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,

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: 265 0/2024

FECHA SOLICITUD CUPO: 27/03/25 FECHA INGRESO: 1/04/2025

UDS: MIS ANGELITOS MUNICIPIO: SAN MIGUEL



NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:
DANIEL ALEJANDRO ROMERO YELA

TIENE REGISTRO CIVIL: SI X NO __ NUIP No. 1122344331

¿PORQUÉ NO TIENE REGISTRO CIVIL? N/A

FECHA NACIMIENTO: 10/11/2023 EDAD: 1 año MUNICIPIO: Puerto Asis

DEPARTAMENTO: Putumayo PAIS: Colombia DIRECCION

DE RESIDENCIA: Vereda! Espinal ESTRATO: 1 ¿HA ASISTIDO A OTRO PROGRAMA DE PRIMERA INFANCIA?: SI: X NO: ¿CUAL?: DIM.F MOTIVO DEL RETIRO: termino del Programa

PARTICIPA EN OTRO PROGRAMA DE ICBF: SI: __ NO: X CUAL: N/A

EPS DEL PARTICIPANTE: Mallamas 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: Rorico Romero Pipicano

No. IDENTIFICACION: 18182238 DIRECCION RESIDENCIA: V/ Espinal

CELULAR: 3142085433 E.P.S: Mallamas

OCUPACION U OFICIO: Agricultor

EMPRESA DONDE LABORA: Independiente

NIVEL DE ESCOLARIDAD: basica PROFESIÓN: N/A

DATOS DE LA MADRE

NOMBRES Y APELLIDOS: Sandra Milena Yela

No. IDENTIFICACION: 1122337413 DIRECCION RESIDENCIA: V/ Espinal

CELULAR: 3142085433 E.P.S: Mallamas

OCUPACION U OFICIO: Ama de casa

EMPRESA DONDE LABORA: N/A

NIVEL DE ESCOLARIDAD: bachiller PROFESIÓN: N/A

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ACUDIENTE: Sandra Yela

NUMERO IDENTIFICACION: 1122337413 CELULAR: 3142085433

DIRECCION: Vereda! Espinal PARENTESCO: Madre

Sandra Yela
FIRMA DEL PADRE/ ACUDIENTE

FIRMA AGENTE EDUCATIVO

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

63700321

NUIP 1.122.344.331

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 63700321

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código X 6 Z

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

REGISTRADURIA DE SAN MIGUEL(LA DORADA) - COLOMBIA - PUTUMAYO - SAN M

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ROMERO	YELA

Nombre(s)

DANIEL ALEJANDRO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2023 Mes NOV Día 10	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA PUTUMAYO PUERTO ASIS

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	23116210735516

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

YELA GUALMATAN SANDRA MILENA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.122.337.413	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

ROMERO PIPICANO RURICO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 18.182.238	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

YELA GUALMATAN SANDRA MILENA

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.122.337.413	Sandra Milena Yela

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 2023 Mes NOV Día 16	ROY EDISON CALLE QUIRAMA - REGIST Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

~~16.NOV.2023 - LIBRO DE VARIOS - NO. 209..~~

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
35415947-2

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

San Miguel (La Dorada) - Putumayo, 16 de noviembre de 2023
VALIDO PARA TRAMITES LEGALES Y CIVILES.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACIÓN ELECTORAL

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

ROY EDISON CALLE QUIRAMA
Registrador Municipal del Estado Civil

Sisbén

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

Registro afiliado

A4

Fecha de consulta: 07/10/2025

Ficha: 86757017479400000039

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: **DANIEL ALEJANDRO**

Apellidos: **ROMERO YELA**

Tipo de documento: **Registro civil**

Número de documento: **1122344331**

Municipio: **San Miguel**

Departamento: **Putumayo**

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente: **04/08/2023**

Última actualización ciudadano: **07/12/2023**

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: **MARIA ZORAYDA LINARES MONTE**

Dirección: **Carrera 4 Calle 7 Esquina La Libert**

Teléfono: **4210537 - 32131387**

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

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	1122344331
NOMBRES	DANIEL ALEJANDRO
APELLIDOS	ROMERO YELA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	PUTUMAYO
MUNICIPIO	SAN MIGUEL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD MALLAMAS EPSI	SUBSIDIADO	17/11/2023	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/07/2025 00:15:54	**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

HOSPITAL FRONTERIZO
DORADA

...rimos con amor

hfronterizop@yahoo.es
313-4821413

CARNET DE CONTROL

NIÑO Y NIÑA ...Sanos



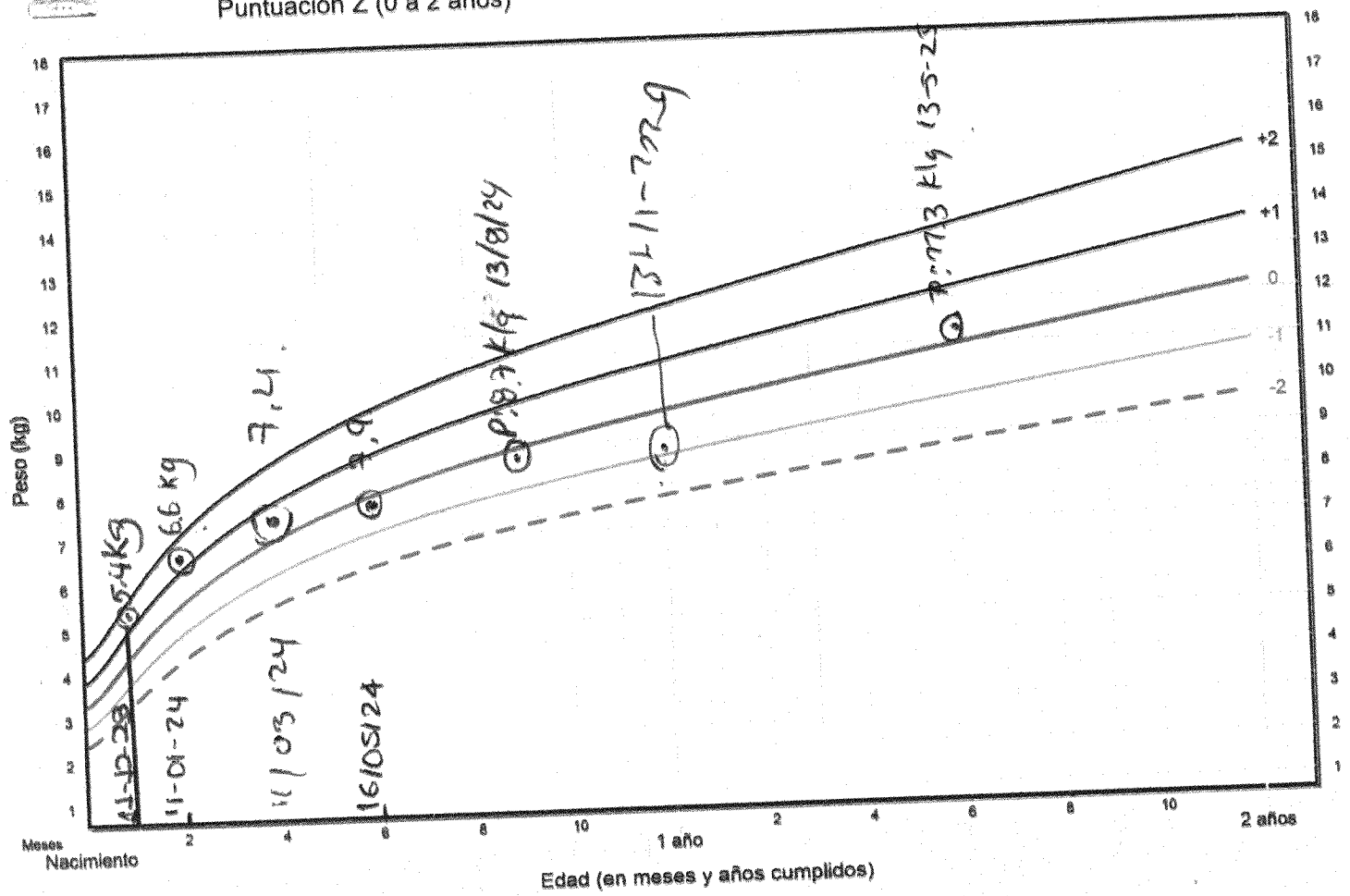
E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

MIS DATOS

Nombres: DANIE ALEJANDRO	Apellidos: ROMERO YEPA
Fecha de nacimiento: 10 (DÍA) / 11 (MES) / 2023 (AÑO)	Historia Clínica: 1122344331
Barrio/Vereda: V/ ITAGUAL	Responsable del niño: SANDRA YEPA
Teléfono:	EPS: N/A

Peso para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)

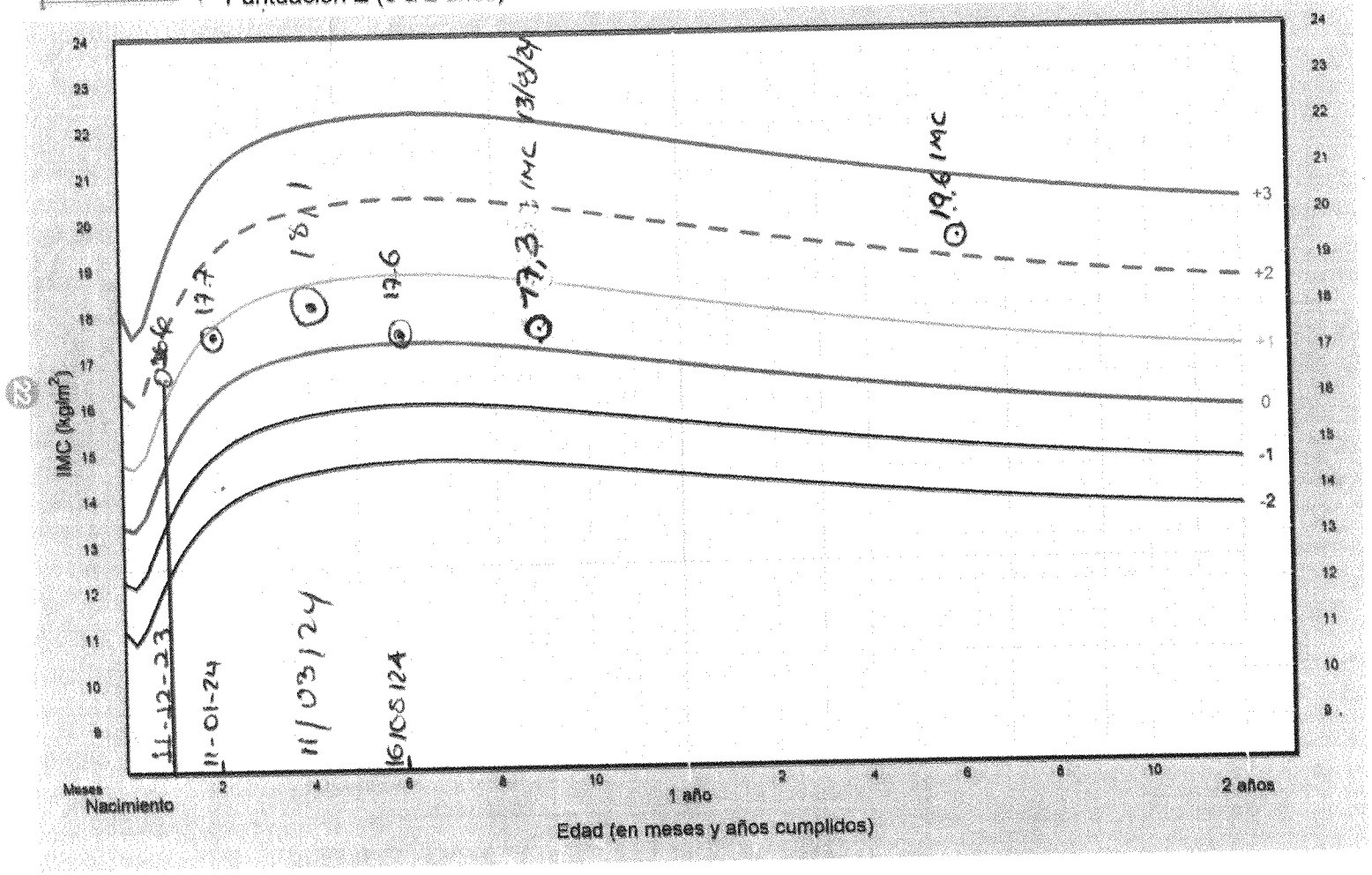


Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)

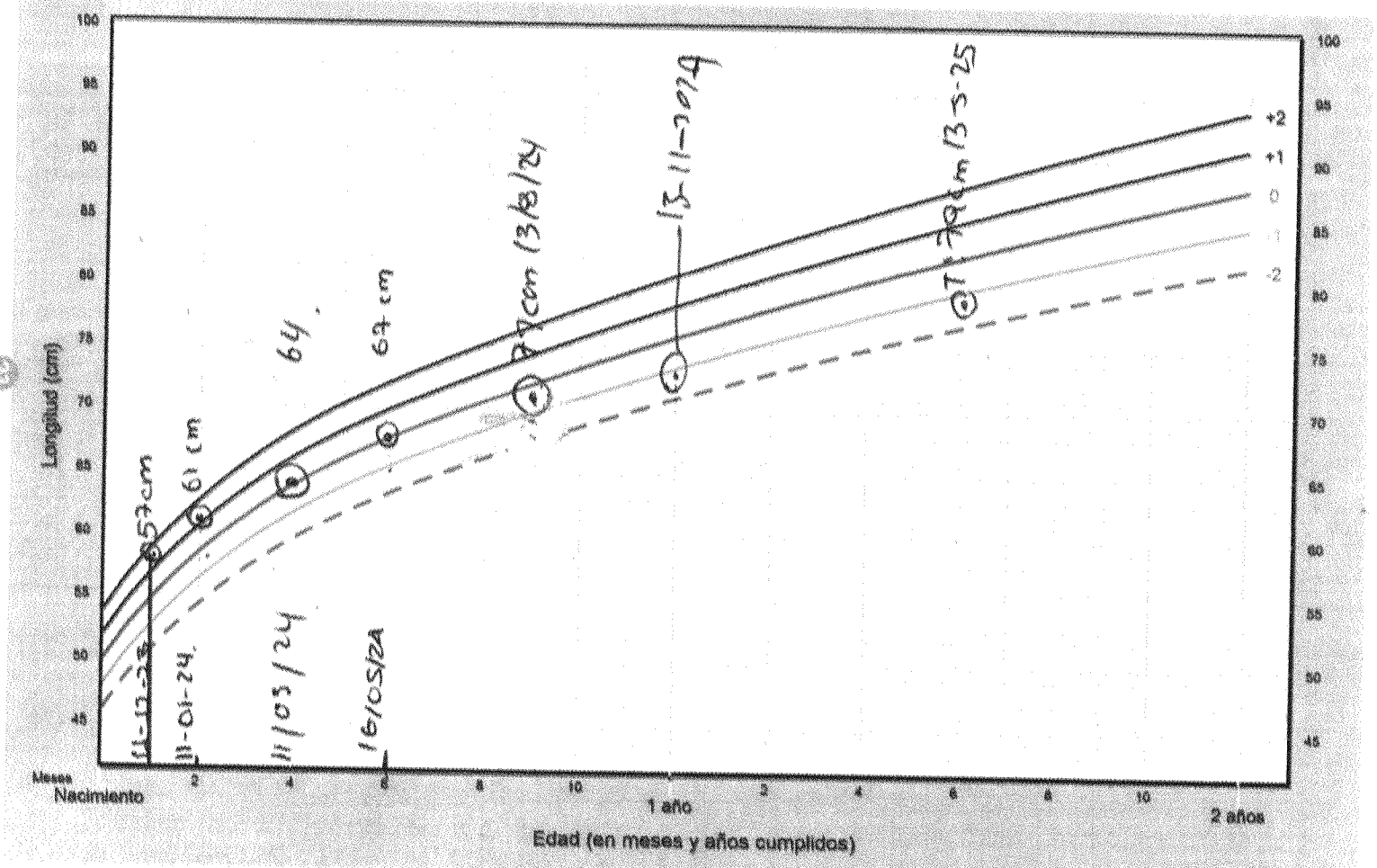
IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



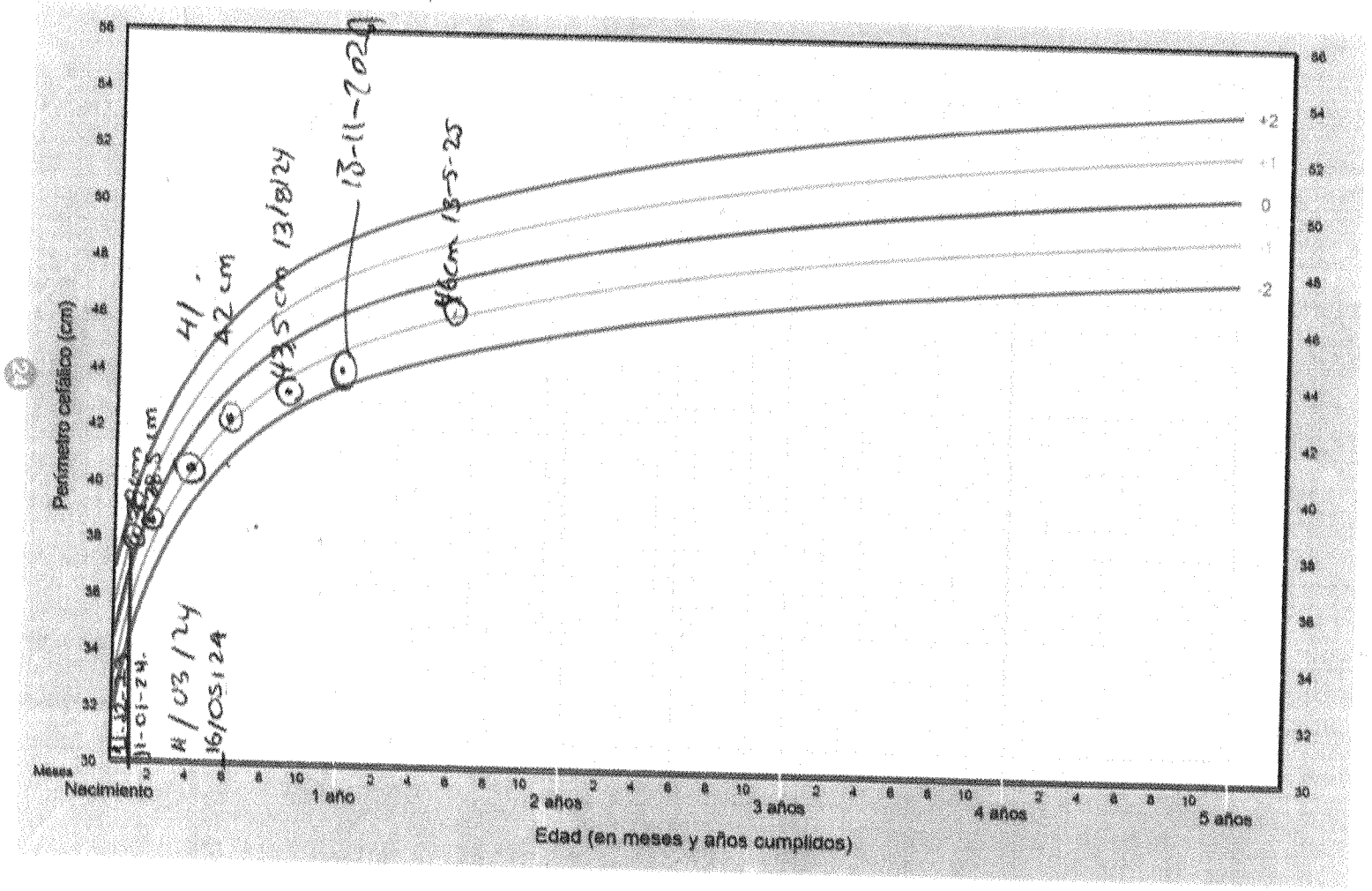
Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



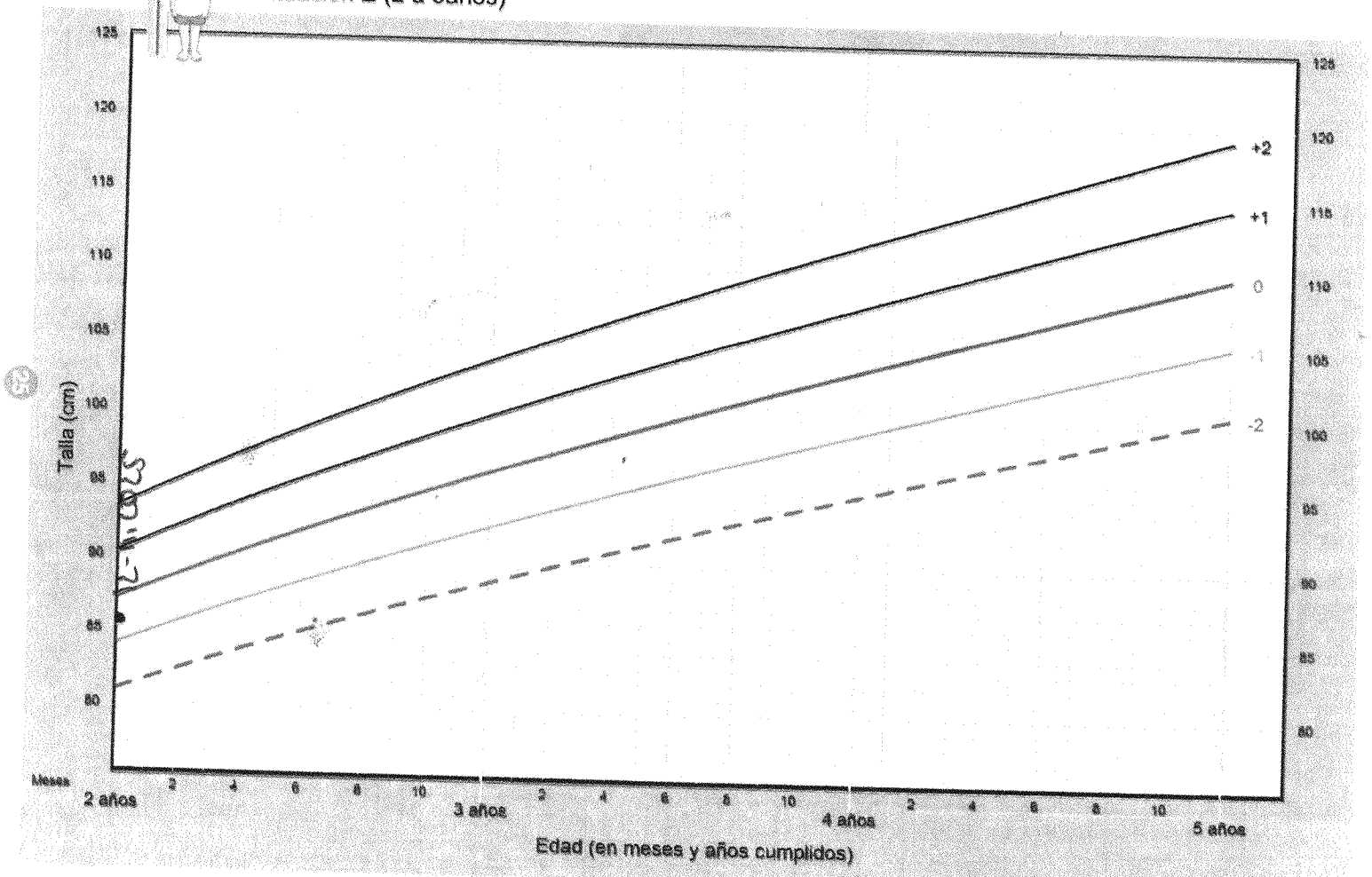
Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)



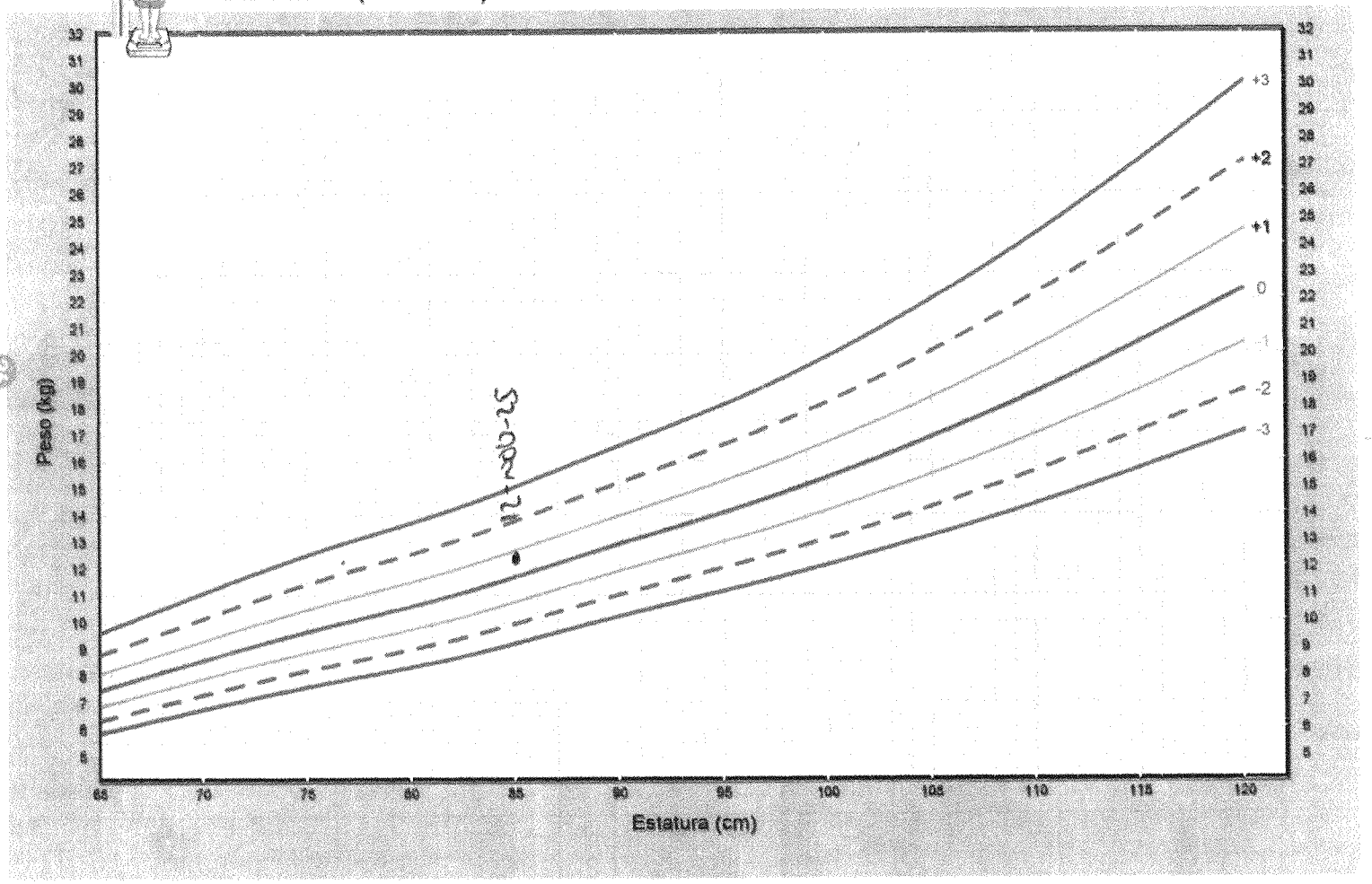
Talla para la Edad Niños

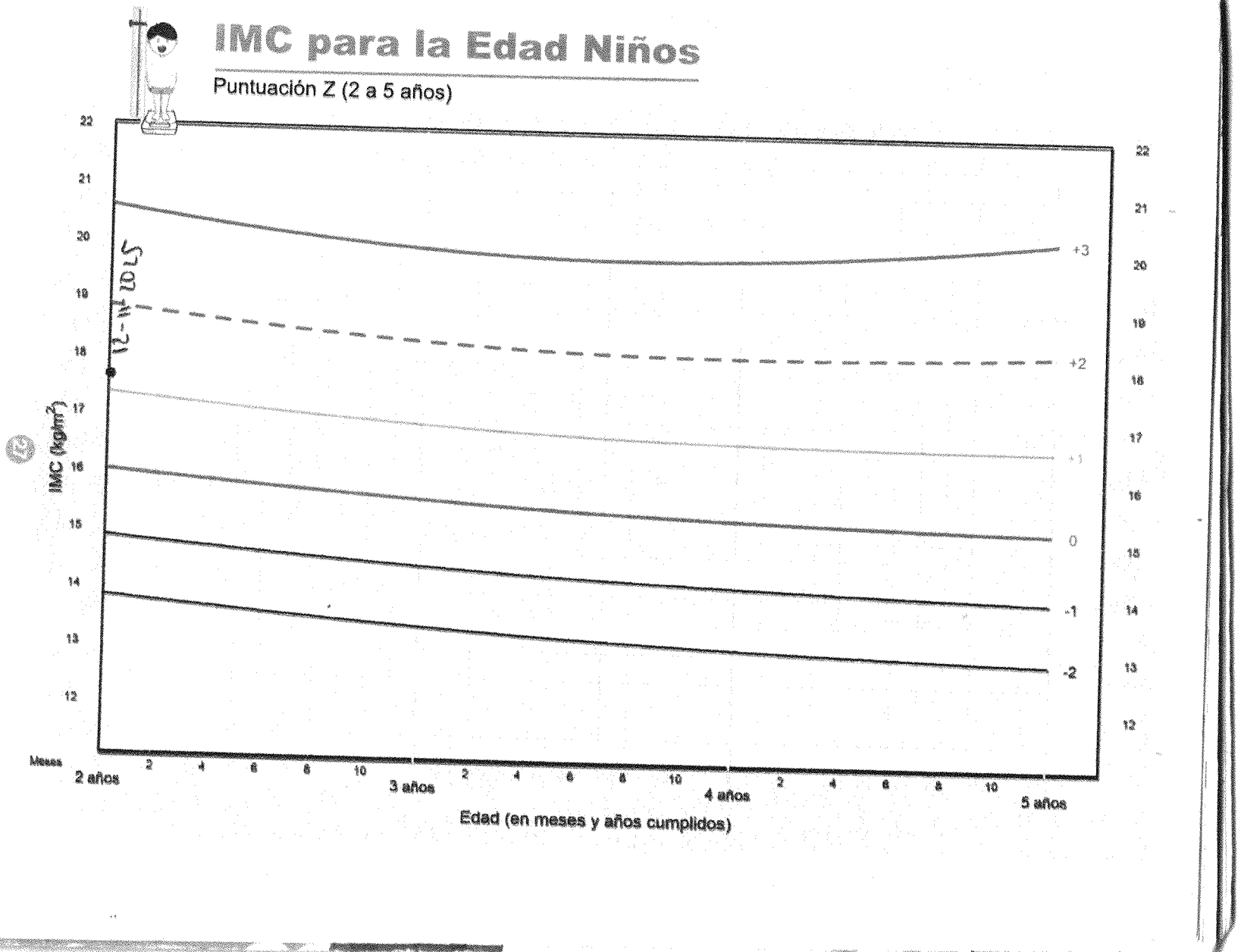
Puntuación Z (2 a 5años)



Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)




IMC para la Edad Niños
Puntuación Z (2 a 5 años)
IMC (kg/m²)
22
21
20
19
18
17
16
15
14
13
12
+3
+2
+1
0
-1
-2
17.21
Meses
2 años
3 años
4 años
5 años
Edad (en meses y años cumplidos)

CITAS PROGRAMADAS

DÍA	MES	AÑO	HORA	ASISTIO SI	ASISTIO NO
10	Enero	2024	Enf.	✓	Dra. Magaly Cabrera Médico General Reg. Sanit. 1031-2015
10	Marzo	2024	Med	Si ✓	
10	Mayo	2024	Enf	Si ✓	Rubiela
10	Agosto	2024	Enf	Si ✓	Milena C-
10	Noviembre	2024	Medico		
13	Noviembre	2024	Medico	Si ✓	
13	Mayo	2025	Enfermera	Si ✓	Milena C-
10	Noviem	2025	Medico		Viviana Landazuri Leon Médico General RM/349-2014
10	mayo	2026			

Fecha de atención	Peso	Talla	Perímetro cefálico	Perímetro braquial	IMC	Fecha del próximo control	Firma del profesional
11/12/23	5.4	57	38	14	16.6	10/01/24	
11/01/24	6.6	61	38.5	14	17.7	11/03/24	Médico General
11/03/24	7.4	64	41	15	18	10/05/24	
10/05/24	7.9	67	42	14	17.6	10/08/24	
13-08/24	8.7	71	43.5	13	17,3	10/11/2024	Milena C.
13-11-24	8.7	73	44	-	-	13/05/2025	
13-05-2025	11,3	79	46	16,5	18.7	10-11-2025	milena C.
12-NOV-2025	12.8	85.5	50	17	17.7	10-MAYO-2026	

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

SEGUIMIENTO RECIÉN NACIDO									
Resultados 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

1ª entrega						
2ª entrega						
3ª entrega						
4ª entrega						
5ª 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 influenzae 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

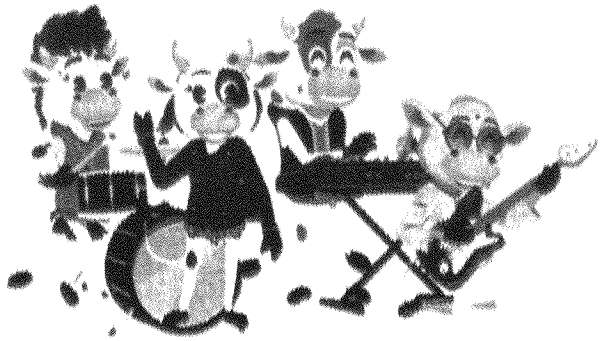
6 meses

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

Nombre y Apellidos: Ramiro yela Daniel

Fecha de nacimiento: 10 Nov. [illegible]

N° de certificado de nacido vivo:

Registro civil: 7722344337

Sexo: masculino

Grupo sanguíneo: O+

Peso al nacer: 3990 gr. 40

Dirección:

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Responsable: Sandra [illegible] yela

Municipio de residencia: San [illegible]

Departamento: [illegible]

1122[illegible]

#115

Busca ya las vacunas

¡es gratis, hazlo de una!

www.minsalud.gov.co @MinSaludCol

Nombres y Apellidos: Tipo identificación: No. ID:

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
Recién nacido						Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐						
	Tuberculosis meníngea (BCG)	Única	01	NOV	23	Serum	0 3 2 2 M A 6 S C	H Local				Jhan G.
	Hepatitis B	Recien nacido	01	NOV	23	Serum	0 3 2 2 4 J D 4 M	H Local				Jhan G.
						Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐						
2 meses	Poliomielitis (VIP)	1.°	11	01	24	Biological	2 2 3 3 0 0 5 A					
	PENTAVALENTE: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (hib)	1.°	11	01	24		2 8 5 1 Y O 3 3 D					
	PENTAVALENTE: Hepatitis B	1.°	11	01	24		1 1 1 1 1 1 1 1	HFLD.	Cita 77 marzo 2024.			
	PENTAVALENTE: Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.°	11	01	24	Serum						
	Diarrea por rotavirus	1.°	11	01	24	GSK	A R O L O 4 3 9 A					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	1.°	11	01	24	Pfizer	F Y 9 9 2 5					
						Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐						
4 meses	Poliomielitis (VIP)	2.°	11	03	24	Biological	2 2 3 3 0 0 5					
	PENTAVALENTE: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (Hib)	2.°	11	03	24	Serum	2 8 5 2 4 0 0 9 F					
	PENTAVALENTE: Hepatitis B	2.°	11	03	24	Serum	2 8 5 2 4 0 0 9 F					
	PENTAVALENTE: Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2.°	11	03	24	Serum	2 8 5 2 4 0 0 9 F	HFLD				Sandra M.
	Diarrea por rotavirus	2.°	11	03	24	GSK	A R O L O 4 3 9 A					
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	2.°	11	03	24	Pfizer	F Y 9 9 2 5					
						Lactancia materna exclusiva SI ☐ No ☐						
6 meses	Poliomielitis (VIP)	3.°	19	05	24	Biological	2 2 3 3 0 0 5		Cita: 11- MAYO 2024			
	PENTAVALENTE: Meningitis y otras enfermedades causadas por haemophilus influenzae tipo b (hib)	3.°	19	05	24	Serum	2 8 5 2 4 0 0 0 - 1 1 A					Isabel Arcos
	PENTAVALENTE: Hepatitis B	3.°	19	05	24	Serum	2 8 5 2 4 0 0 0 - 1 1 A	HFLD				
	PENTAVALENTE: Difteria, tosferina y tétano (DPT)	3.°	19	05	24	Serum	2 8 5 2 4 0 0 0 - 1 1 A					
	Influenza estacional	1.°	19	05	24	Butantan	2 4 C 0 9 4 9 . C 0					
7 meses	Influenza estacional	2.°	19	06	24	Butantan	2 4 C 0 9 4 9 . C 0	HFLD				Isabel A.
12 meses	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	1.°	12	11	24	Serum	C - 3 9 2 0 3 4 A	HFLD	Cita: 10-NOV-24			Kelly Jimenez
	Neumonía, otitis, Meningitis y bacteriemia causada por neumococo	Refuerzo	12	11	24	Pfizer	G X 1 9 1 2					
	Varicela	2.°	12	11	24	Merck	X O 2 7 1 5					
	Hepatitis A	Única	12	11	24	MSD	2 0 2 2 0 1 0 4 5					
	Influenza estacional	Anual	19	05	25	Sanofi	P 1 0 0 3 9 2 9 9 4	HFLD				
18 meses	Poliomielitis (VIP ☐ VOPd ☐)	1.° Refuerzo	13	05	25	Biological	2 2 3 3 0 0 5	HFLD	Cita: 14-MAYO 2025			Kelly Jimenez
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	1.° Refuerzo	13	05	25	Serum	2 8 5 2 4 0 0 9 F					
	Fiebre amarilla	Única	12	11	24	FLOCNZ	C 3 1 V E C 0 0 5 2	HFLD				SANOFI
5 años	Poliomielitis (VIP ☐ VOPd ☐)	2. °Refuerzo							Cita: 5 años cumplidos.			
	Difteria, tosferina y tétano (DPT)	2. °Refuerzo										
	Sarampión, rubéola y parotiditis (SRP)	2.°	13	05	25	Serum	C 1 8 2 2 C 4 9 A	HFLD				SANOFI
	Varicela	Refuerzo										
Niños 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 San Miguel FECHA: DÍA 27 MES 05 AÑO 2025 HORA:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

NOMBRES Daniel Alejandro APELLIDOS Romero Yela.

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC [X] TI [ ] CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] NÚMERO: 1.122.344.331.

FECHA DE NACIMIENTO DÍA: 10 MES: 11 AÑO: 2023 / EDAD: 1 años cel: 3142085433

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE Mallamas.

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)

No quiere aplicar.

¿CÓMO SE APLICA?	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides).
VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar Ninguna. 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 (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.

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: x Sandra Yela

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

Nombres Sandra Milena Apellidos Yela Goalmaton

Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número _____

Firma: x Sandra Yela.

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 _____

	Firma del Rogado	
Huella dactilar o plantar del Rogante	C.C. N°	C.C. N°

Nombres y apellidos del vacunador: Cindy Martinez Tec. Auxiliar de Enfermeria CC. No. 1123934...

Firma Tipo de Identificación: RC ☐ TI ☐ CC ☐ CE ☐ OTRO ☐ Número

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): HFUD

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.

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

GOBERNACIÓN PUTUMAYO 2020 2023

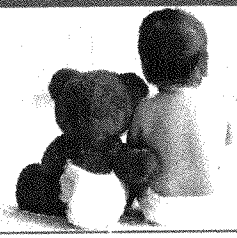
JINA A. BELALCAZAR FLOREZ
Gerente

Servimos con amor

CARNET RIAS **PRIMERA INFANCIA**

E.S.E. HOSPITAL FRONTERIZO
LA DORADA

Servimos con amor



Nombres y apellidos: Daniel Alejandro Romero.

Doc. de identidad: 1122344831 EPS: Mallamas.

Teléfono: 3142085433. Domicilio: V/ Limonal.

		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	9-11 M	12-17 M	18-23 M	24-29 M	30-35 M	3 A	4 A	5 A
VALORACIÓN INTEGRAL	ATENCIÓN	Control del recién nacido por médico													
		Atención en salud por medicina general							08-12-24 09-06-25						
		Atención en salud por enfermería					24-06-24								
		Atención en salud bucal por odontología													
		Promoción y apoyo de la lactancia manterna													
PROTECCIÓN ESPECÍFICA	ODONTOLOGÍA	Aplicación de barniz de fluor							X						
		Profilaxis y remoción de placa bacteriana							X						
		Aplicación de sellantes (según criterio)								10-06-2025 10-06-2025					
	V	Vacunación													

Tania Villacorta
ODONTÓLOGA
Res.: 81 - 801

Carol Daniela Cerón Ortega
Higienista Oral

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.122.337.413**

YELA GUALMATAN
APELLIDOS

SANDRA MILENA
NOMBRES

Sandra milena Yela G
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **03-MAR-1988**
VALLE DEL GUAMUEZ
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

27-MAR-2006 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-6401800-70149431-F-1122337413-20060609 **06429**06160A 02 187913051

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

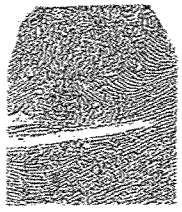
NUMERO **18182238**

ROMERO PIPICANO
APELLIDOS

RURICO
NOMBRES

Rurico Romero
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **04-MAY-1982**
ALMAGUER
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

07-NOV-2000 SAN MIGUEL(LA DORADA)
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

P-6401800-70094533-M-0018182238-20010725 **03338** 01205A 01 097312585

Fundación Alma de Vida
Fomentando caminos de esperanza

BIENESTAR FAMILIAR

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

Yo Sandra Milena Yela Identificado con C.C N° 1122337413 en calidad de: padre o madre (x), del niño o niña: Daniel Alejandro Romero o Gestante ( ) Lactante ( ), con el propósito de favorecer la calidad del servicio de atención integral que brinda la unidad comunitaria de atención: Mis Angelitos, me comprometo a cumplir con los siguientes lineamientos:

1. Llevar personalmente o enviar con un adulto responsable debidamente autorizado, al niño o niña al encuentro en el horario establecido.
2. En caso de inasistencia, se debe diligenciar una excusa por una justa causa, dirigida a la maestra responsable de la unidad con anticipación.
3. En caso de que el usuario tenga cita o control médico, informar con anticipación a la maestra responsable para su registro.
4. Cuando el usuario vaya a llegar tarde al encuentro por una justa causa informar oportunamente a la maestra.
5. Participar y colaborar en todas las actividades programadas por la unidad comunitaria de atención, y el servicio ofrecido por el ICBF y la Fundación Alma de vida, pues estas son con el objetivo de mejorar la atención del niño o niña y sus familias.
6. Cuando tenga alguna queja, reclamo o sugerencia, seguir el CONDUCTO REGULAR: Maestra, Psicosocial o Auxiliar de enfermería, coordinador, Fundación e ICBF, teniendo en cuenta:
   - ✓ Hacerlo en el momento en el que ocurra el motivo o causa de la queja, reclamo o sugerencia.
   - ✓ Hacerlo con respeto, buenos modales y fines constructivos, que contribuyan al mejoramiento del servicio que ofrece a unidad de atención.
   - ✓ Tratarlo sólo en unidad, con la persona que corresponda de acuerdo al Conducto Regular y nunca hacer comentarios dañinos en la calle.
   - ✓ También se puede hacer a través del Buzón de Sugerencias.
7. Revisar los complementos nutricionales en el momento de entrega por parte de la maestra y reportar inmediatamente si se presenta novedades.

Se firma en San Miguel, a los 1 Días del mes de Abril del Año 2025

Sandra Milena Yela
Madre o Acudiente
C.C 1122337413

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

Yo, Sandra Milena Yela, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1122337413, obrando en calidad de:

Padre		Madre	X	Cuidador	

De la niña, niño o adolescente, Daniel Alejandro Pena, identificado(a) con el documento de identidad Tipo: NUIP (RC) X, TI____, CE____, número 1122334331, manifiesto que:

Sí	X	No	

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

1. Captarán, tomarán, almacenarán y editarán imágenes personales o fotografías de los participantes
2. Realizarán videos y audios de las niñas, niños y adolescentes participantes.
3. Divulgarán y publicarán las imágenes, audios o datos a través de cualquier medio físico, electrónico, virtual o de cualquier otra naturaleza, pública o privada, con el fin de hacer prevención y promoción de derechos de los niños, niñas y adolescentes para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y sus actuales, y futuros productos, servicios y marcas, garantizando que las actividades que se realizarán durante el desarrollo del proyecto se encuentran enmarcadas en el interés superior de los niños, niñas y adolescentes, y en el respeto de sus derechos fundamentales.

Manifiesto que como representante del menor de edad, titular de la información, conozco que la recolección y tratamiento de los datos se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en: www.icbf.gov.co, con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, así como que fui informado de los derechos con que cuenta el titular de la información, especialmente a: conocer, actualizar y rectificar la información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales se podrán ejercer a través de los canales presenciales, el correo electrónico: atencionalciudadano@icbf.gov.co y la línea gratuita nacional: (57) 01 8000 91 80 80.

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

Suscriben:

Firma: Sandra Yela
Nombre: Sandra Yela
Calidad - Titular: X Representante legal: _____
Teléfono de contacto: 3142085433
Fecha: 1-04/2025
Municipio: San Miguel

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA	F2.P2.CE	11/07/2024
	FORMATO DE AUTORIZACIÓN USO DE IMAGEN	Versión 5	Página 1 de 1

Autorización – Uso de la imagen de menor de edad:

Quien suscribe el presente documento, obrando como representante del menor de edad Sandra Milena Yela Coalmatan, identificado (a) con documento de identidad número 1122337413, 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, Daniel Alejandro Romero, quien suscribe el presente documento, identificado (a) con documento de identidad número 1122344317, 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 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 E.I.C

Suscriben:

Firma: Sandra Milena Yela
Nombre: Sandra Milena Yela
Calidad - Titular: x Representante legal:
Teléfono de contacto: 3142085433
Fecha: 1/04/2025
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

26
RIV

PÁGINA 1 DE 2: REGISTRO INDIVIDUAL Y ANÁLISIS CUALITATIVO

de cero a Siempre

Ciudad San Miguel - Putumayo

Nombre completo de la niña o niño Daniel Alejandro Romero Yela

Fecha de nacimiento Día 10 Mes 11 Año 2023 **N° Documento de identidad** 1.122.344.331

Sexo Masculino ● Femenino ○ **Fecha de 1er día de atención en el año** Día 2 Mes 04 Año 2025

Primer Registro Cualitativo

Nombre del observador Alba Nidia Bravo Romero.

Fecha de registro cualitativo Día 3 Mes 07 Año 2025

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

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

Observaciones generales

El niño Daniel Romero, se encuentra en el rango esperado, ya que, cumple con los item acordes al rango de su edad como: Sigue las miradas cuando alguien le señala algo.

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

Segundo Registro Cualitativo

Nombre del observador Alba Nidia Bravo

Fecha de registro cualitativo Día 9 Mes 10 Año 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

Daniel Romero se encuentra en el rango esperado, teniendo encuenta que cumple con acciones acordes a su edad como: realiza cosas que quiere por si solo, come y bebe solo, expresa verbalmente cuando necesita algo.

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)***

Daniel Romero.

Valoración Cualitativa ⇨	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																	
	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	1a	2a	3a
0 a 6 meses	1 2 3	1 2 3	1 2 3	4 5	4 5	4 5	6 7	6 7	6 7	8 9	8 9	8 9	10	10	10	11 12 13	11 12 13	11 12 13	14 15	14 15	14 15	16 17 18	16 17 18	16 17 18	19 20 21 22	19 20 21 22	19 20 21 22	23	23	23	24	24	24	25	25	25
6 meses y 1 día a 12 meses	1 2	1 2	1 2	3 4	3 4	3 4	5 6 7 8	5 6 7 8	5 6 7 8	9 10	9 10	9 10	11 12 13 14	11 12 13 14	11 12 13 14	15 16 17 18	15 16 17 18	15 16 17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22	22	22	23 24 25 26	23 24 25 26	23 24 25 26	27 28	27 28	27 28	29 30 31	29 30 31	29 30 31	32 33	32 33	32 33
1 año y 1 día a 2 años	1 2	1 2	1 2	3 4 5	3 4 5	3 4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9 10	9 10	9 10	11 12	11 12	11 12	13 14	13 14	13 14	15 16	15 16	11 16	17 18 19	17 18 19	17 18 19	20 21	20 21	20 21	22 23	22 23	22 23	24	24	24	25 26	25 26	25 26
2 años y 1 día a 3 años	1 2 3	1 2 3	1 2 3	4 5	4 5	4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9	9	9	10 11 12	10 11 12	10 11 12	13 14	13 14	13 14	15	15	15	16 17 18	16 17 18	16 17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22 23 24	22 23 24	22 23 24	25 26	25 26	25 26	27	27	27
3 años y 1 día a 4 años	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	6 7 8	6 7 8	6 7 8	9 10 11	9 10 11	9 10 11	12	12	12	13 14 15 16	13 14 15 16	13 14 15 16	17 18	17 18	17 18	19 20 21	19 20 21	19 20 21	22 23 24 25	22 23 24 25	22 23 24 25	26 27	26 27	26 27	28 29 30	28 29 30	28 29 30	31 32 33 34	31 32 33 34	31 32 33 34	35 36	35 36	35 36
4 años y 1 día a 5 años, 11 meses y 29 días	1 2	1 2	1 2	3	3	3	4 5	4 5	4 5	6 7	6 7	6 7	8	8	8	9 10	9 10	9 10	11 12	11 12	11 12	13 14	13 14	13 14	15	15	15	16 17	16 17	16 17	18	18	18	19 20	19 20	19 20

= Procesos y subprocesos fundamentales

= Procesos y subprocesos no fundamentales

PÁGINA 2 DE 2: VALORACIÓN CUALITATIVA INDIVIDUAL

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL
SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

BIENESTAR FAMILIAR

NOMBRE DE LA MAESTRA (O): Alba Nidia Bravo NOMBRE UCA: Mis Angelitos

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: Daniel Alejandro Romero IDENTIFICACIO: 1122344331 FECHA DE NACIMIENTO: 10/11/2023

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					
12/05/2025	✓		10:00		Agente educativo gestiona cita de control y crecimiento, realiza visita a madre para informar de la cita. que queda para mañana 13/05/2025 a las 10:00 am.	Sandra Vela		Informar a la madre del participante sobre la cita de control y crecimiento	cierre de	madre se compromete a llevar al usuario al control el dia mañana y llevar copia al agente educativo. novedad.
10/11/2025	✓		9:00		Mediante llamada telefonica agente educativa le recuerda a la madre del participante, que se debe actualizar el control de crecimiento del niño. Madre refiere que se habia olvidado.	Santa Vela		Agente educativa gestiona la cita del participante y la cita queda para el dia 12/11/2025 a las 10:30 am.	Informarle a la madre para que lleve al niño a la cita el dia y hora correspondiente cierre novedad.	madre se compromete a llevar al niño al control y firmar el documento donde la profesora.

REGISTRO DE NOVEDADES

MODALIDAD PROPIA E INTERCULTURAL

SERVICIO EDUCACION INICIAL CAMPECINA "EIC"

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

NOMBRE DEL NIÑO, NIÑA O MUJER GESTANTE: _____ IDENTIFICACIO: _____ 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					