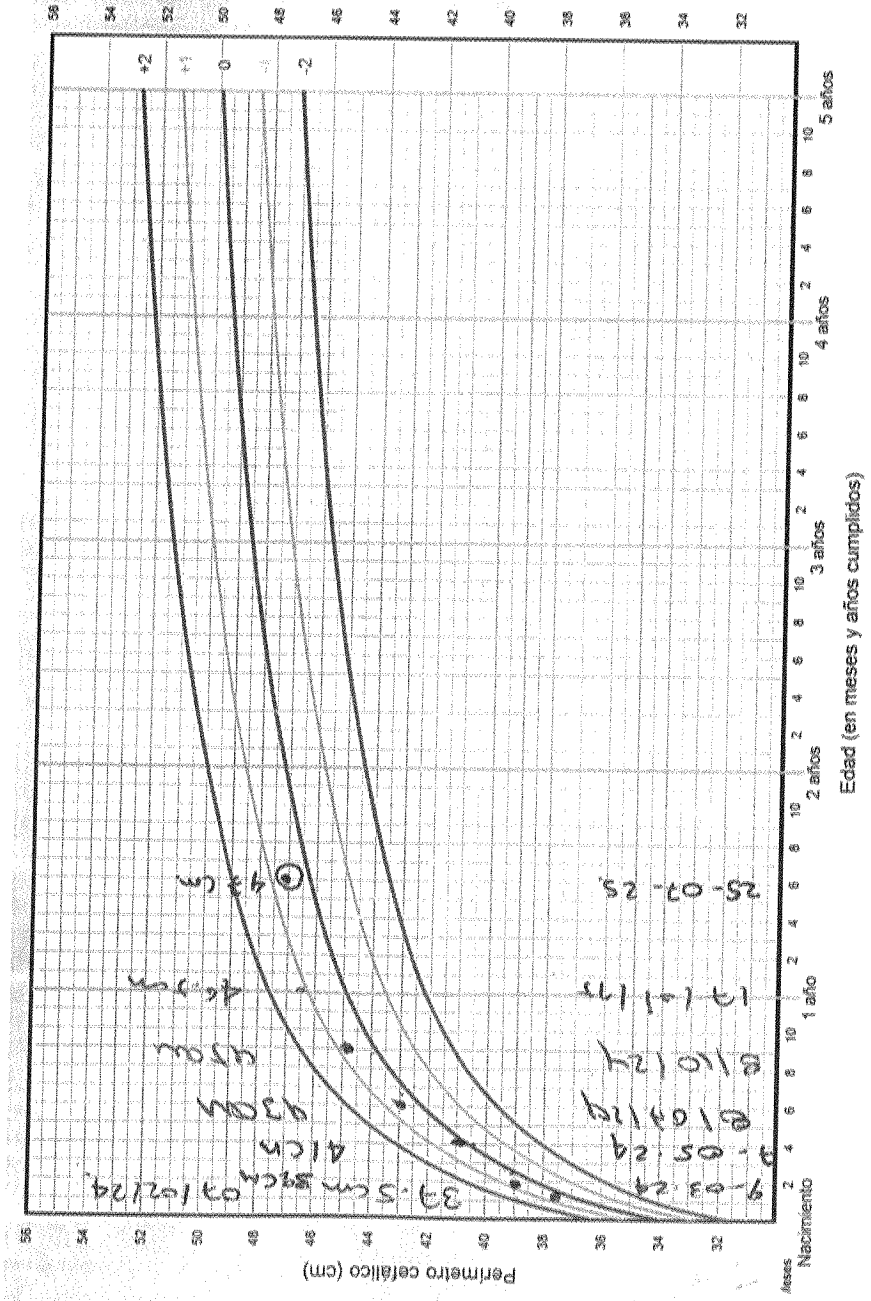
Cada una de las respuestas tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación:
0: Nunca
1: Casi nunca
2: Algunas veces 3: Casi siempre
4. Siempre

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
07/02/24	18 puntos	Fin Fx	Educación	Dayco.

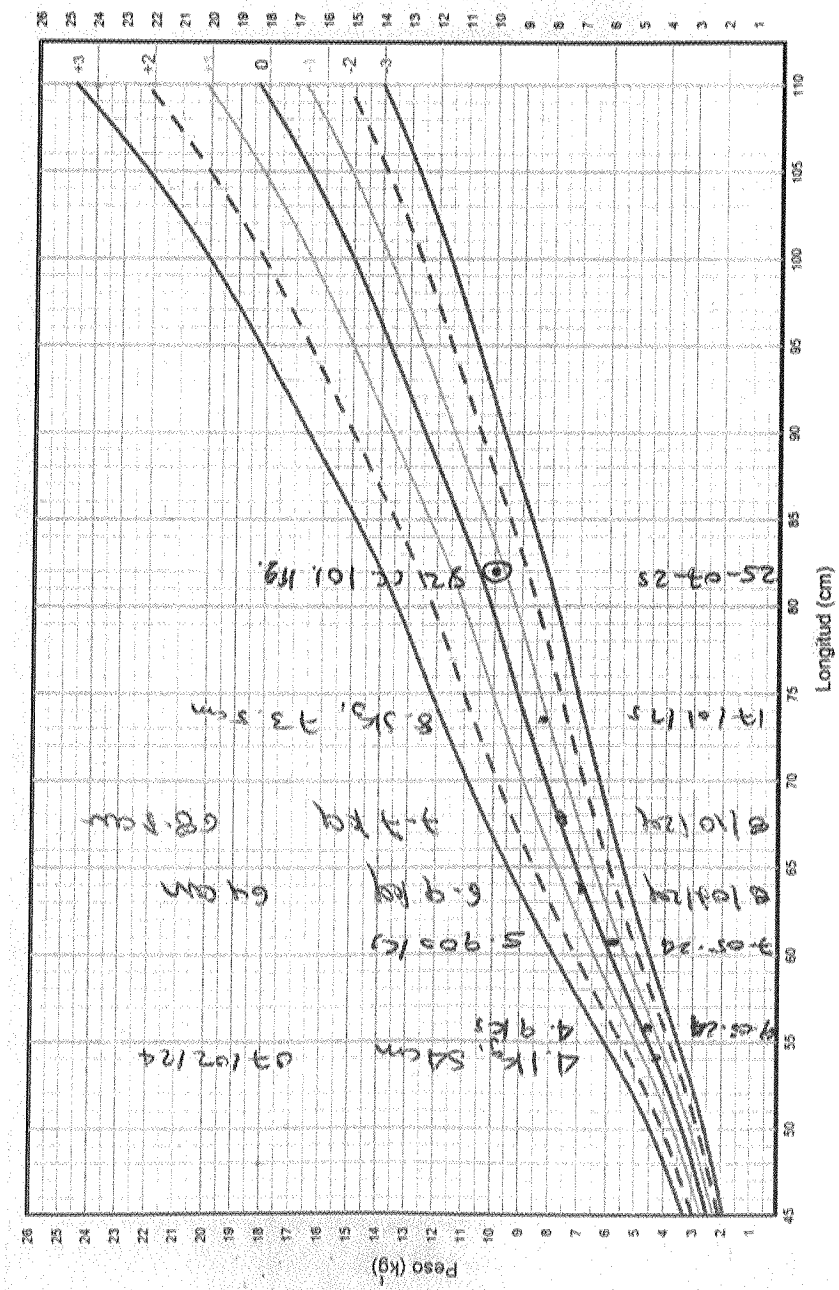
Perímetro Cefálico Niñas

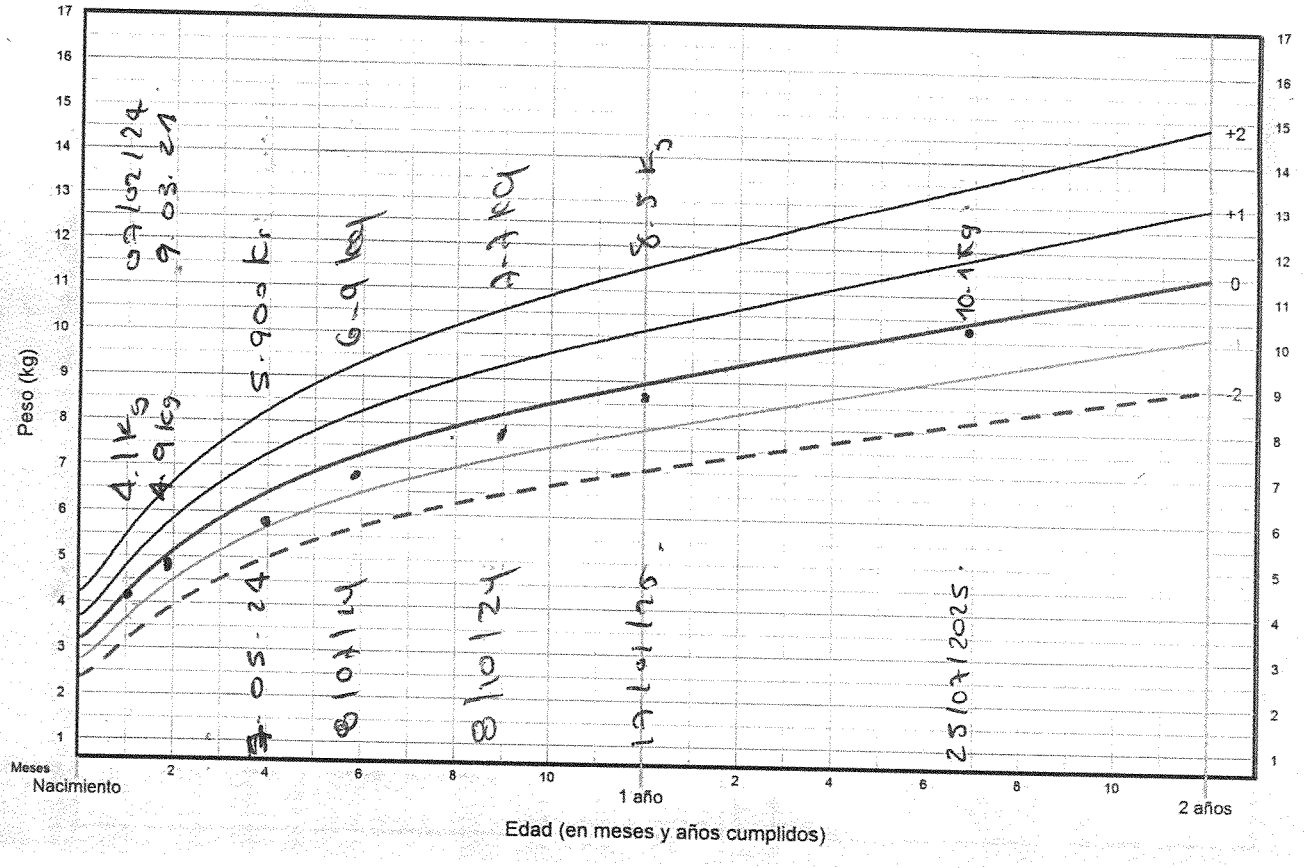
Puntuación Z (0 a 5 años)

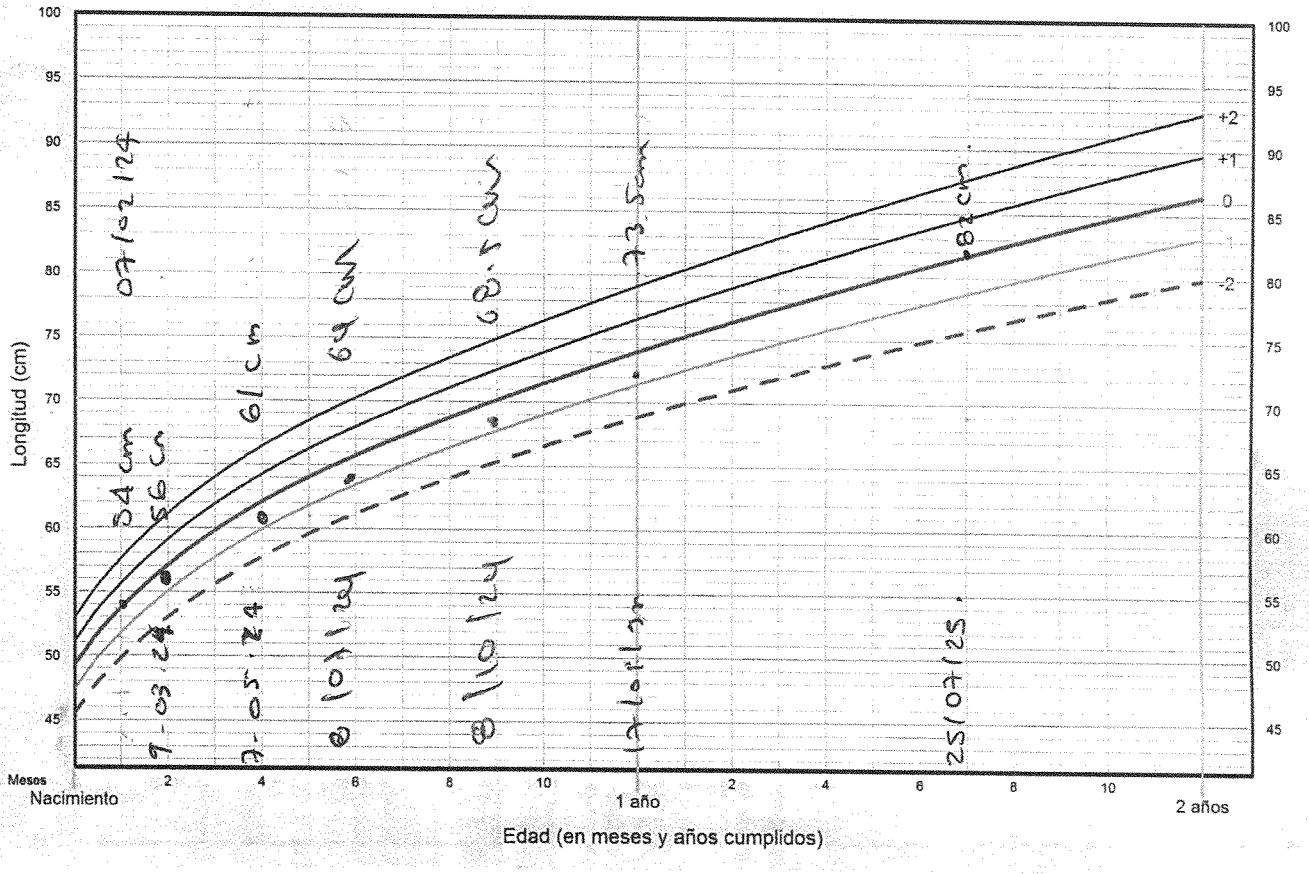


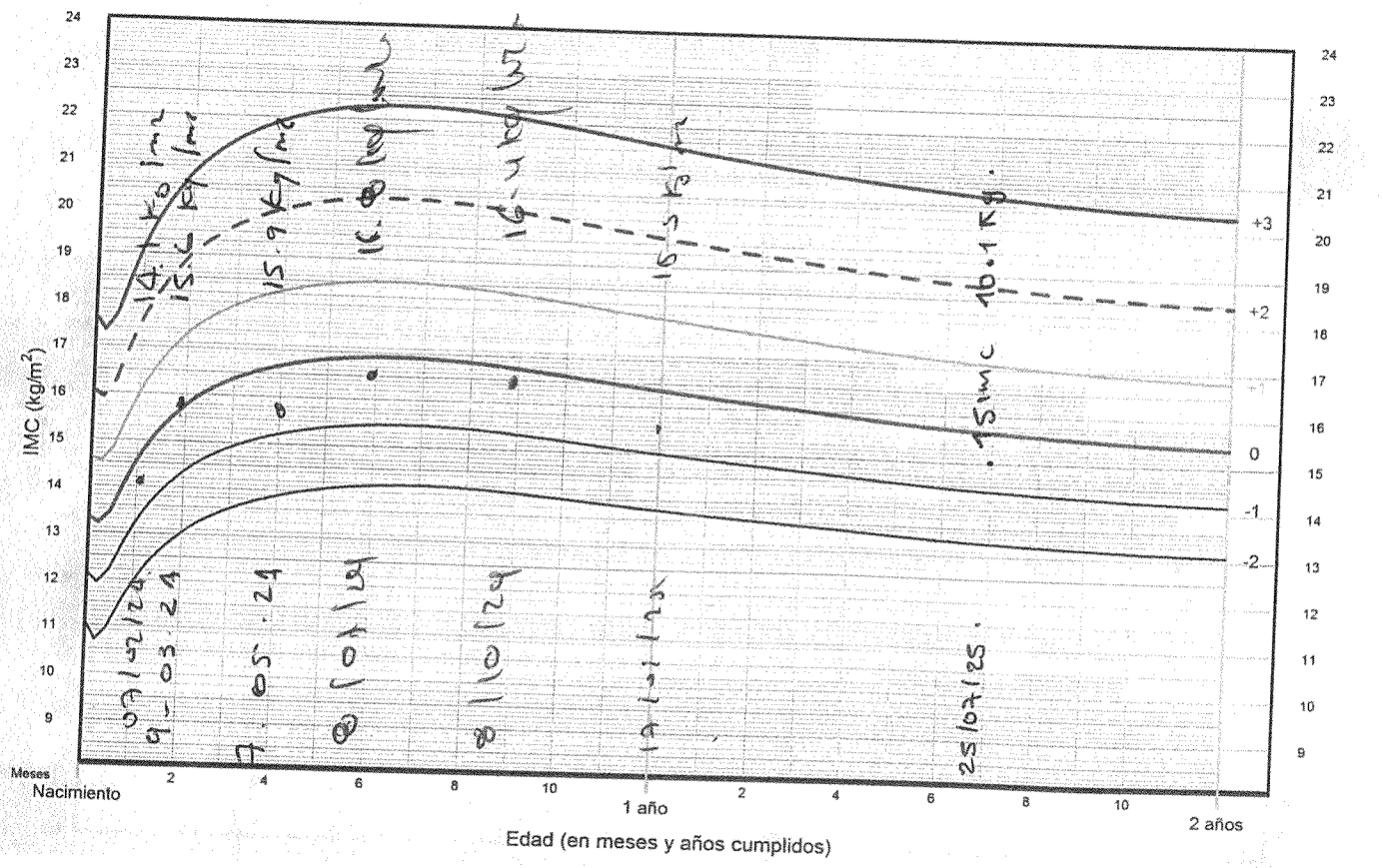
Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)




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
-2
07/02/24
9.03.21
4.1 kg
4.9 kg
5.900 kg
6.9 kg
8.2 kg
8.5 kg
10.1 kg
25/07/2025.


Talla para la Edad Niñas
Puntuación Z (0 a 2 años)
Longitud (cm)
Meses
Nacimiento
1 año
2 años
Edad (en meses y años cumplidos)
+2
+1
0
-2
07/02/24
54 cm
56 cm
61 cm
64 cm
68.5 cm
73.5cm
82 cm
25/07/25.


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

CITAS PROGRAMADAS

DIA	MES	AÑO	HORA	ASISTIÓ	
				SI	NO
04	Marzo	2024	11:00 am		
9	Marzo	2024	4:00pm x enf		
7	Mayo	2024	11:00am		
5	Julio	10:30am	2024 x enf		
8	Octubre	2024	2:00pm x enf		
17	Enero	2025	11:00am x md		
7	Julio	2025	9:30 x teje		
25	Julio	2025	7:00am x enf		
16	Enero	2024	11:00am x Nidia		

14
R/N

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								

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							

FORTIFICACIÓN CON MICRONUTRIENTES

1. entrega			
2. entrega			
3. entrega			

SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

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

ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

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

VALORACIÓN DE LA SALUD VISUAL -AGUDEZA VISUAL

3 años			
4 años			
5 años			

*Menor o igual a 20 normal

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

Tuberculosis meníngea, hepatitis B, poliomielitis, meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus inflenzae tipo b, difteria, tosferina, tétanos, diarrea por rotavirus; neumonía, otitis, meningitis, bacteriemia causada por el virus de la influenza, sarampión, rubéola, parotiditis, varicela, hepatitis A, Fiebre amarilla y virus del papiloma humano.

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

0 meses

2 meses

4 meses

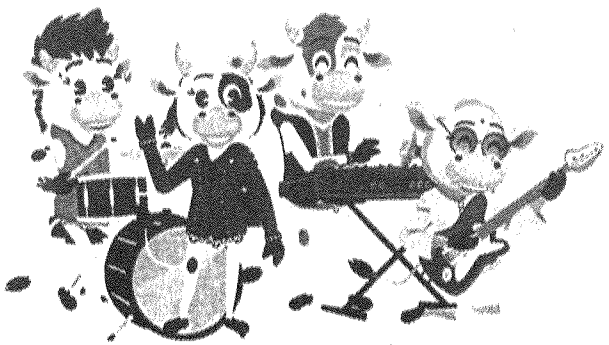
6 meses

7 meses

12 meses

18 meses

5 años



Ministerio de Salud y protección Social

Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Grupo de Gestión Integrada de Enfermedades Inmunoprevenibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

La salud es de todos | Minsalud

Carné de vacunación

Elmer Antonella

Nombre y Apellidos: Riaños Isaza

Fecha de nacimiento: 4 ENE 24

N° de certificado de nacido vivo: 2401541081111 6

Registro civil: 7726467.8553.

Sexo: Femenino.

Grupo sanguíneo: O- 5.9 40.

Peso al nacer: 3060 Talla 48

Dirección: [illegible]

Teléfono 1: 3215458 [illegible]

Teléfono 2:

Responsable: Yasmin Isaza Muñoz

Municipio de residencia: Hormiga

Departamento: Putumayo

Busca ya las vacunas

¡es gratis, hazlo de una!

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

3143408485

Isaza

Nombres y Apellidos: Eimy Antonella Ricaurte Tipo identificación: RC No. ID: 1126461953

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de Lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombres y apellidos del vacunador
			Lactancia materna exclusiva				SI ☐	No ☐				
Recién nacido	Tuberculosis meningea (BCG)	Única	4	ENE	24	Serum IZ	OBTRMA057	N.Local pLOA.				Timana
	Hepatitis B	Recien nacido	4	ENE	24	Serum IZ	OB23Q005F	N.Local pLOA.				
			Lactancia materna exclusiva				SI ☐	No ☐				
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1.°	8	Mar	24	Biological	233300S	ESE HSCJ				
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (hib)	1.°					28S2X00 5A					
	PENTAVALENTE Hepatitis B	1.°					28S2X00 3A					
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.°					28S2X00 3A					
	Diarrea por rotavirus	1.°	6	Mar	24	Sanofi	AR01D750 BA					
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.°	9	Mar	24	Pfizer	FY9925					
			Lactancia materna exclusiva				SI ☐	No ☐				
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2.°	14	Mayo	2024	Biological	223300S	ESE HSCJ				Ten Toba
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.°	14	Mayo	2024	Serum	28S2X01 4B	ESE HSCJ				Ten Toba
	PENTAVALENTE Hepatitis B	2.°	14	Mayo	2024	Serum	28S2X01 4B	ESE HSCJ				Ten Toba
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.°	14	Mayo	2024	Serum	28S2X01 4B	ESE HSCJ				Ten Toba
	Diarrea por rotavirus	2.°	14	Mayo	2024	ESK	AR01D83 BA	ESE HSCJ				Ten Toba
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.°	14	Mayo	2024	Pfizer	FX1C912	ESE HSCJ				Ten Toba
			Lactancia materna exclusiva				SI ☐	No ☐				
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3.°	16	Julio	2024	Biltnov	223900	ESE HSCJ	9 Julio 2024			Leonisa G
	PENTAVALENTE Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (hib)	3.°	16	Julio	2024	Serom	28S2X01 4B	ESE HSCJ				Leonisa G
	PENTAVALENTE Hepatitis B	3.°	16	Julio	2024		28S2X01 4B	ESE HSCJ				Leonisa G
	PENTAVALENTE Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.°	16	Julio	2024	Bulantan	240099 7 9100	ESE HSCJ	16 Agosto 2024			Diego Bueno
	Influenza estacional	1.°	16	Julio	2024	Butantan	2400979	ESE HSCJ				Albarellos
7 meses	Influenza estacional	2.°	17	Agosto	2024	Butantan	2400979	ESE HSCJ	04 Enero 2025			Albarellos
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.°	17	Enero	2025	Serum	013200 7 4B	ESE HSCJ				Albarellos
	Neumonia, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	17	Enero	2025	Pfizer	JF5277	ESE HSCJ				Albarellos
	Varicela	2.°	17	Enero	2025	Merck	401543 7	ESE HSCJ				Albarellos
	Hepatitis A	Única	17	Enero	2025	MSD	400529 5	ESE HSCJ				Albarellos
	Influenza estacional	Anual	16	Mayo	2025	Sequrus	P10079279 4	ESE HSCJ	20 Mayo 2025			Leonisa Gama.
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPd ☐)	1.° Refuerzo	25	Julio	2025	Biologicals	242300 3	ESE HSCJ	16 Julio 2025			Achmanda
	Difteria, tosferina y tétano (DPT) Penta	1.° Refuerzo	25	Julio	2025	Serum	285401 3E	ESE HSCJ				Achmanda
	Fiebre amarilla	Única	17	Enero	2025	Biomanguinhos	L2312C00 52	ESE HSCJ	4- Enero-2026			Albarellos
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPd ☐)	2.° Refuerzo										
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.° Refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.°	25	Julio	2025	Serum	013371 9B	ESE HSCJ				Almanda E.
	Varicela	Refuerzo										AUX. ENFERMERIA E.S.E. HSCJ
Niñas a partir de los 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	1.°										
		2.°										
		3.°										
Vacunas complementarias y otras dosis												

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

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 — Minsalud

CIUDAD La Dorada San miguel FECHA: DÍA 6 MES 8 AÑO 2025 HORA: 02:30 Pm

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Gimy Antonella APELLIDOS Bioño Isaza

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1.126 461 953

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 9 MES: 01 AÑO: 2024 / EDAD: 1, años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Emssanar Tel. 324 945 3766

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. 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 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)

Miedo a la Vacuna

¿CÓMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides).
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar Esquema que tiene esta vacuna: Dos dosis [ ] ó 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 (linfadenopatia); 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.

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.

En consecuencia, decido: **ACEPTAR:** _____ que se me aplique la vacuna. **NO ACEPTAR:** X que se me aplique la vacuna.

Firma de la persona: Yasmin Isaza

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

Nombres Yasmin Apellidos Isaza muños

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1.038 770 162

Firma: Yasmin Isaza

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: Jeniffer Yulieth Cabezas Meneses

Firma Jeniffer Cabezas Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ Número 1126416066

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFM

DEPARTAMENTO/DISTRITO: Putumayo MUNICIPIO: San Miguel

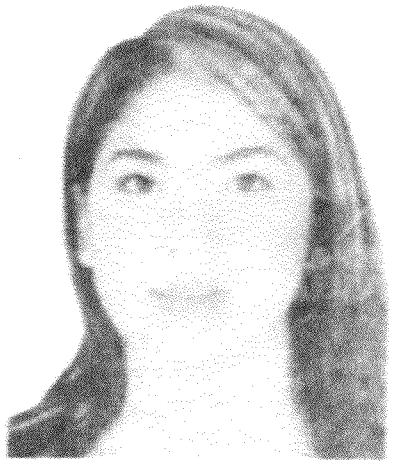
Nota: Cuanto se trate de menores entre 16 y 18 años, deberá firmar el menor junto con unos de sus padres o su representante legal.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

1.038.770.162
ISAZA MUÑOZ

YAZMIN

Yazmin Isaza M



PDF ACE Scanner



11-MAY-1994
CONCORDIA
(ANTIOQUIA)

1.62 O+ F

30-JUL-2012 CONCORDIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

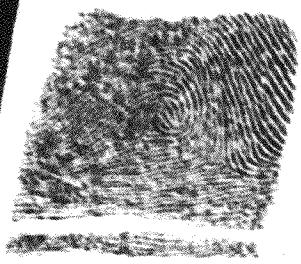
18.157.341
RIANO GOMEZ

RODRIGO ALEJANDRO

Rodrigo Riaños



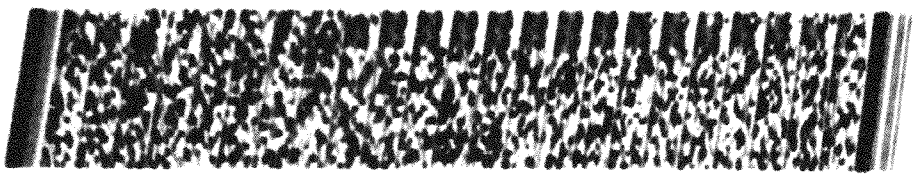
PDF ACE Scanner



11-MAY-1983
VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMIGA)
(PUTUMAYO)

1.65 **O+** **M**

21-MAY-2001 VALLE DEL GUAMUEZ (LA HORMI



00611

g

E.S.E. Hospital Sagrado Corazón de Jesus

NIT. 846.000.471-5
MUNICIPIO VALLE EL GUAMUEZ - LA HORMIGA - PUTUMAYO
esehormiga2008@hotmail.com - Tel. 4287089

CERTIFICADO ODONTOLÓGICO

Certifico que la señora: Emy Rigna

Identificada con: T.I. X *R.C.* ___ *C.C.* ___ *No.* 1026461953

asistió a la charla de IAMI - AIEPI en Salud Oral

Se expide el presente a petición de la interesada para ser presentado ante las instituciones que lo requieran.

La Hormiga, 13 *de* 07 *del año* 2018

Firma y sello del Odontólogo (a)

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Yasmin Rosa Muñoz Identificado con C.C N° 1038770762 en calidad de: padre o madre (madre), del niño o niña: Elmi Antonella Pinto Rosa o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: los consentidos, 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 02 Días del mes de Abril del Año 2025.

Yasmin Rosa M
Madre o Acudiente
C.C 1038770762

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 Elmy Antonella Liaño Isasa, identificado (a) con documento de identidad número 1.126.461.953, 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, Jasmin Isasa Munar, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1038770162, 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 ELC

Suscriben:

Firma: Yasmin Isaza M
Nombre: Yasmin Isaza Munar
Calidad - Titular: Madre Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 324 945 3766
Fecha: 02- Abril - 2025
Municipio: San miguel

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
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

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): FABIAN MEJIA NOMBRE UCA: Los Consentidos

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Eimy Antonella Rioño Isaza IDENTIFICACIO: 1.126-961.953 FECHA DE NACIMIENTO: 04.01.2024

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	COMPROMISOS
	SI	NO	AM	PM	DESCRIPCION DEL EVENTO O SITUACION					
13-05-2025	X			03:00 PM	Se le manifiesta a la madre que debe hacerle poner el biologico a la usuaria de la influenza ya que se encuentra disponible.	Yasmin Isasa.	FABIAN MEJIA	se sensibiliza a la madre para que le hagan el biologico ya que es muy importante para la salud de la niña	La madre de la usuaria entrega la copia del Carnet de vacunas donde se evidencia que le colocaron el biologico de la influenza 20-06-2025 se cierra novedad.	la madre se compromete a asistir al centro hospitalario a hacer poner la vacuna.
8-06-2025	x			2:00 PM	Se le informa a la mamita que el dia 7 de Julio tiene Pendiente la cita de control y desarrollo	Yasmin Isasa.	FABIAN MEJIA	se Sencibiliza a la made. para que asista al hospital para que le hagan el control y desarrollo.	La madre de la usuaria manifiesta haber sacado la cita y llevado a la niña al control de control y desarrollo, hace entrega de fotocopias para anexar a la carpeta. 12-08-2025 se cierra novedad.	la made se compromete a sacar la cita de control y desarrollo y llevar a la niña al control

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): FABIAN MEJIA NOMBRE UCA: Los Consentidos

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Elmy Antonella Blaño IDENTIFICACIO: 1.126.467953 FECHA DE NACIMIENTO: 04-07-2024

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	COMPROMISOS
	SI	NO	AM	PM	DESCRIPCION DEL EVENTO O SITUACION					
8.8.2025	X		11:00		Se le informa a la madre de la ausencia via llamada telefonica que tiene vencido el control de higiene oral, la cita estaba para el dia 26-07-2025	Yasmin Isasa	FABIAN MEJIA	se sensibiliza a la madre de la importancia de llevar a la niña a los controles de higiene oral.	La madre asiste al hospital en compañia de su niña y le realizan el examen de higiene oral el dia 13.08.2025 Por lo siguiente se cierra novedad.	La madre se compromete a sacar la cita en el hospital para el dia 11-08-2025 y asi llevar a la niña a hacerse el control de higiene oral.
8/09/25	X		11:30		Se le informa a la madre por via llamada telefonica que la niña tiene pendiente el control de higiene oral que se encuentra vencido del dia 26/07/2025 la madre refiere que por su estado de embarazo y vereda le han dificultado trasladarse al hospital a sacar cita	Yasmin Isasa	Viviane Haro	se sensibiliza a la madre de la importancia de realizar el control de higiene oral. para prevenir enfermedades dentales a futuro y garantizarle al menor el derecho a la salud.	se cierra novedad.	La madre se compromete a penas pueda sacar la cita para el control de higiene oral y traer la niña a realizarle higiene oral.

22
R/N

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL SERVICIO
EDUCACION INICIAL CAMPESINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): FABIAN MEJIA NOMBRE UCA: Los Consentidos

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Gimy Antonella Riaño I. IDENTIFICACIÓN: 1.126.961.953 FECHA DE NACIMIENTO: 04/04/2025

FECHA DEL REPORTE	SE PRESENTO NOVEDAD		HORA		TIPO DE NOVEDAD	FIRMA DE LOS PADRES, MADRES O CUIDADORES RESPONSABLES	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	ACCIONES EMPRENDIDAS	ACCIONES DE SEGUIMIENTO A LAS SITUACIONES ESPECIALES	COMPROMISOS
	SI	NO	AM	PM	DESCRIPCION DEL EVENTO O SITUACION					

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL SERVICIO
EDUCACION INICIAL CAMPESINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

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

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

FECHA DEL REPORTE	SE PRESENTO NOVEDAD		HORA		TIPO DE NOVEDAD	FIRMA DE LOS PADRES, MADRES O CUIDADORES RESPONSABLES	FIRMA DE QUIEN REGISTRA EL EVENTO	ACCIONES EMPRENDIDAS	ACCIONES DE SEGUIMIENTO A LAS SITUACIONES ESPECIALES	COMPROMISOS
	SI	NO	AM	PM	DESCRIPCION DEL EVENTO O SITUACION					

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad San miguel La Dorada

Nombre completo de la niña o niño Elmy Antonella Riaño Isaza

Fecha de nacimiento 09 01 2024 **N° Documento de Identidad** 1.126.461 953

Sexo Masculino ○ Femenino ● **Fecha de 1er día de atención en el año** 02 09 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador FABIAN ORLANDO MEJIA

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

Elmy Antonella Riaño juega utilizando diferentes estrategias para conseguir algun objeto de su gusto, empieza a comer y beber sola aunque llega, le gusta estar en compañia de la madre.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Fabian Orlando Mejia

Fecha de registro cualitativo 07 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

Elmy es una niña tranquila le gusta compartir con los demas niños de su alrededor tambien le gusta jugar con los titeres y que su madre le juegue con los mismos participa de algunas actividades que mas le llaman la atención

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

Tercer Registro Cualitativo

Nombre del observador

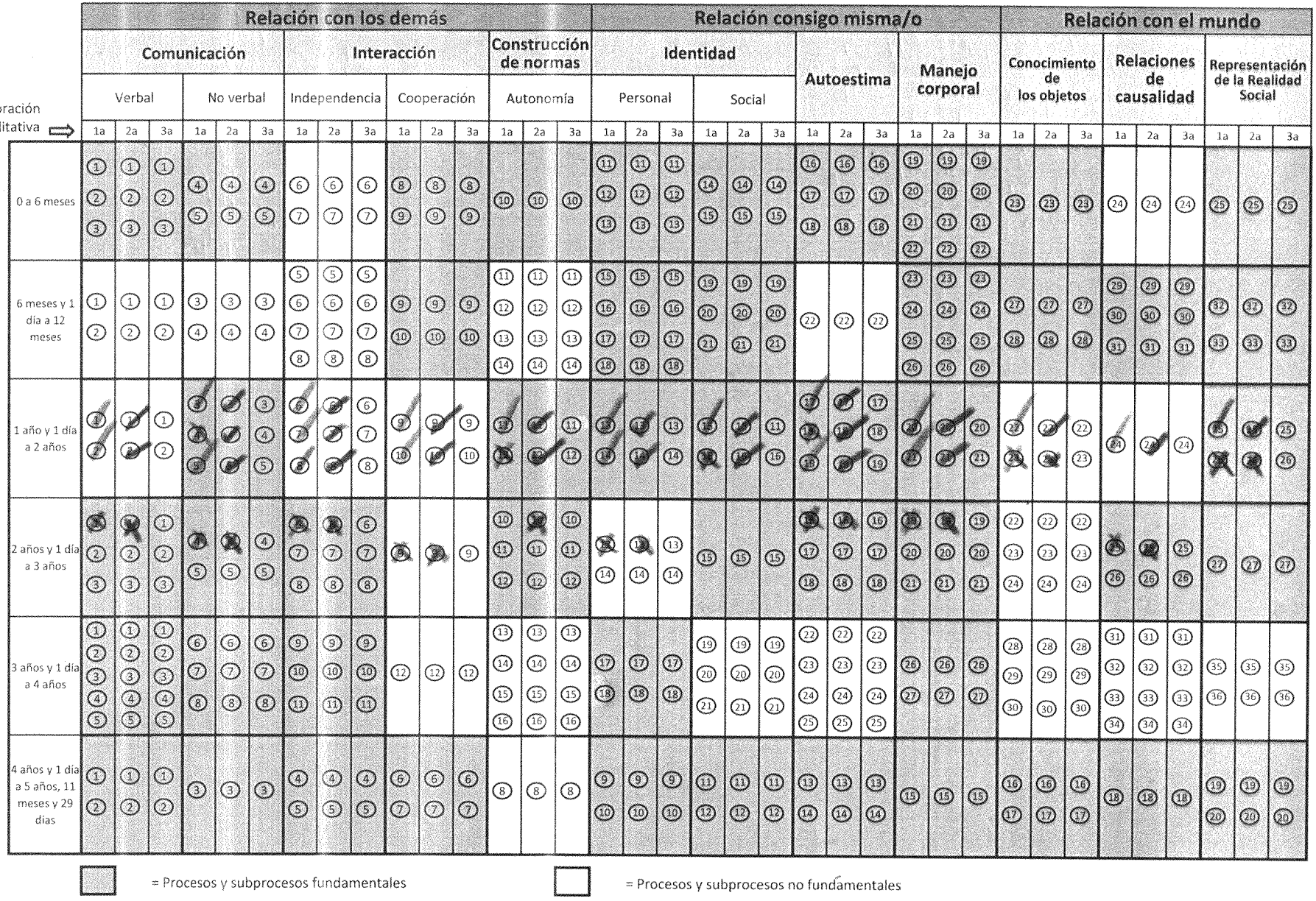
Fecha de resgistro cualitativo Día Mes Año

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)***


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